

Revista de Enfermería y Humanidades



CULTURA DE LOS CUIDADOS

1.ª Cuatrimestre 2019 • Año XXIII - N.º 53



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante
Facultat de Ciències de la Salut
Facultad de Ciencias de la Salud

SUMARIO

EDITORIAL

- Enfoques históricos de la enseñanza en la Administración para la formación de la identidad enfermera.

FENOMENOLOGÍA

- Amina.
- Estudio cualitativo sobre las vivencias del cuidador de Alzheimer: adaptación e impacto.
- Michel Foucault y el cuidado de sí en el campo de la salud: una revisión integrativa.
- Experiencias adaptativas de mujeres mastectomizadas: una mirada desde el Modelo de Callista Roy.
- Cuidar deseando paz espiritual: análisis cualitativo atencional de narrativas personales de enfermeras que atienden a pacientes en fase terminal.

HISTORIA

- Reorganización documental del Centro Histórico Cultural de la Enfermería Iberoamericana: relato de experiencia.
- Organización de los cuidados de enfermería en la Guerra Civil Española (1936-1939): un abordaje histórico.
- Experiencia del padecimiento de una persona y su familia: historia de vida oral.
- Glete de Alcântara: legado centenario de la enfermería brasileña.

ANTROPOLOGÍA

- La asistencia personal como nuevo derecho de ciudadanía: una mirada desde el ámbito de los profesionales de la salud.
- La violencia obstétrica bajo la perspectiva de los profesionales de enfermería involucrados en la asistencia al parto.
- Experiencias de cuidado de las mujeres boyacenses, sometidas a mastectomía por cáncer de mama.
- La organización social del cuidado de la infancia en sectores vulnerables de Bogotá.
- Estudio de casos sobre la mutilación genital femenina «Jadare» en la cultura fulbe (Guinea Bissau).
- Prácticas alternativas al modelo de salud occidental utilizadas por cuidadores de pacientes con neoplasia hematológicas.
- Recorrido de un buen formador de enfermería. La mirada de sus protagonistas.
- Riesgo de enfermedad entre los profesionales de la construcción.
- Cuidando del embarazo: el caso de las parteras Tseltales en Chiapas, México.
- Representaciones sociales de las enfermeras sobre su profesión: una revisión integrativa.
- Familia conviviendo con una persona con estomía intestinal: un análisis documental.

TEORÍA Y MÉTODO

- Comunicación interpersonal y su implicación en la enfermería.
- Evaluación de la vídeo-simulación como metodología docente para la entrevista motivacional en estudiantes de enfermería.
- Intervención educativa en el conocimiento sobre la higienización de las manos en estudiantes de enfermería.
- Globalización en la postmodernidad: críticas y contribuciones para la enfermería.
- Etnografía de la comunicación en la educación en enfermería: perspectiva metodológica.
- La salud del hombre en la perspectiva de la sexualidad: un relato de experiencia.
- Descripción de los ingresos y reingresos de recién nacidos prematuros en España: causas y costes.
- La formación en religiosidad y espiritualidad en los estudios de Grado en Enfermería.
- Programas de vigilancia de recién nacidos de riesgo: experiencias municipales brasileñas.
- Educación para la salud de las mamas de mujeres ancianas a través de círculos de cultura.

MISCELÁNEA

- Reseña de *Les dones i les professions sanitàries al llarg de la història*, de Monserrat Jiménez Sureda.



GRUPO DE INVESTIGACIÓN
ENFERMERÍA Y CULTURA DE LOS
CUIDADOS

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

CONSEJO EDITORIAL

DIRECCIÓN/EDITOR
José Síles González.

COMITÉ EDITORIAL

Luis Cibanal Juan - Carmen Solano Ruiz.

CONSEJO DE REDACCIÓN

COORDINADORA

Ana Lucía Noreña Peña.

MIEMBROS CONSEJO REDACCIÓN

Miguel Ángel Fernández Molina

Eva M.ª Gabaldón Bravo

Elena Ferrer Hernández

Flores Vizcaya Moreno

José Ramón Martínez Riera

M.ª Mercedes Rizo Baeza

Mercedes Núñez del Castillo

Miguel Castells Molina

Rosa Pérez-Cañaveras

Isabel Casabona Martínez

Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante

COORDINADOR INFORMÁTICO Y PÁGINA WEB

Pablo Díez Espinosa

DIRECCIÓN FINANCIERA

-Grupo de investigación EYCC

-Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados.

-Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante.

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 Eserveri Cháverri

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

Francisca Hernández Marín

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 Bío-Bío (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).

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.

-SCOPUS, ESCI, EBSCO, PUBLISHING, CUIDATGE,

ÇUIDEN 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 Servicio Cross. Ref. [DOI prefix is: 10.7184]".
Coordinadora RUA: Ana L. Noreña.

CORRESPONDENCIA:

Carmen Solano Ruiz. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante. Campus de San Vicente del Raspeig. Ap. 99. E-03080. Alacant-Alicante.

Revista <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.

Disponible: <https://culturacuidados.ua.es/>

IDiseño y maquetación:
Taller Digital UA (Alicante).

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

- Criterios de evaluación y selección de artículos 4-8

EDITORIAL

- Enfoques históricos de la enseñanza en la Administración para la formación de la identidad enfermera 9-13

FENOMENOLOGÍA

- Amina 14-15
- Estudio cualitativo sobre las vivencias del cuidador de Alzheimer: adaptación e impacto 16-27
- Michel Foucault y el cuidado de sí en el campo de la salud: una revisión integrativa 28-38
- Experiencias adaptativas de mujeres mastectomizadas: una mirada desde el Modelo de Callista Roy 39-50
- Cuidar deseando paz espiritual: análisis cualitativo actancial de narrativas personales de enfermeras que atienden a pacientes en fase terminal 51-65

HISTORIA

- Reorganización documental del Centro Histórico Cultural de la Enfermería Iberoamericana: relato de experiencia 66-76
- Organización de los cuidados de enfermería en la Guerra Civil Española (1936-1939): un abordaje histórico 77-86
- Experiencia del padecimiento de una persona y su familia: historia de vida oral 87-96
- Glete de Alcântara: legado centenario de la enfermería brasileña 97-108

ANTROPOLOGÍA

- La asistencia personal como nuevo derecho de ciudadanía: una mirada desde el ámbito de los profesionales de la salud 109-118
- La violencia obstétrica bajo la perspectiva de los profesionales de enfermería involucrados en la asistencia al parto 119-128
- Experiencias de cuidado de las mujeres boyacenses, sometidas a mastectomía por cáncer de mama 129-141
- La organización social del cuidado de la infancia en sectores vulnerables de Bogotá 142-155
- Estudio de casos sobre la mutilación genital femenina «Jadare» en la cultura fulbe (Guinea Bissau) 156-167
- Prácticas alternativas al modelo de salud occidental utilizadas por cuidadores de pacientes con neoplasia hematológicas 168-179
- Recorrido de un buen formador de enfermería. La mirada de sus protagonistas 180-189
- Riesgo de enfermedad entre los profesionales de la construcción 190-199
- Cuidando del embarazo: el caso de las parteras Tseltales en Chiapas, México 200-208
- Representaciones sociales de las enfermeras sobre su profesión: una revisión integrativa 209-218
- Familia conviviendo con una persona con estómia intestinal: un análisis documental 219-229

TEORÍA Y MÉTODO

- Comunicación interpersonal y su implicación en la enfermería 230-238
- Evaluación de la vídeo-simulación como metodología docente para la entrevista motivacional en estudiantes de enfermería 239-252
- Intervención educativa en el conocimiento sobre la higienización de las manos en estudiantes de enfermería 253-264
- Globalización en la postmodernidad: críticas y contribuciones para la enfermería 265-274
- Etnografía de la comunicación en la educación en enfermería: perspectiva metodológica 275-284
- La salud del hombre en la perspectiva de la sexualidad: un relato de experiencia 285-292
- Descripción de los ingresos y reingresos de recién nacidos prematuros en España: causas y costes 293-303
- La formación en religiosidad y espiritualidad en los estudios de Grado en Enfermería 304-315
- Programas de vigilancia de recién nacidos de riesgo: experiencias municipales brasileñas 316-329
- Educación para la salud de las mamas de mujeres ancianas a través de círculos de cultura 330-339

MISCELÁNEA

- Reseña de *Les dones i les professions sanitàries al llarg de la història*, de Monserrat Jiménez Sureda 340-342

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. Por ejemplo:

Antonio Carmona Ruíz¹. Escribir su rango académico más elevado o profesional y la dirección del autor de contacto y los e-mails de todos los autores.

En la segunda página: resumen del trabajo no superior a 200 palabras (en inglés, español y portugués). 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*. Barcelona: Paidós. (Libro). Sánchez, J. (1997). Historia de la revista Panacea. *Enfermería Científica*, 8(7),22-27 (Artículo revista).

Sánchez, J. (1997). Historia de la revista Panacea. En Cibanal, L., ed. *Las revistas españolas de enfermería*, Madrid: Síntesis, 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. Recuperado de http://www.eees.ua.es/http://aneca.es/modal_e_val/docs/doc. Downloaded 426 27th July 2008.

- Presentación: letra Times New Roman, tamaño letra 12, a doble espacio.
- Los autores deberán realizar el “check list” disponible en el 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. Eg.: Antonio Martínez Ruíz¹. Write their highest academic level or professional contact and address of the contact author. Write the e-mail of all authors. On the second page: abstract of the work not exceeding 200 words (in english, spanish and portuguese. Shall include in addition to four to five keywords

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. (López, 1998). The bibliography at the end of the article will be arranged alphabetically by author's surname. Eg.:

Sánchez, J. (1997). *History of the Journal Panacea*. Barcelona: Polity Press. (Book).

Sánchez, J. (1997). History of the Journal Panacea. *Nursing Science*, 8(3), 22-27 (Journal Article).

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

To cite documents/articles "on line":

Pagani, R. (2002) *Technical Report. The European credit and the Spanish educational system*. 425. Recuperado de http://www.eees.ua.es/http://aneca.es/modal_e_val/docs/doc. Downloaded 426 27th July 2008.

- Presentation: Times New Roman, size letra 12, double-spaced.
- The authors should make the "check list" available prior to the submission of the article.

ESTRUTURA DA REVISTA E NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

- Editorial.
- A secção dedicada à Fenomenologia da publicação do original e / ou opiniões da fenomenologia clínica. Eles também serão realizados nesta secção, a experiênciaclinica dos profissionais, independentemente da forma de expressão, a narrativa, o ensaio de poesia, ou de plástico. Finalmente, também será elegível para a publicação original, na opinião do conselho editorial, contribuir para o desenvolvimento da enfermagem humanística (em todos os seus aspectos).
- História: destinadas a publicação do original e/ou revisões de história da enfermagem.
- Antropologia: secção reservada para a inclusão de original e/ou revisões de trabalho antropológico sobre cuidados de enfermagem enfermeiras.
- Teoria e métodos: secção 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: Secção 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. Por exemplo:
Antonio Manuel Salinas Ruíz¹. Escrever seu mais alto grau acadêmico ou contato profissional e endereço do autor de contato. Escrever e-mail de todos os autores

Na segunda página: Resumo do trabalho não superior a 200 palavras (em inglês, espanhol e português), 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 (López, 1998). A bibliografia no final do artigo serão numerados e dispostos em ordem alfabética pelo sobrenome do autor, por exemplo:

Sánchez, J. (1997). *História da Panacéia*.

Journal. Barcelona: Polity Press, (Book).

Sánchez, J. (1997). História da Panacéia *Journal*. *Enfermagem da Ciência* 8 (7), 22-27 (Journal Article).

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

Para citar documentos/artigos “on line”:

Pagani, R. (2002). *Relatório Técnico. O crédito Europeu e do sistema educativo espanhol*. 425. Recuperado de http://www.eees.ua.es/http:aneca.es/modal_eval/docs/doc. Downloaded 426 27th July 2008.

- Apresentação: Times New Roman, tamanho letra 12, com espaçamento duplo.
- Os autores devem fazer o “check list”, disponível 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

Enfoques históricos de la enseñanza en la Administración para la formación de la identidad enfermera

Historical approaches to the teaching of the Administration for the formation of the nurse's identity

Enfoques históricos do ensino de Administração para a formação identitária do enfermeiro

Genival Fernandes de Freitas¹, Magali Hiromi Takashi² e Fábio Soares de Melo³

¹Professor Titular do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-Brasil. Correo electrónico: genivalf@usp.br

²Doutora em Ciências do Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Correo electrónico: magalitakashi@usp.br

³Mestrando em História do Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Correo electrónico: fabio.soares.melo@usp.br

Cómo citar este artículo en edición digital: Freitas, G.F., Takashi, M.H., & Melo, F.S. (2019). Enfoques históricos do ensino de Administração para a formação identitária do enfermeiro. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.01>

Correspondencia: CEscuela de Enfermagem da USP. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. Sala 112. CEP: 05403-000. São Paulo- SP

Correo electrónico de contacto: genivalf@usp.br

Recibido: editorial invitada; Aceptado: editorial invitada



ABSTRACT

This editorial has the objective of reflecting on the historical approaches of teaching in administration for the formation of the nurse identity. Various historical documents have been used that collect relevant information on nursing in general and on nursing administration.

Keywords: History of nursing, nursing administration, nursing identity.

RESUMO

Este editorial tem como objetivo refletir sobre as abordagens históricas do ensino em administração para a formação da identidade do enfermeiro. Diversos documentos históricos foram utilizados para coletar informações relevantes sobre a enfermagem em geral e sobre a administração de enfermagem.

Palavras-chave: História da enfermagem,

administração em enfermagem, identidade em enfermagem.

RESUMEN

Esta editorial tiene el objetivo de reflexionar sobre los enfoques históricos de enseñanza en administración para la formación de la identidad enfermera. Se han empleado diversos documentos históricos que recogen información relevante sobre enfermería en general y sobre administración de enfermería.

Palabras clave: Historia de la enfermería, administración en enfermería, identidad enfermera.

Construir uma reflexão sobre este tema tornou-se um desafio para nós pois estabelecer uma ponte entre Administração e Identidade Profissional da Enfermagem aparentava ser algo impensável tendo em vista que essência da enfermagem é o cuidado, algo aparentemente muito distante do ato de administrar.

Uma primeira indagação suscitada diz respeito a possível correlação dos estudos em Administração com os estudos em Enfermagem sem que se corra o risco de desvirtuar a essência do que é ser enfermeiro. Questão a nosso ver ainda bastante pertinente tendo em vista que alguns estudos, como por exemplo um realizado em 1999 intitulado «Concepção das alunas sobre o ensino da disciplina Administração Aplicada à Enfermagem no curso de graduação na Escola de Enfermagem da USP» revelou a incerteza daquele grupo de alunas de graduação quanto à real necessidade e quanto ao verdadeiro significado da Administração no trabalho da enfermeira. Este mesmo estudo ainda apontou para outro entrave,

envolvendo esta disciplina, que era ensinada de forma clássica/tradicional e obsoleta, sendo consenso entre as alunas que este modelo constitui-se em um obstáculo para a fluência da capacidade crítica e racional da prática administrativa. Segundo a autora do estudo estes achados convergem para uma crise de identidade.

Contradições como essas apontadas acima envolvendo o ensino de Administração na enfermagem podem sugerir-nos a presença de uma lacuna a ser preenchida com base na pesquisa histórica que consiste em, segundo Lakatos e Marconi (2001), «[...] investigar acontecimentos, processos e instituições do passado para verificar a sua influência na sociedade de hoje [...]».

Pensar a questão da gênese e incorporação do saber administrativo em enfermagem nos remete aos primórdios de sua profissionalização, meados do século XIX, pois Florence Nightingale ao definir o que era ou não enfermagem, em *Notas sobre Enfermagem* (1859), já discutia sua dimensão ético-política delineando elementos administrativos do saber e do fazer da enfermeira.

Em estudo realizado por Freitas (2011) no qual discutiu-se as aproximações entre os livros escritos por José Bueno y González e por Florence Nightingale, sucessivamente, *El arte de enfermería* (1833) e *Notas sobre Enfermagem* (1859), ficou evidenciado que a origem do saber administrativo em enfermagem remonta a estes escritos, nos quais a prática assistencial e gerencial envolvendo o cuidado teve os primeiros registros.

A pesquisa revelou, também, inquietudes já existentes na época da elaboração dos textos acima citados que correlacionam Administração e Enfermagem, a saber: o que é e o que faz o enfermeiro (atribuições); as relações entre enfermeiros e médicos; a

definição do espaço de atuação do enfermeiro; a questão do hospital como locus do saber e das práticas não só dos médicos, mas também dos enfermeiros; o esquadramento de saberes e de práticas de médicos e enfermeiros no contexto do século XIX na Europa, particularmente, Espanha e Inglaterra.

Florence Nightingale foi grande influenciadora na Administração em Enfermagem, proporcionou transformações por suas ideias inovadoras a frente de seu tempo (Formiga, Germano, 2005). Contudo pensar a enfermagem sob a ótica da Administração antecede a Florence e remonta a José Bueno y González, quando em 1833, já discutia sobre a temática, contudo por dificuldades de acesso ao público em geral sua obra ficou inacessível por muitos anos no mosteiro onde foi produzida (Oguiso, 2014).

O primeiro programa de ensino da enfermagem, que se tem registro na história, foi criado na Escola de Enfermagem do Hospital Saint Thomas, em Londres, na segunda metade do século XIX, por Florence Nightingale cujas características mais ressaltantes eram conhecimento e capacidade administrativa do cuidado. Seus primeiros registros de Administração Hospitalar, foi escrito em seu livro *Notas sobre Enfermagem*, uma obra que descreve como a assistência básica de enfermagem deve ser conduzida, independentemente do tipo de paciente. Posteriormente, o modelo Nightingaleano foi incorporado em outros cursos de enfermagem pelo mundo afora dando início a era da Enfermagem Moderna.

No Brasil, o ensino da administração teve início em 1923 com a criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) cujo currículo era composto por dezesseis disciplinas e entre elas Administração Hospitalar e Serviço

Administrativo Hospitalar (Formiga, Germano, 2005).

No tocante ao ensino da Administração, entre 1960 e 70, foram introduzidas as teorias de Taylor e Fayol adaptadas ao trabalho de enfermagem e as necessidades da profissão transformando o ensino de Administração em Enfermagem: a Administração Científica, influenciado por Taylor, e a Teoria Clássica da Administração, influenciada por Fayol, sendo esta primordial para a organização hospitalar no Brasil. (Trevisan, 1988). A partir destas influências o ensino da Administração em Enfermagem sofreu uma divisão entre Científica cuja abordagem concentrou-se, especificamente, no cuidado e nas técnicas de Enfermagem, e a Clássica cujo enfoque centrou-se na organização e gerenciamento dos serviços de Enfermagem. Fayol foi um grande influenciador para o ensino para a Enfermagem e para a construção de uma identidade da enfermeira, pois por meio de suas teorias, estabeleceram os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do enfermeiro: organizar, planejar, coordenar, comandar e controlar.

O preparo para a liderança se tornou um objetivo esperado quando se trata da maioria dos programas de educação em Enfermagem, tendo em vista que a formação do enfermeiro é voltada com a junção de conhecimentos e técnicas adquiridos para o exercício da profissão como atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, educação permanente, administração, gerenciamento e todo conhecimento técnico científico para a assistência e cuidado de Enfermagem em todos os níveis (Lazoni, Meirelles, 2011). Partindo desta premissa, o processo construção da identidade do enfermeiro no processo de gerir e liderar uma equipe de saúde conduziu para o desafio de alcançar o

equilíbrio entre a capacidade e o conhecimento para que sejam alcançadas todas as metas estabelecidas no sentido de otimizar todo e qualquer tipo de serviço, com ênfase no processo assistencial (Fradique, Mendes, 2013).

A liderança vem sendo trabalhada, historicamente, desde o início do ensino da Administração em Enfermagem, função essa primordial para a administração e a organização tanto na gestão de recursos humanos quanto na gestão de recursos materiais, físicos e ambientais. Contudo, as estruturas organizacionais das instituições de assistência contemplam, o modelo de administração clássica, onde a hierarquia exerce um papel dominante na divisão do trabalho. O enfermeiro passa a ser visto como um modelo central de poder e tomada de decisão acerca da assistência do cuidado (Willig, Lenardt, 2002). Todavia, é comum enfermeiros ainda consideram gerenciar e cuidar como atividades dicotômicas e incompatíveis em sua realização e estabelecem uma diferença entre cuidado direto e cuidado indireto, valorizando e entendendo como cuidado somente aquilo que depende de sua ação direta junto ao paciente (Erdmann, Backes, Minuzzi, 2007).

Tal dicotomia reforça a questão referente ao exercício da função administrativa mesclada por dúvidas, desentendimentos e incompreensões, ao produzir polêmicas entre o que se espera da enfermeira, na visão dos teóricos de Enfermagem, e o que se verifica na sua atuação cotidiana nas instituições de saúde (Trevizan, 1988).

O comportamento reproduzido por enfermeiros, na visão de Bourdieu, é interpretado como *habitus*, que atribui essa execução, frequentemente, a um caráter mecânico e inescapável no desenvolvimento do que se chama reprodução social. O que para Bourdieu, inúmeras vezes, a noção de

habitus marca uma ruptura com a filosofia intelectual de toda ação e se funda no interior do caráter racional, que é verdadeiramente humana (Bourdieu, 1989).

Nessa perspectiva, o ensino de Administração em Enfermagem apresenta muitas características das abordagens Weber, Taylor e Fayol, no quesito de cumprimentos de normas, rotinas e tarefas, produzindo um *habitus* e reproduzindo mecanismos para atender o esperado por outros profissionais e instituições, deixando, muitas vezes, de priorizar as necessidades dos usuários dos serviços e ações de saúde gerando, por vezes, desmotivação e descontentamento dos trabalhadores de Enfermagem.

No contexto atual, as questões burocráticas, econômicas e legais das instituições de saúde, nos campos de atuação do profissional de Enfermagem, são demandadas das chefias de Enfermagem, que acabam por exercer o papel administrativo voltado para os interesses institucionais, sobrepondo ao interesse dos demais trabalhadores, caracterizando um processo de dominação, impessoalidade, relações hierarquizadas, ênfase na comunicação formal e cumprimento de indicadores e metas.

A gestão de Enfermagem ao longo do tempo vem evoluindo de acordo com as necessidades, demandas, ação e autonomia conquistados pelo enfermeiro em seus hábitos, refletindo em ações no cuidar, entretanto, o viés encontrado na realidade relacionada à dissociação da gerência e do cuidado advém do comportamento e relações humanas movidos pelos interesses capitalistas das instituições de saúde.

A experiência no cuidado integral deverá estar aliada à gestão da assistência de enfermagem, uma vez que o usuário responde de forma significativa ao cuidado,

quando os enfermeiros são capazes de oferecer serviços de assistência segura e de qualidade ao cliente, considerando que na produção de trabalho do enfermeiro, cuidar e gerenciar são ações indissociáveis.

Enfermagem. Barueri (SP): Manole. Florence Nightingale, p. 57-97.

- Trevizan, M.A. (1988). *Enfermagem hospitalar: administração e burocracia*. Brasília (DF): Universidade de Brasília.
- Willig, M.H. & Lenardt, M.H. (2002). A prática gerencial do enfermeiro no processo de cuidar. *Cogitare Enferm*, 7 (1), 23-29.

REFERÊNCIAS

- Bourdieu, P. O (1989). *Poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Erdmann, A.L., Backes, D.S. & Minuzzi, H. (2007). Care management in nursing under the complexity view. *Braz J Nurs*, 8, 7(1). Disponível em <http://www.uff.br/objnursing/%20index.php/nursing/article/view/1033>.
- Formiga, J.M.M. & Germano, R.M. Por dentro da História: o ensino de Administração em Enfermagem. *Rev. bras. Enferm*, 58(2), 222-226. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000200019&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000200019>.
- Fradique, M.J. & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Rev. Enf, serIII* (10): 45-53. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000200006&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12133>.
- Freitas, G.F. (2011). *Gênese e incorporação do saber administrativo em enfermagem: análise do discurso a partir das obras El arte de enfermería e Notas sobre enfermagem* [tese de livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- Lakatos, E.M. & Marconi, M.A. (2001). *Fundamentos da Metodologia Científica*. 4. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas.
- Lanzoni, G.M.M. & Meirelles, B.H.S. (2011). Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19 (3), 651-658. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000300026&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000300026>.
- Leite, M.M.J. (1999). Concepção das alunas sobre o ensino da disciplina administração aplicada à enfermagem, no Curso de Graduação da Escola de Enfermagem da USP. *R. Tec. Enferm*. 2 (16), 30-34.
- Oguisso, T. (Org.). (2014). *Trajetória histórica da*

Fenomenología

Amina

Amina

Amina

Cadidjato Baldé

Enfermera. Asistente Honoraria en el Semillero de Investigación "José Bueno O.H." Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios, Universidad de Sevilla. Miembro del Grupo de Investigación de "Enfermería y Cultura de los Cuidados (EYCC)", Universidad de Alicante. Correo electrónico: cadidjatobaldebalde@gmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: H Baldé, C. (2019). Amina. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.02>

Correspondencia: Cadidjato Baldé. C/ Las cruces, n.º 14, bajo D. Dos Hermanas, 41701-Sevilla

Correo electrónico de contacto: cadidjatobaldebalde@gmail.com

Recibido: 12/12/2018; Aceptado: 12/01/2019



ABSTRACT

In this story, the author describes how a girl travels from her country of origin, an African country where the prospects were not too good for the personal and professional growth of women, until Seville (Spain) where she reaches a very successful achievement important for her that feels very satisfied: graduate in nursing.

Keywords: Phenomenology of care, nursing based on narrative, equality and women.

RESUMO

Nesta história, o autor descreve como uma garota viaja de seu país de origem, um país africano onde as perspectivas não eram boas demais para o crescimento pessoal e profissional das mulheres, até Sevilha (Espanha), onde ela alcança uma conquista muito bem sucedida. importante para ela que se sente muito satisfeita: se formar em enfermagem.

Palavras-chave: Fenomenologia do cuidado, enfermagem baseada na narrativa, igualdade e

mulheres.

RESUMEN

En este relato, la autora describe el cómo una niña viaja desde su país de origen, un país africano donde las perspectivas no eran demasiado buenas para el crecimiento personal y profesional de las mujeres, hasta Sevilla (España) donde llega a conseguir un logro muy importante para ella del que se siente muy satisfecha: graduarse en enfermería.

Palabras clave: Fenomenología de los cuidados, enfermería basada en la narrativa, igualdad y mujer.

Amina, desde pequeña observaba a su padre ejercer su labor de médico y ayudar a las personas. Ella veía que para su padre era mucho más que una profesión, atendía a personas sin recursos sin esperar que le fueran a pagar; y el que tenía le pagaba con

algún animal o cuando tuviera oportunidad de hacerlo.

Una noche del 24 de noviembre de 2004, Amina llega a Sevilla, procedente de un país donde su futuro no se acercaba al concepto de “Enfermera”, ya que estaba previsto que se casara a la edad de los 16 años con un hombre mayor, es decir, con el “Reglo” (jefe del pueblo). Y por motivos económicos, culturales y de presión social, Amina debía aceptar obligatoriamente.

Su madre, que siempre la imaginaba con una vida distinta a la de sus hermanas ya casadas y con hijos; aceptó a que le pusieran dos años más de edad en su documentación, por lo que en lugar de 11 años, tendría 13 años, ya que era la única forma de que el gobierno de su país pudiera agilizar la documentación, y evitar de esta manera que pudieran casarla, y así podrían traerla a España, a “estudiar” en compañía de un hombre español al que conocían de pocos meses y que prometía cuidarla como una hija y darle un futuro mejor.

Tras llegar a Sevilla, en una noche navideña, Amina estaba impresionada por la belleza de la ciudad, tanta luz que parecía que era de día, y se preguntó cómo podía haber tanta desigualdad, ya que le pareció muy injusto que hubiera tantas luces en su nueva ciudad y tanta oscuridad durante las noches en su ciudad natal.

Pasada la navidad, Amina comenzó a ir al instituto, y en un primer momento sólo iba 3 horas al día; y en un aula con un profesor apoyo para el aprendizaje del idioma. Y a las pocas semanas, Amina pidió asistir al grupo

de aula junto con el resto de alumnos, y con el mismo horario; los profesores impresionados, la presentaron al resto de compañeros/as, y entre tanta multitud de personas, le dio la gran suerte de conocer a personas maravillosas que le ayudaron a adaptarse y a formar amistades que aún perduran.

Hoy Amina recuerda con ilusión cuando de pequeña suplicaba a su padre que le enseñara a realizar una cura, a pinchar, a cuidar de los enfermos; y en muchas ocasiones, muchas personas, incluidos sus hermanos, que cuando la oían hablar de sus deseos de hacer lo que hacía su padre, se reían, y bromeaban en que lo más probable es que estuviera casada a los pocos años. Sin embargo, hubo un día que le marcó por siempre, el día que su padre le dejó realizar una intramuscular bajo su supervisión y con consentimiento de la anciana. Y hoy tanto su padre, como el resto del grupo familiar, sienten admiración, orgullo y felicidad de ver hasta donde ha logrado llegar.

A pesar de las dificultades de vivir separada de su familia, de su entorno, y de todo aquello que conocía, y adentrarse en un mundo opuesto, con otras personas y otras formas de vida, hoy se viste de Enfermera, cumple un sueño, un sueño del que espera no despertar. Sus pasos se hacen más fuertes al mirar al pasado, y vivir el presente.

Ser enfermera significa mucho más que una profesión, es un logro, una victoria a la que espera disfrutar el resto de su vida.

Estudio cualitativo sobre las vivencias del cuidador de Alzheimer: adaptación e impacto

Qualitative study on the experiences of the Alzheimer caregiver: adaptation and impact

Estudo qualitativo sobre as experiências do cuidador de Alzheimer: adaptação e impacto

M.^a Dolores Ruiz-Fernández¹, Rocío Ortiz Amo², Ángela M.^a Ortega-Galán³

¹Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina. Universidad de Almería. Almería, España. Correo electrónico: md.ruizfernandez@ual.es

²Departamento de Enfermería. Universidad de Huelva. Huelva, España. Correo electrónico: 29roci@gmail.com

³Departamento de Enfermería. Universidad de Huelva. Huelva, España. Correo electrónico: amgela.ortega@denf.uhu.es

Cómo citar este artículo en edición digital: Ruiz-Fernández, M.^a D.; Ortiz Amo, R. & Ortega-Galán, A. M.^a (2019). Estudio cualitativo sobre las vivencias del cuidador de Alzheimer: adaptación e impacto. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.03>

Correspondencia: Rocío Ortiz Amo2 Avda. Tres de Marzo s/n - 21071 Huelva (España)
Correo electrónico de contacto: 29roci@gmail.com

Recibido: 07/11/2018; Aceptado: 09/01/2019



ABSTRACT

Objective: To deepen, through the experiences of family caregivers, what were the perceptions that caregivers had regarding the process of adaptation of Alzheimer's disease and the impact it had on their lives.

Methodology: Two focus groups of caregivers of patients with Alzheimer-type dementia were formed, representative of the study population.

Results: From the analysis of the discourses five dimensions or units of meaning emerged with fourteen subdimensions. These five dimensions are: knowledge about the illness, the caregiver's

suffering, emotions, coping skills and the consequences in the life of the caregiver.

Conclusion: We can determine that the adaptation to the role of caregiver of a person with Alzheimer's is conditioned by the mistaken beliefs or dysfunctional thoughts that arise in the caregiver, the emotions derived from the moral responsibility to assume the role of caregiver from the perspective of gender and, finally, the consequences of care during this period, the repercussions on their personal, family and work life.

Keywords: Alzheimer's disease, family caregivers, experiences, adaptation, experiences.

RESUMO

Objetivo: Aprofundar, através das vivências dos familiares cuidadores, quais as percepções que os cuidadores possuíam em relação ao processo de adaptação da doença de Alzheimer e o impacto que isso teve em suas vidas.

Metodologia: Foram constituídos dois grupos focais de cuidadores de pacientes com demência tipo Alzheimer, representativos da população estudada.

Resultados: A partir da análise dos discursos, emergiram cinco dimensões ou unidades de significado com quatorze subdimensões. Essas cinco dimensões são: conhecimento sobre a doença, o sofrimento do cuidador, emoções, habilidades de enfrentamento e as consequências na vida do cuidador.

Conclusão: Podemos determinar que a adaptação ao papel de cuidador de uma pessoa com Alzheimer é condicionada pelas crenças equivocadas ou pensamentos disfuncionais que surgem no cuidador, as emoções derivadas da responsabilidade moral de assumir o papel de cuidador a partir da perspectiva de gênero e, por fim, as consequências do cuidado nesse período, as repercussões na sua vida pessoal, familiar e laboral.

Palavras chave: Doença de Alzheimer, cuidadores familiares, experiências, adaptação, experiências.

RESUMEN

Objetivo: Profundizar a través de las vivencias de los cuidadores familiares, cuáles eran las percepciones que tenían los cuidadores con respecto al proceso de adaptación de la enfermedad de Alzheimer y el impacto que tenía en sus vidas.

Metodología: Se formaron dos grupos focales de cuidadores de pacientes con

demencia tipo Alzheimer, representativos de la población de estudio.

Resultados: Del análisis de los discursos emergieron cinco dimensiones o unidades de significado con catorce subdimensiones. Estas cinco dimensiones son: conocimientos sobre la enfermedad, sufrimiento del cuidador, emociones, capacidad de afrontamiento y las consecuencias en la vida del cuidador.

Conclusión: Podemos determinar que la adaptación al rol de cuidador de una persona con Alzheimer queda condicionada por las creencias erróneas o pensamientos disfuncionales que surgen en el cuidador, las emociones derivadas de la responsabilidad moral de asumir el rol de cuidador desde la perspectiva de género y, por último, las consecuencias que produce el cuidado en este periodo las repercusiones en su vida personal, familiar y laboral.

Palabras clave: Enfermedad de Alzheimer, cuidadores familiares, vivencias, adaptación, experiencias.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Alzheimer constituye la primera causa de demencia en los países desarrollados, considerándose una enfermedad devastadora tanto para las víctimas, como para los familiares (Organización Mundial de la Salud, 2012). Una de las características de la enfermedad es que se trata de una patología neurodegenerativa compleja, de larga duración y con una sintomatología muy cambiante (Masters, Morris, y Roe, 2015). La mayoría de las personas afectadas presentan síntomas neuropsiquiátricos, llegando a niveles elevados de dependencia y complejidad (Storti, Quintino, Silva,

Kusumota, y Marques, 2016).

En concreto, la atención y el cuidado de los enfermos lo asume la familia, y dentro del medio familiar, la responsabilidad mayor la ocupa el cuidador principal (Lozano y Huertas, 2017). Investigaciones realizadas en nuestro país determinan que el perfil del cuidador principal es el de mujer con una media de unos 55 años, con bajo nivel cultural, siendo las hijas normalmente las que cuidan de estos enfermos (Garzón-Maldonado *et al.*, 2017). El proceso de ser cuidador de una persona diagnosticada con la enfermedad de Alzheimer no es una tarea fácil y tampoco es una situación que surja de forma imprevista, sino que tiene su proceso de adaptación con el trascurso de la enfermedad (Moreno-Cámara, Palomino-Moral, Moral-Fernández, Frías-Osuna, y del-Pino-Casado, 2016). Según, el modelo biopsicosocial de estrés de Lazarus y Folkman (1986), el cuidador se enfrenta a una serie de estresores o demandas que en sí mismas no son perjudiciales, lo importante es la evaluación subjetiva que hace el sujeto de la situación y de los recursos para hacerles frente, lo que va a condicionar la adaptación a esta nueva etapa de la vida y las repercusiones que van a producir.

El estilo de afrontamiento de los cuidadores va cambiando con el progreso de la enfermedad. En las fases más iniciales de la enfermedad de su familiar, los cuidadores se inclinan por la utilización de estrategias de afrontamiento más centradas en el abordaje directo del problema, y posteriormente, en fases más avanzadas de la enfermedad modificarse a un estilo más emocional (Ruiz, Gázquez, y Pérez-Fuentes, 2013).

Por otra parte, las consecuencias derivadas del cuidado de sus familiares trascienden a su vida familiar y laboral. El tiempo que dedican al cuidado es cada vez mayor,

debido a que la persona cuidada se vuelve más dependiente del cuidador y este se vea en satisfacer las necesidades de su familiar, disminuyendo su espacio de ocio, al encontrarse con falta de tiempo. El tiempo que dedican al resto de su familia también se ve reducido, lo que repercute en un aumento de conflictos familiares y aislamiento social (Uribe *et al.*, 2017). Así pues, el objetivo de este estudio consistió en profundizar a través de las vivencias de los cuidadores familiares, cuáles eran las percepciones que tenían los cuidadores con respecto al proceso de adaptación de la enfermedad de Alzheimer y el impacto que producía este proceso en sus vidas.

METODOLOGÍA

Diseño

Diseño de investigación cualitativa con un enfoque fenomenológico hermenéutico de acuerdo al modelo de Van Manen (2003). Esta perspectiva, nos permitió profundizar en las experiencias de los cuidadores familiares sobre los aspectos más importantes vividos en el proceso de adaptación del cuidado de un enfermo diagnosticado de Alzheimer, y el significado que había supuesto para ellos el nuevo rol de cuidador.

Participantes

En total participaron 14 cuidadores. Se formaron dos grupos focales de cuidadores principales. Como criterios de inclusión seleccionamos a cuidadores familiares de pacientes diagnosticados de demencia tipo Alzheimer, incluidos en el proceso de atención sanitaria a demencias. Excluimos a aquellos cuidadores que no cumplieran con estos criterios, es decir, que no fueran cuidadores familiares, ni principales, o que su familiar padeciera otro tipo de demencia.

Selección de los participantes

La población seleccionada para la participación en los grupos focales se obtuvo, de las historias de salud del programa informático utilizado en los centros sanitarios y de la base de datos de cuidadores familiares que tenían la tarjeta más cuidado, dentro del Plan de Atención a Cuidadores Familiares del Servicio Andaluz de Salud. Uno de los requisitos previos a la formación de los grupos, consistió en que los cuidadores no se conocieran entre sí, para evitar sesgos en la dinámica y el desarrollo de los grupos.

Recogida de datos

Las sesiones tuvieron una duración entre 60 y 90 minutos, en salas habilitadas en los centros sanitarios cercanos a la población de estudio. Se localizó a los integrantes de los grupos por contacto telefónico o a través de informantes claves, proporcionándoles en

todo momento la asistencia a la reunión en un horario adecuado y cercano a su residencia habitual, con el objeto de facilitar su asistencia. Se estableció un guion de preguntas para garantizar en todo momento la recogida de toda la información necesaria para conseguir el objetivo del estudio (tabla 1). El investigador principal dirigió cada una las sesiones como moderador del grupo y un observador, tomó las anotaciones oportunas en una hoja de registro. Se grabó el desarrollo de la sesión en formato audio para su posterior transcripción y análisis, siempre con el consentimiento informado previo de forma oral y por escrito de los asistentes. Las sesiones en cada uno de los grupos focales se desarrollaron en las siguientes fases: introducción, preparación del grupo, debate a fondo y clausura del grupo (García-Calvente y Mateo, 2000).

TABLA 1: Guion de preguntas: grupo focal

Participantes (P)	Edad	Sexo	Grado parentesco	Tiempo de cuidado (años)
1	56	M	Nuera	5
2	49	M	Hija	4
3	49	M	Hija	16
4	61	M	Hija	10
5	72	M	Cónyuge	7
6	48	M	Hija	2
7	51	M	Hija	3
8	52	M	Nuera	5
9	41	M	Nieta	4
10	51	M	Nuera	2
11	55	M	Cónyuge	3
12	47	M	Hija	2
13	65	M	Hija	4
14	49	M	Hija	6

Análisis de los datos

Para el análisis de la información de los discursos de los grupos focales se ha seguido

la propuesta desarrollada por Giorgi (1997) que consta de una serie de etapas: En un primer lugar, y tras la transcripción literal de

los discursos se realizó una lectura en profundidad. En segundo lugar, se procedió a otra lectura y posteriormente, se extrajeron todas aquellas unidades de significado más relevantes que emergían de los discursos. Una vez identificadas todas las unidades de significado, estas se reagruparon en categorías o dimensiones más generales que aglutinaban a aquellas unidades de significado más pequeñas y que tenían algo en común. Como última etapa, se interpretaron los contenidos de cada una de las categorías y dimensiones analizadas de acuerdo al fenómeno o experiencia vivida por varios investigadores expertos en el tema. Como soporte informático del análisis de los discursos de las entrevistas y con el fin de organizar las categorías, y obtener los nodos correspondientes, se utilizó el software informático Atlas ti versión 6.0.

Consideraciones éticas

La investigación ha obtenido el dictamen favorable del comité de ética de la investigación correspondiente a la provincia

donde se ha realizado el estudio. A los participantes se les informó de forma verbal y por escrito del propósito del estudio, obteniendo su consentimiento informado en un documento diseñado para tal fin. En el transcurso de la investigación se ha mantenido la confidencialidad y el anonimato de los participantes, respetando los principios bioéticos de la declaración de Helsinki. Los datos de los discursos han sido custodiados y protegidos, cumpliendo la normativa que se encuentra vigente en nuestro país en cuanto a la protección oficial de datos de carácter personal.

RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 14 participantes con una edad media de 53,2 años. En la tabla 2, se describen las principales características sociodemográficas de los participantes.

TABLA 2: Características sociodemográficas de los participantes

Participantes (P)	Edad	Sexo	Grado parentesco	Tiempo de cuidado (años)
1	56	M	Nuera	5
2	49	M	Hija	4
3	49	M	Hija	16
4	61	M	Hija	10
5	72	M	Cónyuge	7
6	48	M	Hija	2
7	51	M	Hija	3
8	52	M	Nuera	5
9	41	M	Nieta	4
10	51	M	Nuera	2
11	55	M	Cónyuge	3
12	47	M	Hija	2
13	65	M	Hija	4
14	49	M	Hija	6

En el análisis de los discursos emergieron 5 dimensiones o unidades de significado con 14 subdimensiones, englobadas todas estas en una categoría o familia más amplia relacionada con el proceso de adaptación e impacto en la vida de un cuidador de un

enfermo de Alzheimer tal y como puede observarse en la tabla 3. Estas cinco dimensiones son: conocimientos sobre la enfermedad, sufrimiento del cuidador, emociones, capacidad de afrontamiento y las consecuencias en la vida del cuidador.

TABLA 3: El proceso de adaptación e impacto: dimensiones y subdimensiones

Dimensiones	Subdimensiones
Conocimientos sobre la enfermedad	Creencias con respecto a la enfermedad
	Escasa información por parte de los profesionales
	Miedo que genera el desconocimiento
Sufrimiento del cuidador	Sufrimiento del cuidador por no reconocer a su familiar
	Sufrimiento del cuidador por no ser reconocido por su familiar
	Sufrimiento del cuidador hacia otros familiares
	Sufrimiento ante la pérdida de su familiar
Emociones	Sentimiento de aislamiento
	Obligación de la mujer de asumir el papel
	Sentimiento de responsabilidad
	Sentimiento de resignación
Capacidad de afrontamiento	Agotamiento
	Tranquilidad hacia el cuidado
Consecuencias en la vida del cuidador	Cambio de vida personal
	Modificación en relaciones sociales
	Modificación en su vida familiar e inversión de roles
	Limitación de tiempo

1. Conocimientos sobre la enfermedad

a) *Creencias con respecto a la enfermedad.*

Las cuidadoras nos relatan la interiorización de ciertas creencias con respecto a la enfermedad de Alzheimer que surgen como un mecanismo para comprender la enfermedad. Esta forma de percibir la enfermedad tiene un sentido, les permite sobrellevar una enfermedad que debuta con una sintomatología tan variada y compleja. El asumir ciertas creencias lleva

implícito para las cuidadoras, una explicación del comportamiento de su familiar y un mayor afrontamiento de la enfermedad.

“Yo creo que debe de haber varias etapas, es decir, debe de haber varias clases de enfermedades, siendo la misma, que avanza de diferentes maneras, unas más rápida que otras”. P1

“Si, hay una sustancia que se pega a las neuronas, la que causa la enfermedad”. P9

b) Escasa información por parte de los profesionales.

El desconocimiento sobre la enfermedad y todos los aspectos relacionados con esta en cuestiones, como el tratamiento que reciben los familiares o la información adecuada acerca del diagnóstico, proviene en ocasiones de la escasez de información que proporcionan los profesionales sanitarios a los cuidadores. Esta escasez de información, genera un nivel de incertidumbre que obliga a las cuidadoras a recurrir a ciertos recursos personales y creencias internas, que les permitan dar sentido a lo que están viviendo.

“Si la enfermedad, no me han dicho exactamente lo que tiene, sé qué es Alzheimer porque se lo conté a su médico de familia, le dije a su médico que se le olvidaban las cosas”. P1

“Yo a mi madre, la he encontrado distinta desde hace años. Se lo decía a su médico, pero me decía que no era nada. Su médico me lo dijo hace poco. Yo le preguntaba si era Alzheimer, me decía bueno, esto cuesta al principio. Pero, yo lo sabía antes de que me lo dijera”. P6

c) Miedo que genera el desconocimiento.

En el cuidador surgen temores y miedos con respecto a la enfermedad en sí, y a la progresión de esta. Estos temores están fundamentados en experiencias previas de cuidado o de familiares allegados y a su vez, reforzados por la escasez de información. Los temores nacen por el desconocimiento y a su vez por ciertas creencias relacionadas con la naturaleza de la enfermedad, la evolución de la misma, las fases e incluso a ciertos comportamientos. El componente hereditario es otro factor que origina ciertos temores en las cuidadoras.

“Es una enfermedad, que me da mucho miedo, le temo porque he visto varios casos”. P1

“Le temo a la fase de mi abuela, estaba muy

rebelde quería irse a su casa, quería cerrar las puertas., yo le temo a que mi madre llegue a esa fase, me da miedo a que se encierre”. P4

2. Sufrimiento del cuidador

a) Sufrimiento del cuidador por no reconocer a su familiar.

El sufrimiento que padecen las cuidadoras con respecto al no reconocimiento de su familiar después de la enfermedad, queda reflejado en los discursos. Surge un dolor inmenso y una pena con respecto a la pérdida de su familiar, manifestado por el anhelo y el vacío que sienten al no reconocer a su familiar como consecuencia de las secuelas de la enfermedad.

“Me cuesta mucho asumirlo. Lo que era mi madre y como está ahora, a pesar de que todavía no está muy grave. No es mi madre. Entonces a mí, me cuesta mucho eso, porque he visto a mi madre que no es mi madre”. P9

“Eso, el mundo encima., yo por lo menos, ¡no tengo a mi madre, no es ella, tengo un vacío enorme!”. P8

b) Sufrimiento del cuidador por no ser reconocido por su familiar.

Por otra parte, el sufrimiento que sienten las cuidadoras viene determinado por el no reconocimiento de la cuidadora por su familiar más allegado. Esta situación genera en la cuidadora un inmenso dolor y sufrimiento, puesto que para las cuidadoras es muy importante el reconocimiento de sus familiares, sintiéndose aterrados ante esta vivencia.

“Llega un momento, en que no te conoce y no quiere que le toques, se piensa que eres algo extraño”. P4

“A mí me miedo, que llegue el momento de que no me reconozca. Es lo que más pánico me da”. P4

c) *Sufrimiento del cuidador hacia otros familiares.*

También se hace presente el sufrimiento y dolor hacia otros familiares que conviven con él, como pueden ser los cónyuges en aquellas circunstancias en que las cuidadoras son hijos o hijas. Las cuidadoras sufren de ver la negación y la no aceptación de la enfermedad en estos familiares, con respecto a su pareja enferma. Incluso, el comunicar el diagnóstico a sus familiares cercanos, puede ocasionar tal angustia y desesperanza en las cuidadoras que desemboca en el sentimiento de la compasión y la necesidad de empatizar.

“Igual que he dicho antes, me afecta mi madre. Mi madre tiene 68 años y mi padre 88. Hoy estaba tembloroso, le hemos tenido que dar de comer, mi madre estaba nerviosa, no acepta la situación de mi padre, no ve que va a peor y me afecta ver a mi madre, como no es consciente de que mi padre va a peor. Me parte el corazón, el sufrimiento de mi madre, porque mi padre no es consciente”. P2

“Yo la verdad es que cuando me lo dijeron, me quedé tranquila, no reaccioné, me lo esperaba, aunque pensaba también en un tumor. Unos tíos míos, murieron de la misma enfermedad. Sufría por mi madre que la tenía al lado, pero observé que no sabía lo que decía el médico y sufría con pensar, en cómo decirle a mi madre, lo que tenía mi padre. Mi madre está enferma y siempre ha sido muy fuerte, siempre ha llevado la casa”. P2

d) *Sufrimiento ante la pérdida de su familiar.*

El sufrimiento del cuidador puede llegar a límites inalcanzables, inclusive hasta anticipar la pérdida de su familiar. La cuidadora llega a cuestionarse la situación emocional que puede desencadenar su ausencia, generando incertidumbre en un futuro próximo.

“Yo pienso, aún en lo peor. ¿Cómo me quedaré, cuando mi madre no esté? Después de 18 años”. P3

“Yo se lo digo a mi hermana, que sufre antes de tiempo”. P10

3. Emociones

En esta categoría se describen las emociones que perciben las cuidadoras cuando asumen el rol de cuidador.

a) *Sentimiento de aislamiento.*

Las cuidadoras perciben las limitaciones en las relaciones sociales y comienzan a sentirse aislados y en soledad.

“Yo no puedo quedar con nadie, ¿para qué? ¿Para no estar a gusto? Prefiero estar en la casa”. P2

“Yo estoy por ahí, tomando café, se pasa la hora y me dan los nervios, ya llega la hora”. P3

b) *Obligación de la mujer de asumir el papel.*

Surge la obligación moral de asumir el rol de cuidador. Perciben las desigualdades de género y el deber de la mujer, asociado a todos los valores contextuales y socioculturales tradicionales de sucesivas generaciones en el pasado.

“No es lo mismo, una hija que cuida a su madre, que otra que no. Esa tranquilidad, ¿y el vacío que se queda?”. P2

“Mi hija se ha adaptado., yo tengo a mi hija que me ayuda mucho, pero como son los niños, son diferentes a las niñas, pasan de la abuela y de la madre”. P4

c) *Sentimiento de responsabilidad.*

Otro de los sentimientos que perciben las cuidadoras es el sentimiento de responsabilidad y no poder ser sustituido por otro miembro de la familia. Las cuidadoras asumen toda la responsabilidad, a pesar de tener apoyo familiar.

“Tengo a mi cuñada, a mi hermano y a mi marido, me apoyan bastante. Lo que pasa, es que ¿cómo les dejas el cargo a los demás? Es un cargo, muy gordo”. P2

“Si tengo que ir a un médico deprisa, si, están mis hijos, pero la carga la llevo yo. Solamente para casos muy urgentes, que lo necesito”. P8

d) Sentimiento de resignación.

El sentimiento de resignación emerge en los discursos, las cuidadoras perciben la obligación de asumir el papel de cuidador, cuando no existe una ocupación laboral o no se encuentran en situación laboral activa.

“Tengo a mi hermana, lo que pasa es que mi hermana está trabajando. Mi hermana no va a dejar el trabajo mientras yo pueda, su trabajo es muy bonito”. P4

e) Agotamiento.

La sensación de sentirse agotada física y psíquica comienza a emerger en las cuidadoras, como consecuencia del sentimiento de responsabilidad y la obligación que tienen.

“No me siento bien, veces me siento agotada, son dos personas”. P2

“Yo me siento unos días bien y otros días mal. Unos días se siente uno más agobiada y otros días, menos”. P10

4. Capacidad de afrontamiento

En las cuidadoras esta virtud la perciben como la capacidad del cuidador de poder afrontar las situaciones más problemáticas de su familiar, incluyendo el conocimiento de la persona cuidada desde una perspectiva holística y en dónde el conocimiento psicológico es fundamental.

“Soy muy tranquila, relajo mucho a la persona y al enfermo que cuido. Ahora he tenido una experiencia desagradable y a mi tía le he ayudado mucho. Es también fundamental tener

esa capacidad, aunque por dentro genere deterioro”. P4

“Mi marido, tiene que ser yo, no quiere a nadie, como no sea yo. Nadie más que yo, no lo entiende”. P8

5. Consecuencias en la vida del cuidador

a) Cambio de vida personal.

La cuidadora percibe como su vida personal cambia de forma drástica. Este cambio de vida, produce un gran impacto a todos los niveles de su esfera personal, relacionado con el papel de la mujer en el cuidado, puesto que no está instaurado en los roles que puede asumir la mujer de hoy.

“Es que las personas mayores, han tenido otra vida diferente a la nuestra, están adaptados a esa forma de vivir. Pero, es que nosotros nos tenemos que adaptar a otra vida. Voy a ver cómo me explico, las personas mayores, como mi madre, han nacido para casarse, tener hijos, cuidar a las suegras, a los padres, al marido”. P3

b) Modificación en relaciones sociales.

Los cambios en las relaciones sociales son evidentes y son percibidos por los cuidadores que comienzan a sentirse mal. Abandonan las actividades lúdicas, no tienen tiempo y comienzan a aislarse.

“Muy mal, he dejado la gimnasia, los talleres de cocina, mi pintura. Me siento muy mal. Antes acudía a los talleres, por las tardes. Ahora no puedo”. P3

“Yo no puedo salir a la calle, ni veo telediarios, ni puedo hablarle, no puedo ir a la playa. Siempre estoy encerrada”. P8

c) Modificación en su vida familiar e inversión de roles.

El cambio tan grande que produce el cuidado en su vida familiar, unido al cambio de roles entre padres e hijos, produce un

sentimiento de sobrecarga y de agobio en el cuidador. Comienza a sentirse tan indispensable en su familia como también al cuidado de sus padres, que se convierten en personas dependientes y a su cargo.

“Cuando mi padre ha estado ingresado, yo me he quedado con él por las noches. Como cambia tanto mi vida, con mi casa y eso que mis hijos son grandes. Me he dado cuenta, de que hago tanta falta en mi casa, como también en la casa de mis padres. Entonces, como mi vida cambia tanto y mi vida da un giro tan grande, ese es el agobio que me da”. P9

d) Limitación de tiempo.

La falta de tiempo es otra de las limitaciones que aparecen en los discursos de los cuidadores y que repercute en su vida personal. El no poder compatibilizar las actividades de la vida cotidiana y las tareas propias del cuidador, les preocupa y les genera un malestar emocional.

“Te falta tiempo para hacer las cosas de tu casa, tienes que hacer la comida, estar pendiente de ella”. P7

“No puedo ir a ningún sitio, porque por las mañanas voy desesperada a comprar, pensando en que se puede caer mi madre”. P3

DISCUSIÓN

En este estudio podemos ver cómo han vivido el proceso de adaptación los cuidadores familiares de enfermos con Alzheimer, al igual que se han descrito los sentimientos y emociones que han surgido en el cuidador en este periodo, y como ha sido el impacto en su vida personal, familiar y social. En general, los datos obtenidos en nuestro estudio acerca de las características sociodemográficas de los cuidadores familiares de pacientes con demencia tipo Alzheimer, nos muestran un perfil de

población muy similar a la obtenida en otros estudios nacionales con este tipo de cuidadores. Así pues, partimos de una población de mediana edad, con una edad comprendida entre 50-60 años, mayormente mujeres en comparación de hombres. En cuanto a la relación de parentesco con el familiar cuidado, principalmente son hijas y posteriormente los cónyuges (Garzón-Maldonado *et al.*, 2017).

La formulación de ciertas creencias disfuncionales y su interiorización con respecto a la enfermedad de Alzheimer, les permiten a los cuidadores comprender la enfermedad y el comportamiento de su familiar, lo que lleva implícito un mayor afrontamiento de la enfermedad. Un aspecto muy importante relacionado con las creencias internas, es la escasez de conocimiento que tienen estos cuidadores (Fauth, Femia, y Zarit, 2016) y que está relacionado frecuentemente con el déficit de información que proporcionan los profesionales con respecto al diagnóstico de la enfermedad; esto puede producir una serie de miedos y temores que pueden desembocar en estrés y sobrecarga en el cuidador, tal y como lo describe Abreu *et al.* (2018).

Una característica de los cuidadores de Alzheimer y que se ha observado también en nuestro estudio, al igual que otras investigaciones, es la sensación del cuidador de estar presente y de ser la única persona que puede ofrecer los cuidados (Kimura *et al.*, 2018). Este sentimiento de ser la única persona que puede ofrecer los cuidados, está motivado por el instinto de la compasión que surge ante el sufrimiento del cuidador por la pérdida de su familiar, así como, el que su familiar no lo reconozca. Masters, Morris y Roe (2015) en su investigación observo que los cuidadores que sentían un amor más compasivo por sus parejas con

enfermedad de Alzheimer, tenían menos carga de cuidado y su rol de cuidador era más positivo, que aquellos cuidadores que sintieron menos amor compasivo por sus parejas con la enfermedad. Por otro lado, hemos observado el sufrimiento del cuidador ante una pérdida inminente de su familiar y la elaboración del duelo anticipado, como un proceso de adaptación que deben superar los cuidadores y que necesitan elaborar puesto que les permite la aceptación de vivir con un familiar enfermo y además anticipar la muerte de su ser querido (Leiva-Díaz, Hernández-Rojas, y Aguirre-Mora, 2016).

La responsabilidad y la obligación moral de asumir el cuidado por la mujer ha surgido en nuestra investigación desde el comienzo de la enfermedad de su familiar, en línea con otros estudios en los que los valores otorgados al papel del cuidador implican desigualdad de género y el condicionamiento de la mujer para ocupar esta tarea. (Garzón-Maldonado *et al.*, 2017). Podemos argumentar que se puede asumir esta responsabilidad desde la afectividad hacia un miembro de la familia y dentro de una actitud conservadora que ha existido a lo largo de la historia con un enfoque de género, sin ninguna razón en particular, o simplemente porque no existe disponibilidad de otras personas o ayuda formal para realizarlo y, por tanto, la mujer es la persona ideal para realizar este trabajo (Marcos *et al.*, 2015).

Por otra parte, comienza a ser evidente al igual que ocurre en otros cuidadores, la pérdida de las relaciones sociales, el aislamiento, y el agotamiento físico y psíquico en los cuidadores, unido al impacto en diferentes esferas de su vida personal, familiar y laboral, tal y como se ha evidenciado en otros estudios (Moreno-Cámara *et al.*, 2016). Aun así, se sienten

competentes y conocen los procedimientos básicos para el cuidado y para el manejo de estos enfermos, virtud muy valorada por los cuidadores. (Storti, Quintino, Silva, Kusumota, y Marques, 2016).

Una de las principales limitaciones del estudio han sido las propias características de los cuidadores familiares, al ser todas mujeres y no haber incluido ningún cuidador hombre, quizás hayamos podido solo visualizar el proceso de adaptación que sufre el género femenino. Por tanto, sería conveniente incluir en próximos estudios la perspectiva de cuidador hombre, con el fin de visualizar ambas vertientes. Este trabajo debe de servir de base para generar nuevas hipótesis y, por lo tanto, nuevas líneas de investigación futuras, donde se incluya la perspectiva del género masculino como cuidador principal; esto nos permitirá conocer otra visión por parte de los cuidadores; para así seguir avanzando en mejorar la calidad de vida y el bienestar de los cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer.

CONCLUSIONES

A modo de conclusión, podemos determinar que la adaptación al rol de cuidador de una persona con Alzheimer queda condicionada por las creencias erróneas o pensamientos disfuncionales que surgen en el cuidador, muchas veces a consecuencia de la escasez de información que ofrecen los profesionales sanitarios. Por otra parte, aparece el cuidado compasivo ante el sufrimiento del cuidador por las repercusiones de la enfermedad en la persona querida, además de, las emociones derivadas de la responsabilidad y obligaciones morales de asumir el rol de cuidador desde la perspectiva de género: En todo este periodo de adaptación, la

competencia tiene un valor prioritario para poder afrontar la situación que vive el cuidador. Y, por último, enfatizar el gran impacto que produce el cuidado en este periodo las repercusiones en su vida personal, familiar y laboral. Así pues, es prioritario diseñar y aplicar programas de intervención en estos cuidadores, desde el comienzo de la enfermedad, de tal modo que nos permitan prevenir la sobrecarga de los cuidadores y en dónde, los profesionales de enfermería tenemos una gran labor en el ámbito comunitario.

REFERENCIAS

- Abreu, W., Tolson, D., Jackson, G., y Costa, N. (2018). A cross-sectional study of family caregiver burden and psychological distress linked to frailty and functional dependency of a relative with advanced dementia. *Dementia*, 0(0), 1-18.
- Fauth, E.B., Femia, E.E., y Zarit, S.H. (2016). Resistiveness to Care during Assistance with Activities of Daily Living in Non-institutionalized Persons with Dementia: Associations with Informal Caregivers' Stress and Well-being. *Ageing & Mental Health*, 20(9), 888-898.
- García-Calvente, M., y Mateo, I. (2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Atención primaria*, 25(3), 181-186.
- Garzón-Maldonado, F.J., Gutiérrez-Bedmar, M., García-Casares, N., Pérez-Errázquin, F., Gallardo-Tur, A., y Martínez-Valle Torres, M.D. (2017). Health-related quality of life in caregivers of patients with Alzheimer disease. *Neurología*, 32 (8), 508-515.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235-260.
- Kimura, N. R., Baptista, M. A. T., Santos, R. L., Portugal, M. D. G., Johannessen, A., Barca, M. L., y Dourado, M. C. (2018). Caregivers' Perspectives of Quality of Life of People with Young-and Late-Onset Alzheimer Disease. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 31(2), 76-83.
- Uribe, F. L., Gräske, J., Grill, S., Heinrich, S., Schäfer-Walkmann, S., Thyrian, J. R. & Holle, B. (2017). Regional dementia care networks in Germany: changes in caregiver burden at one-year follow-up and associated factors. *International psychogeriatrics*, 29(6), 991-1004.
- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leiva-Díaz, V., Hernández-Rojas, M.E., y Aguirre-Mora, E. (2016). Experiencias de familias que conviven con una persona con diagnóstico de Alzheimer. *Enfermería Actual de Costa Rica*, 30, 1-22.
- Lozano-López, B., y Huertas-Pérez, M.M. (2017). Cuidados paliativos, cuidados compartidos. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 21(49), 100-107. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.49.11>.
- Marcos, M.M., y de la Cuesta, C. (2015). La experiencia del cuidado de las mujeres cuidadoras con procesos crónicos de salud de familiares dependientes. *Atención Primaria*, 48(2), 77-84.
- Masters, M., Morris, J., y Roe, C. (2015). Noncognitive symptoms of early Alzheimer disease. *Neurology*, 84(6), 617-622.
- Moreno-Cámara, S., Palomino-Moral, P. Á., Moral-Fernández, L., Frías-Osuna, A., y del Pino-Casado, R. (2016). Problemas en el proceso de adaptación a los cambios en personas cuidadoras familiares de mayores con demencia. *Gaceta Sanitaria*, 30(3), 201-207.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *Dementia: a public health priority. Alzheimer's disease International*. United Kingdom: OMS.
- Ruiz, M.D., Gázquez, J.J., y Pérez-Fuentes, M.C. (2013). *Estrategias de afrontamiento en cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer*. En J. J. Gázquez, M. C. Pérez-Fuentes, M. M. Molero y I. Mercader (Eds.), *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento* (Volumen I) (pp. 221-226). Almería: ASUNIVEP.
- Storti, L.B., Quintino, D.T., Silva, N.M., Kusumota, L., y Marques, S. (2016). Neuropsychiatric symptoms of the elderly with Alzheimer's disease and the family caregivers' distress. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 24, e2751.
- Van Manen, M. (2003). *Investigación educativa y experiencia vivida: Ciencia humana para una pedagogía de la acción y la sensibilidad*. Barcelona: Idea Books.

Michel Foucault y el cuidado de sí en el campo de la salud: una revisión integrativa

Michel Foucault and the care of the self in the field of health: an integrative review

Michel Foucault e o cuidado de si no âmbito da saúde: uma revisão integrativa

Francielly Zilli¹, Jéssica Siqueira Perboni², Stefanie Griebeler Oliveira³

¹Terapeuta ocupacional, mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas-UFPel. Bolsista CAPES.
Correo electrónico: franciellyzilli.to@gmail.com

²Enfermeira, mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas-UFPel. Correo electrónico:
jehperboni@yahoo.com.br

³Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Docente da Faculdade de Enfermagem da UFPel.
Correo electrónico: stefaniegriebeleroliveira@gmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Zilli, F., Perboni, J. S & Oliveira, S. G. (2019). Michel Foucault y el cuidado de sí en el campo de la salud: una revisión integrativa. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.04>

Correspondencia: Francielly Zilli. Rua Marechal Deodoro, 919, apto. 201, Bairro Centro. CEP: 96020-220. Pelotas-RS

Correo electrónico de contacto: franciellyzilli.to@gmail.com
Recibido: 22/12/2018; Aceptado: 12/02/2019



ABSTRACT

Care of the self, identified by Michel Foucault as the practices of taking care of oneself and worrying about yourself, through meditation exercises, self-writing, examination of conscience among other activities that make it possible to looking at the self.

Objective: The objective was to present how the care of self in the Foucaultian perspective is explored in the health area.

Method: Integrative review, developed in the electronic database Eletronic Libray Online (SciELO), PubMed.gov, Web of Science-Main collection (Thomson Reuters Scientific), and SCOPUS (Elsevier) with the

keywords Foucault and Care of the Self, where initially we found 262 articles and after applying exclusion criteria, there were ten articles left. The selected articles made possible reflections on the ways of inciting self care that were approached through self-listening, awareness, physical activities, yoga, changing eating habits, meditation, crafts, sewing, crocheting, knitting and reflections about life. It is these practices of freedom that made possible the modification of the subjects and thus a better quality of life for professionals working with mental health, women's health and home care programs, chronic patients associated with asthma and diabetes, physically

disabled and caregiver relatives.

Keywords: Foucault, care of the self, Occupational therapy, nursing, life Change Events.

RESUMO

O cuidado de si, identificado por Michel Foucault como as práticas de cuidar de si e preocupar-se consigo, através de exercícios de meditação, escrita de si, exame de consciência entre outras atividades que possibilitam olhar para si.

Objetivo: Objetivou-se apresentar como o cuidado de si na perspectiva Foucaultiana é explorado na área da saúde.

Método: Trata-se de uma revisão integrativa, realizada na biblioteca eletrônica Scientific Eletronic Libray Online (SciELO), PubMed.gov, Web of Science-Coleção Principal (Thomson Reuters Scientific), e SCOPUS (Elsevier) com as palavras chaves Foucault and Care of the Self, onde inicialmente foram encontrados 262 artigos e após aplicação dos critérios de exclusão, restaram dez artigos para análise. Os artigos selecionados possibilitaram reflexões sobre as formas de incitação do cuidado de si que foi abordado através de escuta de si, exame de consciência, atividades físicas, yoga, mudança de hábitos alimentares, meditação, atividades de artesanato, costura, crochê, tricô e reflexões sobre a vida. São essas práticas de liberdade que possibilitaram a modificação dos sujeitos e assim, uma melhor qualidade de vida de profissionais que trabalham com saúde mental, saúde da mulher e em programas de atenção domiciliar, pacientes crônicos associado à asma e a diabetes, deficientes físicos e cuidadore familiares.

Palavras chave: Foucault, cuidado de si, terapia ocupacional, enfermagem, acontecimentos que mudam a vida.

RESUMEN

El cuidado de sí, identificado por Michel Foucault como las prácticas de cuidado de sí y de preocuparse, a través de ejercicios de meditación, escritura de sí, examen de conciencia entre otras actividades que posibilitan mirar hacia sí.

Objetivo: Presentar como cuidado de si la perspectiva de Foucault explorada en la área de salud.

Método: Se trata de una revisión integrativa, realizada en la biblioteca eletrônica Scientific Eletronic Libray Online (SciELO), PubMed.gov, Web of Science-Colección Principal (Thomson Reuters Scientific), y SCOPUS (Elsevier) con las palabras claves Foucault and Care of the Self, donde inicialmente fueron encontrados 262 artículos y tras la aplicación de los criterios de exclusión, han permanecido diez artículos. Los artículos seleccionados posibilitaron reflexiones sobre las formas de incitación/motivación de hacer el cuidado de sí que fue abordado a través de escucha de sí, examen de conciencia, actividades físicas, yoga, cambio de hábitos alimentarios, meditación, actividades de artesanía, costura, ganchillo, y reflexiones sobre la vida. Estas prácticas de libertad posibilitan la modificación de los sujetos y así una mejor calidad de vida de profesionales que trabajan con salud mental, salud de la mujer y en programas de atención domiciliaria, pacientes crónicos asociados al asma y la diabetes, deficientes físicos y cuidadores familia.

Palabras clave: Foucault, cuidado de sí, terapia Ocupacional, enfermería, acontecimientos que cambian la vida.

INTRODUÇÃO

A noção de cuidado de si de Michel

Foucault foi introduzida durante o curso por ele ministrado no Collège de France entre 1981 e 1982 -curso cujo conteúdo foi publicado no Brasil pela primeira vez no ano de 2004 sob o título *A Hermenêutica do Sujeito*. O “cuidado de si mesmo” é uma das formas encontradas por Foucault para traduzir a noção grega, complexa e rica de *epiméleiaheautoû*, expressada por meio de atitudes ligadas ao cuidado de si, à ocupação e à preocupação consigo mesmo. Pode ser despertado por meio de exercícios de meditação, formas de atenção e olhar, converter o olhar para si, atitudes consigo, com o outro e com o mundo -ações que podemos assumir e que podem nos modificar, transformar, purificar e transfigurar. Da mesma forma, existem técnicas que podem facilitar o cuidado de si, como memorização do passado, escrita de si, exame de consciência e representações simbólicas (Foucault, 2010). Resultante dos estudos da cultura helenística e romana, o cuidado de si proposto por Foucault é visto como uma forma de exercício ético, uma vez que se trata de uma prática social capaz de intensificar as relações sociais. Desperta, pois, o desejo de transformação capaz de promover nos sujeitos, por meio do cuidado de si, o sentimento de pertencimento de si, de “posse de vida” (Machado e Lavrador, 2009).

A ideia de que o cuidado de si se produz sempre por meio de relações foi reforçado por um estudo feito com cuidadores familiares (Ribeiro *et al.*, 2017). Para a autora do estudo, a incitação do cuidado de si nesses cuidadores permitirá que ressignifiquem a sobrecarga resultante do cuidado do outro, evitando, assim, comprometer a sua saúde devido ao processo de cuidar. Complementa, ainda, que “[...] o cuidador que não cuida do corpo, pela sobrecarga do cuidado,

consequentemente não cuida da mente, onde o cuidado de si seria uma importante prática para o despertar de si mesmo” (Ribeiro *et al.*, 2017, p. 1.820). Ao refletirmos sobre as práticas assistenciais em saúde, qualificadas e integrais, podemos direcionar nossas reflexões sobre o quanto o cuidado de si pode ser um potencializador dessas práticas, pois, por intermédio do cuidado de si, constitui-se um sujeito capaz de aprender a viver e, assim, a cuidar da própria alma, tendo a possibilidade e o dever de ocupar-se de si. Da mesma forma, o cuidado de si, por ser visto como uma prática social, possibilita que trocas ocorram em um sistema tido como de obrigações recíprocas. Ainda, apresenta uma correlação direta com o pensamento e a prática médica, proporcionando uma aproximação entre medicina e moral, fazendo o indivíduo se reconhecer como doente, devendo cuidar de si (Bub *et al.*, 2006).

Dessa forma, o objetivo deste estudo é apresentar como o cuidado de si na perspectiva Foucaultiana é explorado na área da saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que possibilita a síntese de conhecimento de um determinado assunto, incluindo análises de estudos relevantes e direcionamento para estudos futuros (Mendes, Silveira e Galvão, 2008). Os artigos foram selecionados durante o período de 1.º junho até 30 de junho de 2017, por meio das bibliotecas eletrônicas Scientific Electronic Libray Online (SciELO), PubMed.gov, Web of Science-Coleção Principal (Thomson Reuters Scientific), e SCOPUS (Elsevier). A escolha pelas palavras-chaves se deu a partir da questão norteadora da pesquisa, a qual é apontada por Mendes, Silveira e Galvão

(2008) como a primeira etapa da revisão integrativa. Dessa forma, importa descobrir: Como as publicações científicas abordam o cuidado de si na perspectiva Foucaultiana na área da saúde?

Para realizar a busca, os termos escolhidos (“Foucault” e “Care of the self”) foram consultados na base dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e, após a constatação de que não eram controlados, foram utilizados como palavras-chaves. Em todas as bases utilizadas, a combinação das palavras foi feita pelo operador booleano “AND”; então, a busca foi realizada da seguinte forma: (Foucault) AND (Care of the self). Inicialmente, foram encontrados 262 artigos em todas as bases consultadas. Como segunda etapa da revisão, foram elencados os critérios de inclusão e exclusão- ou seja, os artigos que contemplassem o cuidado de si a partir da perspectiva de Foucault e estivessem relacionados com a área da saúde foram incluídos. Entretanto, resenhas de livros, revisão de literatura, carta ao editor, relatórios de comitês ou reflexão foram excluídos da revisão.

Dos 262 artigos localizados, 40 foram encontrados na base da PubMed. Após a

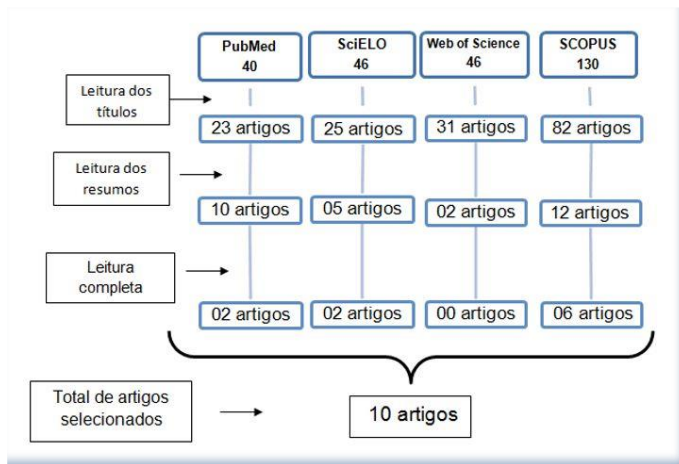
leitura dos títulos, foram selecionados 23 artigos para a leitura dos resumos, a partir da qual foram selecionados 10 artigos para a leitura na íntegra. Dos 10 artigos, apenas 2 contemplavam os critérios de inclusão. Na SciELO, foram encontrados 46 artigos. Após a leitura dos títulos, mantiveram-se 25 para a leitura dos resumos, a partir da qual 20 artigos foram excluídos. Por fim, após a leitura completa de cada artigo, restaram 2 artigos.

Na Web of Science, 46 artigos se destacaram para a leitura dos títulos. Destes, 15 foram excluídos, restando 31 para a leitura dos resumos, etapa que excluiu 29 artigos. Assim, restaram para a leitura na íntegra somente 2 artigos, e ambos acabaram por ser descartados.

No SCOPUS, foram encontrados 130 artigos. Após a leitura dos títulos, restaram 82, dos quais 70 foram excluídos depois de realizada a leitura dos resumos. Portanto, restaram 12 artigos para a leitura completa, após a qual restaram 6 artigos para análise.

Dessa forma, 10 artigos, ao total, foram selecionados para análise, conforme especificado no fluxograma a seguir (Figura 01).

FIGURA 01: Fluxograma de seleção dos artigos



FONTE: Dados da pesquisa

Como sugerido por Mendes, Silveira e Galvão (2008), foi realizada a terceira etapa da revisão integrativa, que prevê a organização dos dados conforme ano de publicação e autoria, metodologia e principais resultados. No Quadro 01, são apresentados a relação dos autores de cada artigo, bem como o ano, a revista, a área e o local de publicação. Como quarta etapa, a análise foi feita por meio da aproximação dos achados com os conceitos apresentados por Foucault, seguida da quinta etapa, que

engloba a interpretação dos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os locais de realização descritos nos estudos apontam para Brasil (n=2), Reino Unido (n=5), Nova Zelândia (n=1), Dinamarca (n=1) e Holanda (n=1). Quanto ao ano de publicação dos estudos, quatro foram publicados entre 2000 e 2005, e 6 foram publicados entre 2006 e 2013.

Quadro 01: Relação dos artigos consultados

Autor/Ano	Revista	Área	Local
Freitas, Meneghel e Seli. 2011.	Ciência & Saúde Coletiva	Saúde Coletiva	Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Bernardes e Guareschi, 2004.	Psicologia USP	Psicologia	Universidade de Santa Cruz do Sul, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil
Hayter, 2006.	Nursing Inquiry	Escola de Enfermagem	University of Sheffield, Reino Unido
Willems, 2000.	Theoretical Medicine and Bioethics	Departamento de Clínica Geral.	Universidade de Amsterdã, Holanda
Randall e Munro, 2010.	Organization Studies	Estudos Organizacionais	University de Negócios Aberdeen, Reino Unido, University de Innsbruck, Austria
Lea, 2009.	Body & Society	Geografias históricas e atuais dos espaços terapêutico	Universidade de Glasgow e na Universidade de Lancaster, Reino Unido
Longhurst, 2011	Sociology of sport journal	Programa de Geografia. Foucault de artes e ciências sociais	Universidade de Waikato, Nova Zelândia
Markula, 2004.	Sociology of sport journal	Unidade de Pesquisa Qualitativa da Escola de Esporte e Ciências da Saúde	Universidade de Exeter, Reino Unido
Sakellariou, 2012.	Sex Disabil	Departamento de Terapia Ocupacional	Escla de Estudo de Saúde Universidade Cardiff, Reino Unido
Ljungdahl, 2013.	Foucault Studies	Departamento de Educação (DPU)	Aarhus University, Dinamarca

Com relação à metodologia escolhida para as pesquisas, a maioria dos estudos era de abordagem qualitativa, tendo contemplado estudos de caso, autobiografia, entrevista em profundidade, estudo etnográfico, estudo observacional e trabalho de campo. Entretanto, o delineamento metodológico dos artigos encontrados apresenta descrição e aprofundamento frágeis. Todos os estudos analisados objetivaram olhar para os seus objetos de estudo através das lentes de Michel Foucault e o conceito de cuidado de si. De modo geral, contemplando a área da saúde, os estudos estavam direcionados para pacientes crônicos associado à asma (n=1) e a diabetes (n=1), sexualidade e deficiência física (n=1), atividade física (n=1), perda de peso (n=1), ioga (n=1), saúde mental (n=2), saúde da mulher (n=1) e atenção domiciliar (n=1).

Com base nos achados, o estudo realizado com cuidadores familiares no domicílio demonstrou que o reconhecimento de si é feito a partir do familiar acamado -ou seja, os entrevistados substituíam a sua identidade própria pela de cuidador, de forma que a sua história de vida acabava sendo relatada a partir do processo de cuidar do outro. Tais características reforçam a falta de olhar para si dos cuidadores familiares, os quais apontam a dificuldade de colocar limites no processo de cuidado, demonstrando sobrecarga e, a partir disso, o desejo de cuidar de si com o intuito de aliviar os sintomas de exaustão, atravessando o discurso sobre o não cuidado de si e percebendo tal anseio como forma de resistência no processo de cuidado do outro (Freitas, Meneghel, Selli, 2011).

Como forma de despertar o cuidado de si dos cuidadores familiares, atividades grupais foram direcionadas pelas ferramentas da escuta e da tecnologia do exame de consciência associada ao

recordatório, facilitando a escuta de si e as reflexões sobre a vida, bem como favorecendo a tomada de decisões e identificação dos recursos que podem ser potências disponíveis no processo de cuidado (Freitas, Meneghel, Selli, 2011).

Ribeiro *et al.* (2017) identificaram as práticas cuidado de si desempenhadas pelos cuidadores como um caminho de ressignificação do cuidado. Entre elas, estavam: momentos de reflexão, meditação e exame de consciência- os quais foram despertados por atividades como a escrita de si ou da realidade do outro-, reflexões e momentos de fuga do ambiente do cuidado direcionados pelo uso do cigarro, atividades de artesanato ou costura, crochê e tricô. Tais práticas eram desempenhadas individualmente ou em grupo, sendo utilizadas, assim, como forma de convívio social e práticas espirituais, as quais fortaleceram o processo de cuidado de si e do outro, ressignificando a identidade do cuidador. Em ambos os estudos (Ribeiro *et al.*, 2017; Freitas, Meneghel, Selli, 2011), identificou-se o papel importante exercido pela equipe na modificação dos sujeitos e, portanto, nas práticas de cuidado de si durante o processo de cuidar do outro.

As práticas desempenhadas individualmente, como a escrita de si em cadernos de anotações e diários, eram recomendadas como meios para dizer a verdade sobre si mesmo; entretanto, estas eram menos conhecidas (Foucault, 2011). Dessa forma, a escrita de si é apontada como uma das tarefas que o cuidado de si define, podendo auxiliar não só no cuidado de si, mas a instigar o cuidado de si do outro, “escrever tratados e cartas aos amigos, para ajudá-los, conservar seus carnês a fim de reativar por si mesmo as verdades que se teve necessidade” (Foucault, 1988, p. 275).

Estudos de Willems (2000) e Ljungdalh

(2013) realizados com pacientes com doenças crônicas -asma e diabetes- destacam as formas encontradas pelos pacientes para realizar o cuidado de si, bem como as dificuldades apontadas por eles, justificando o distanciamento das práticas de cuidado de si. Ljungdahl (2013) apresenta justificativas para a dificuldade encontrada pelos pacientes com diabetes tipo 2 em desempenhar o cuidado de si. O autor refere que os pacientes com diabetes tipo 2 relatam não sentir que têm um problema de saúde - portanto, acreditam não ser preciso mudar os seus hábitos não saudáveis. Assim, a doença, que poderia ressignificar a vida dos sujeitos para que estes buscassem o cuidado de si, nesse caso, não é identificada como um fator impulsionador. Outra questão referida no estudo é a falta de compreensão da real situação da doença, fator que limita a atribuição de sentido para as orientações que são passadas ao paciente, que acabam por não considerá-las pertinentes no processo de cuidado de si. Ainda, quando as práticas de cuidado de si são desenvolvidas pelos pacientes com diabetes tipo 2, diferenças com relação ao gênero são encontradas. Mulheres tendem a buscar o cuidado de si por meio de mudanças de hábitos alimentares, enquanto os homens buscam atividades físicas como forma de cuidar de si (Ljungdahl, 2013).

Já em estudo realizado com pacientes com asma, a ideia de autogestão foi identificada como sendo o que os mantém ativos no processo terapêutico, pois, por meio da autogestão, os pacientes se apropriam do seu corpo, reconhecendo as alterações e adaptações necessárias para facilitar o tratamento médico e, conseqüentemente, o cuidado de si (Willems, 2000). A proposta de autogestão pode ser vista como uma das tecnologias do cuidado de si apresentadas por Foucault a partir do momento que os

pacientes direcionam o olhar para si, reconhecem as suas necessidades e buscam por seus próprios meios -ou com a ajuda de outros- o cuidado de si, bem como do seu corpo, da sua alma, dos seus pensamentos e condutas (Willems, 2000). A partir da autogestão, Cordeiro (2017) direciona as reflexões para o assujeitamento das pessoas em relação às práticas que tornam a morte menos sofrida e dolorosa -ideia sustentada pela construção histórica em relação à posição que o hospital ocupa na vida das pessoas como aquele cuja função primordial é curar. Da mesma forma, dificuldades no retorno ao domicílio pós-hospitalização são apoiadas por essa relação de proximidade entre equipe, família e paciente, tendo os cuidados prestados no contexto hospitalar como os modos certos de cuidado.

Já o estudo de Sakellariou (2011) com homens gregos com lesão medular objetivou reunir as noções de sexualidade, deficiência e cuidado de si. Por meio das análises Foucaultianas, apontou que as escolhas feitas pelos informantes em relação ao cuidado de si destacam o papel central do indivíduo no processo de negociação da sua própria sexualidade. Dessa forma, os homens que participaram do estudo demonstraram não estar subordinados ao conhecimento da deficiência, mas estar experienciando e escolhendo os conhecimentos válidos no contexto da sua vida. Assim, acabaram por construir os cuidados que melhor atendessem as suas necessidades. Escolheram como lidar com eles mesmos, na medida em que isso era possível dentro dos grandes discursos sociais e políticos. Escolheram tecnologias de cuidado de si que acreditaram ser passíveis de produzir o eu desejado, de acordo com os seus conhecimentos. Foi por meio do cuidado de si que eles se tornaram agentes ativos do processo de cuidado, não somente receptores.

O sujeito compreendido pela ética da existência e pelas técnicas de si é visto como um sujeito ético, “antes que um ideal de conhecimento”. Dessa forma, o sujeito é abarcado como transformável e modificável, pois se passa a vê-lo como alguém que “[...] se constrói, que se dá regras de existência e conduta, que se forma através dos exercícios, das práticas, das técnicas, etc.” (Gros, 2008, p. 129).

Quando Foucault fala que a noção de *epiméleiaheautoû* se ampliou, tendo os seus significados multiplicados ao longo da história, ele aponta que o cuidado de si, entre outras coisas:

[...] é também uma certa forma de atenção, de olhar. Cuidar de si mesmo implica que se converta o olhar [...] do exterior, dos outros, do mundo, etc. para “si mesmo”. O cuidado de si implica uma certa maneira de estar atento ao que se pensa e ao que passa no pensamento. Há um parentesco da palavra *epiméleiacom meléte*, que quer dizer, ao mesmo tempo, exercício e meditação (Foucault, 2010a, p. 12).

Com a noção de *epiméleiaheautoû* apresentada por Foucault, uma das formas mais populares de ioga, chamada de Iyengar yoga, é exposta como uma maneira de cuidado de si, pois explora as possibilidades de experiência de vida subjetiva por meio das conexões profundas consigo, as quais são capazes de direcionar a atenção para um estado de consciência do corpo, das sensações, emoções, sentimentos, memórias e estado de espírito (Lea, 2009).

Rosa e Miranda (2017) apontam a prática de ioga como uma ferramenta essencial no processo de subjetividade, pois acreditam que a atividade pode servir como um facilitador para o desenvolvimento da autonomia do sujeito. Assim, a prática de

ioga passa a ser um recurso ético do cuidado de si.

Considera-se que qualquer forma de atividade física pode ser usada como prática libertadora para a construção do eu, podendo, assim, ser capaz de expandir as limitações de identidade. As práticas que envolvem atenção plena durante a sua realização facilitam o aumento da consciência corporal e, conseqüentemente, da concentração na execução da atividade (Markula, 2004). Esses benefícios permitem que o sujeito de purifique, transforme-se e transfigure-se, assim como proposto por Foucault (2010).

Os exercícios físicos, associados ao cuidado com a dietética, o regime, o sono e as relações sexuais, são apontados como ações de cuidado de si. Para Foucault (2010b, p.116) “[...] eles propõem um ajuste da vida mais estrito e solicitam da parte daqueles que querem observá-los uma atenção ao corpo mais constantemente vigilante”. Essas características são apontadas por Longhurst (2011), quando fala do cuidado de si por meio da sua experiência com a perda de peso, reforçando o quanto as práticas disciplinares são capazes de direcionar o olhar para as tecnologias do eu e, assim, possibilitar maneiras de viver o cuidado de si.

Compreendemos que diversos tipos de atitudes e experiências foram elaborados pelos homens como formas de técnicas específicas que proporcionaram a compreensão de quem eles são. Foucault (1988) indica essas técnicas especificando que elas apresentam uma matriz da razão prática e que, de modo geral, operam juntas umas das outras. São elas as técnicas de produção, técnicas de sistema de signos, técnicas de poder e as técnicas de si.

As técnicas de si são apontadas como aquelas que:

[...] permitem os indivíduos efetuar, sozinhos ou com a ajuda de outros, certos números de operações sobre seu corpo e sua alma, seus pensamentos, suas condutas, seu modo de ser; transformar-se a fim de atingir certo estado de felicidade, de pureza, de sabedoria, de perfeição ou de imortalidade (Foucault, 1988, p. 266).

Em cada estudo analisado, observamos diferentes formas de instigar o cuidado de si no âmbito da saúde. Hayter (2006) direcionou o seu olhar para a saúde da mulher, fornecendo diversos exemplos da forma como os enfermeiros educam e preparam as mulheres para que essas possam examinar o seu corpo. Aqui, o cuidado de si é despertado por discursos de riscos e perigos que a mulher pode encontrar se não estiver atenta ao seu corpo. Dessa forma, a incitação ao cuidado de si é feita pela consciência do risco de uma potencial doença ou gravidez. Uma vez que essa consciência é construída, os enfermeiros começam a despertar o conhecimento corporal da mulher e, assim, a direcionar o olhar para o cuidado de si.

O que Foucault (2010a) propõe é um conjunto de técnicas cujo intuito é vincular a verdade e o sujeito. Porém, o que Foucault quer não fazer da alma um lugar onde reside a verdade, torná-la o discurso da verdade ou descobrir no sujeito uma verdade por meio do cuidado de si. Para ele, ainda estamos longe da hermenêutica do sujeito. Pelo cuidado de si, essa vinculação possibilita “[...] dotar o sujeito de uma verdade que ele não conhecia e que não residia nele; trata-se de fazer dessa verdade aprendida, memorizada, progressivamente aplicada, um quase-sujeito que reina soberanamente em nós” (Foucault, 2010a, p. 451).

Em outro âmbito, percebe-se que os auxiliares de enfermagem se reconhecem como trabalhadores da saúde mental por

meio de práticas de cuidado de si que são despertadas por exercícios, tecnologias e práticas cotidianas. Com base em Foucault, essas práticas apresentam critérios de transformação das relações consigo, que foram apresentadas neste estudo como práticas que estavam orientadas à construção ou modificação da maneira como os auxiliares de enfermagem se descrevem ou apresentam narrativas sobre si, e, por meio disso, alcançam um estado de ser (Bernardes e Guareschi, 2004).

Assim como os gregos, que considerávamos exercícios de cuidado de si como uma forma de governo/cuidado de si e, assim, melhor governo/cuidado dos outros, os trabalhadores da saúde mental estão imersos em verdades que direcionam para o cuidado com o outro. Dessa forma, Bernardes e Guareschi (2004) identificam o quanto as atividades para os cuidados consigo, para se ocupar consigo e tornar-se objeto de si mesmo refletem no cuidado dos outros.

Outro reflexo das compreensões sobre o cuidado de si na saúde mental está relacionado à perspectiva da política da Reforma Psiquiátrica. Nesse caso, o cuidado de si é apresentado como uma nova experiência do eu. Na busca pelas práticas humanizadas na assistência é que o trabalhador identifica a necessidade de cuidar de si como humano e, assim, pode prestar práticas humanizadas ao usuário - como afirmou um dos entrevistados, “a humanização deles será a humanização nossa”. Isso tudo é possível por meio de diversas atividades de cuidado com a própria vida, em que o trabalhador busca reconhecer-se, perceber-se e subjetivar-se experimentando novas formas de ser, e se reconhecendo nelas (Bernardes e Guareschi, 2004).

Paralelo a isso, Randall e Munro (2010)

reforçam a resistência para com as práticas normalizadoras, idealizadoras de um eu “controlado”. Dessa forma, o estudo encontrou semelhanças entre as práticas estabelecidas pelos profissionais entrevistados e as ideais apresentadas por Foucault: o cuidado não como uma ciência da cura, que envolve abordagens tradicionais na área da saúde mental, como a medicalização, mas como práticas diárias de viver, com base no cuidado de si apresentado por Foucault. Em contraste com as práticas tradicionais das concepções que normalizam o eu, ideais e práticas apresentadas pelos profissionais entrevistados nesta pesquisa vão ao encontro dos trabalhos de Foucault, na medida em que este fala do cuidado de si como uma forma de dominação de si, capaz de transformar e moldar a própria vida.

Fica claro, portanto, o quanto os trabalhadores entrevistados compartilham das inquietações de Foucault em relação às críticas históricas feitas aos hospitais psiquiátricos e aos profissionais de saúde mental (Randall e Munro, 2010).

Após análises dos artigos encontrados, é possível perceber as diversas aplicabilidades do cuidado de si no âmbito da saúde, cuja maioria objetiva alcançar o direcionamento do olhar para os sujeitos avaliados na sua completude do viver e do cuidar de si, não em um cuidado fragmentado, de forma que se possa melhorar a qualidade da assistência e da vida desses sujeitos.

Nos estudos analisados, as práticas de cuidado de si foram despertadas pela escuta em atividades grupais, exame de consciência, escuta de si, reflexões sobre a vida, meditação, atividade de artesanato, costura, crochê e tricô, mudança de hábitos alimentares, atividades físicas e ioga.

O número limitado de estudos

encontrados é um indicativo da necessidade de ampliar o olhar do cuidado de si nas distintas áreas da saúde.

REFERÊNCIAS

- Bernardes, A.G., Guareschi, N.M.F. (2004). Trabalhadores da saúde mental: Cuidados de si e formas de subjetividade. *Psicologia USP*, 15 (3), 81-101. Recuperado de: <http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/viewFile/42286/45959>.
- Bub, M.B.C., Medrano, C., Silva, C.D., Wink, S., Liss, P.E., Santos, E.K.A. (2006). A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 15, 1521-157. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000500018>.
- Foucault, M. (2011). *A coragem da verdade: o governo de si e dos outros II*. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Foucault, M. (2010a). *A hermenêutica do sujeito*. 3.ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Foucault, M. (2010b). *Historia de la sexualidade 3: la inquietud de sí*. 2.ª ed. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, M. (2014). As técnicas de si. In M.B., Motta (Ed.), *Ditos e escritos IX: Michel Foucault genealogia da ética, subjetividade e sexualidade* (pp. 264). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Freitas, I.B., Meneghel, S.N., Selli, L. (2011). A construção do cuidado pela equipe de saúde e o cuidador em um programa de atenção domiciliar ao acamado em Porto Alegre (RS, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (1), 301-120. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100032>.
- Hayter, M. (2006). Productive power and the ‘practices of the self’ in contraceptive counseling. *Nursing Inquiry*, 13 (1), 33-43. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1800.2006.00302>.
- Machado, L. D., Lavrador, M.C.C. (2009). Por uma clínica de expansão da vida. *Interface-Comunic., Saúde, Educ*, 13 (1), 515-521. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500004>.
- Markula, P. “Tuning into One’s self:” Foucault’s technologies of the self and mindful fitness (2004). *Sociology of sport journal*, 21, 302-321. Recuperado de <https://doi.org/10.1123/ssj.21.3.302>.
- Lea, J. (2009). Liberation or Limitation? Understanding Iyengar Yoga as a Practice the self. *Body & Society*, 15 (3), 71-92. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/1357034x09339100>.
- Ljungdahl, A. K. (2013). Stultitia and Type 2 Diabetes: the madness of not wanting to care for the self.

- Foucault Studies*, 16, 154-174. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.22439/fs.v0i16.4122>.
- Longhurst, R. (2012). Becoming smaller: autobiographical spaces of weight loss. *Antipode*, 44(3), 871-888. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1467-8330.2011.00895.x>.
 - Randall, J. & Munro, I. (2010). Foucault's Care of the self: A case from mental health work. *Organization Studies*, 31(11), 1485-1504. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/0170840610380809>.
 - Sakellariou, D. (2012). Sexuality and disability: a discussion care of the self. *Sex Disabil*, 30, 187-197. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s11195-011-9219-3>.
 - Willems, D. (2000). Managing one's body using self-management techniques: practicing autonomy. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 21, 23-38. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1023/A%3A1009995018677>.

Experiencias adaptativas de mujeres mastectomizadas: una mirada desde el Modelo de Callista Roy

Adaptive experiences of women with mastectomies: A view from the Model Callista Roy

Experiências adaptativas de mulheres mastectomizadas: Uma olhada desde o Modelo de Callista Roy

Ian Coahpetzin Zavala-Pérez¹; Cecilia Palacios-Fonseca²; Cinthia Viridiana Olea-Gutiérrez³; Daniela Lizbeth Salas-Medina⁴; Martha Xitlali Mercado-Rivas⁵

¹Maestro en Enfermería. Asesor(a) en tanatología y estudiante de psicología. Correo electrónico: ic_jm82@hotmail.com

²Maestra en Enfermería. Asesora en tanatología y estudiante de psicología. Correo electrónico: cepalfo_05@hotmail.com

³Maestra en Enfermería y estudiante del Doctorado en Ciencias de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara. Correo electrónico: Viri_olea82@hotmail.com

⁴Daniela Lizbeth Salas-Medina. Maestra en Administración y Doctora en Psicología. Correo electrónico: deptopsicoenfria@gmail.com

⁵Martha Xitlali Mercado-Rivas. Maestra en Terapia Familiar Sistemática y Doctora en Psicología. Universidad Autónoma de Nayarit, Área de Ciencias de la Salud. Nayarit, México. Cuerpo Académico de Psicología de la Salud en la línea de Psicología, Salud y Enfermedad. Correo electrónico: dpp.uam0@gmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Zavala-Pérez, I.C., Palacios-Fonseca, C., Olea-Gutiérrez, C.V., Salas-Medina, D.L. & Mercado-Rivas, M.X. (2019). Experiencias adaptativas de mujeres mastectomizadas: Una mirada desde el Modelo de Callista Roy. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.05>

Correspondencia: Mtro. Ian Coahpetzin Zavala Pérez. C.P. 63000; tel. 311 123 2008; calle Oaxaca # 77 Colonia Centro. (México)

Correo electrónico de contacto: ic_jm82@hotmail.com

Recibido: 10/11/2018; Aceptado: 08/02/2019



ABSTRACT

Objective: To understand the basis of the Callista Roy Adaptation Model, adaptive experiences of women who have undergone a mastectomy.

Methods: Phenomenological methodology was the selected path. Data were collected

through a depth interview and presented in the form of a preliminary script of open questions grounded in the Roy Adaptation Model. For the organization and management of data was used the Colaizzi method. The study was developed in the State Cancer Center of Nayarit.

Results: Alterations suffered by women with mastectomies, include those concerning the adaptation modes defined by Roy Theory, which are physiological, self-concept, role function and interdependence.

Conclusions: The loss of one or both breasts for women represents a major change in their lives, which may affect, the way she perceives herself, her system of beliefs and values. Adaptation experiences identified through the responses of the participants, most of them attributed to religion, as an important motivation to continue their lives.

Keywords: Women with mastectomies, cancer, adaptation, Roy.

RESUMO

Objetivo: Comprender com base no Modelo de Adaptação de Callista Roy, as experiências de adaptação de mulheres submetidas à mastectomia.

Metodologia: Selecionou-se a metodologia de trajetória fenomenológica. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista à profundidade e apresentou-se na forma de questões abertas com aterradas no Modelo de Adaptação de Callista Roy. No estudo foi utilizado o método de Colaizzi para a organização e gestão dos dados. O espaço em que foi desenvolvido o estudo, foi o Centro Estatal de Cancerologia de Nayarit.

Resultados: Foram detectados alterações nos modos de adaptação definidos pela teoria de Roy: fisiológico, auto-conceito, função do rol e interdependência.

Conclusões: A perda de um ou ambos seios, representa uma grande mudança nas suas vidas, na qual podem ser afetadas as maneiras de autopercepção, sistema de crença e valores. As experiências de adaptação identificadas através das respostas das participantes na maioria delas são atribuídas à religião como um fator

motivador para continuar com as suas vidas.

Palavras chave: Mulheres mastectomizadas, câncer, adaptação, Roy.

RESUMEN

Objetivo: Comprender con base en el Modelo de Adaptación de Callista Roy, las experiencias adaptativas de las mujeres sometidas a mastectomía.

Métodos: Se seleccionó la metodología de trayectoria fenomenológica. Los datos fueron recogidos a través de una entrevista a profundidad y se presentó bajo la forma de un guion preliminar de preguntas abiertas fundamentadas en el Modelo de Adaptación de Roy. En el estudio se empleó el método de Colaizzi para la organización y manejo de los datos. El espacio en el que se desarrolló el estudio fue en el Centro Estatal de Cancerología de Nayarit.

Resultados: Se detectaron alteraciones en los modos de adaptación definidos por la teoría de Roy: fisiológico, auto-concepto, función del rol e interdependencia.

Conclusiones: La pérdida de una o ambas mamas para la mujeres representa un gran cambio en sus vidas, en el cual pueden verse afectadas las maneras de autopercepción, sistema de creencias y valores. Las experiencias de adaptación identificadas, a través de las respuestas de las participantes en su mayoría se atribuyen a la religión como un factor de motivación para continuar con sus vidas.

Palabras clave: Mujeres mastectomizadas, cáncer, adaptación, Roy.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, define al cáncer como un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células; el tumor suele invadir el tejido

circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016). El cáncer de mama es una enfermedad multifactorial en la que los factores genéticos y ambientales contribuyen a su aparición (Dornelles Prolla, Santos da Silva, Oliveira Neto, Goldim & Asthon-Prolla, 2015).

En el ámbito mundial, el cáncer de mama es la segunda neoplasia más frecuente en la población y la más frecuente entre las mujeres con un estimado de 1.67 millones de nuevos casos diagnosticados anualmente, representando el 25% de los casos de cáncer en mujeres. La incidencia es más alta en países desarrollados (excepto Japón); varía desde 27 por 100,000 mujeres en África Central, hasta 96 en Europa occidental (Secretaría de Salud [SSA], 2015).

Es también la principal causa de muerte por un tumor maligno en la mujer en países en vías de desarrollo y la segunda en países desarrollados (después del cáncer de pulmón) con una defunción cada minuto por esta causa en alguna parte del mundo (522,000) y tasas de mortalidad que van de 6 en Asia oriental a 20 defunciones por 100,000 mujeres en África Occidental (SSA, 2015). La tendencia de la mortalidad es ascendente debido a una mayor incidencia de la enfermedad, el envejecimiento poblacional y la poca capacidad de respuesta de los sistemas de salud en países subdesarrollados (SSA, 2015). En América Latina, el cáncer de mama es el cáncer más frecuente con 152,059 casos diagnosticados anualmente, una cuarta parte (24.9%) de los casos de cáncer en mujeres. La incidencia regional es 47.2, la cual es más alta en países del cono sur, principalmente Argentina y Uruguay, donde las tasas son semejantes a la de países desarrollados (71.2 y 69.7 defunciones por 100,000 mujeres,

respectivamente) (SSA, 2015).

En México, a partir del año 2006, el cáncer de mama ocupa el primer lugar como causa de muerte por neoplasia maligna en mujeres de 25 años en adelante y ha desplazado de esta posición al cáncer cervicouterino. En el año 2010 se registraron 5,113 defunciones, con una tasa de mortalidad de 10.1 fallecimientos por 100 mil mujeres, lo que hace un total de 13,648 nuevos casos (Robles Castillo, Ruvalcaba Limón, Maffuz & Rodríguez Cuevas, 2011).

En el año 2013, se registraron 5,405 defunciones en mujeres con una tasa de 16.3 defunciones por 100,000 mujeres. Las entidades con mayor mortalidad por cáncer de mama son Coahuila (24.2), Sonora (22.6) y Nuevo León (22.4).

En Nayarit, región donde se desarrolla esta investigación, en el año 2010 según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, la mortalidad por cáncer de mama ya representaba un 11.5% de todas las muertes por cáncer (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2012).

El cáncer de mama es sin duda una enfermedad relevante para la salud pública por afectar profundamente el bienestar físico, mental y social de la mujer. Además de traer repercusiones negativas como depresión, angustia, miedo de morir, inseguridad, perjudicando la auto-imagen y auto-estima de las mujeres tratadas (García Sánchez, Insuasty Enríquez & Parra Gómez, 2011).

Un modelo explicativo

La necesidad de entender el fenómeno que las mujeres viven tras ser mastectomizadas, ha motivado a utilizar un modelo teórico que permita valorar a la persona como un todo, así mismo permita conocer sus experiencias surgidas durante su proceso de

adaptación. Por tal motivo debido a los supuestos filosóficos que se plantean en el Modelo de Adaptación de Callista Roy, permiten su utilización como base científica que guíe el proceso de comprensión de las experiencias adaptativas de las mujeres mastectomizadas.

“Roy describe a las personas como seres holísticos, con partes que funcionan como unidad con algún propósito, no en una relación causa-efecto. Los sistemas humanos incluyen a las personas como individuos, grupos, familias, comunidades, organizaciones, y a la sociedad como un todo” (Díaz de Flores *et al.*, 2009).

Roy plantea que las personas, vistas como sistemas adaptativos holísticos, se encuentran en continua interacción con un ambiente cambiante. Los estímulos ambientales, al entrar en contacto con el sistema, activan los subsistemas de afrontamiento regulador y cognitivo y desencadenan una serie de respuestas observables a través de los cuatro modos de adaptación (fisiológico, auto concepto, función del rol e interdependencia); estas respuestas buscan afrontar la situación y, de esta manera, promover la adaptación (Gutiérrez, 2007).

El ambiente es todo aquello que rodea a la persona y lo que está dentro de ella. El ambiente no se limita al entorno, está constituido además por sus experiencias y los aspectos que constituyen su ambiente interno (Díaz de Flores *et al.*, 2002).

Roy señala que en el ambiente se encuentran los estímulos, los cuales clasifica en focales, contextuales y residuales:

- Los estímulos focales son aquellas situaciones o circunstancias que la persona debe confrontar en forma inmediata, tales como una enfermedad

o un evento externo, y para lo cual requiere consumo de energía.

- Los contextuales son otros estímulos que están presentes en la situación, y aunque no son el centro de atención o de consumo de energía, influyen en la forma como la persona puede afrontar el estímulo focal.
- Los estímulos residuales son factores desconocidos que se encuentran en el ambiente, cuyos efectos no han sido confirmados. Estos pueden ser una expectativa, un valor, una actitud o una creencia, producto de experiencias pasadas. En el momento en que se conoce como están actuando en la situación, se vuelven contextuales (Gutiérrez, 2007; Melo, da Silva, Mota, Mamede, Lindard & Fernández, 2011).

Estos estímulos activan los subsistemas de afrontamiento regulador y cognitivo con el fin de generar en el individuo una respuesta que permita controlar la situación. Por su parte el subsistema de afrontamiento regulador, está dirigido por los sistemas nerviosos autónomos y endocrinos, y responde de manera automática a los estímulos del ambiente interno y externo. Así mismo el subsistema de afrontamiento cognitivo, se rige por la conciencia y tiene relación con los procesos cognoscitivos y emocionales que le permiten a la persona interpretar la situación y afrontar los estímulos ambientales con base en su análisis de la situación, fundamentada en su experiencia y educación (Gutiérrez, 2007; Melo *et al.*, 2011).

Las respuestas de los individuos se evidencian en forma interrelacionada en cuatro modos de adaptación (Gutiérrez, 2007; Melo *et al.*, 2011):

- El fisiológico se relaciona con las respuestas fisiológicas a los estresores o

estímulos externos.

- El auto concepto representa la salud emocional, se enfoca en las dimensiones espirituales y psicológicas de la persona.
- La función del rol se relaciona con el papel que desempeña una persona en la estructura social.
- La interdependencia tiene que ver con las relaciones afectivas y sociales que se establecen como personas significativas y sistemas de apoyo.

La comprensión de las experiencias vividas

La enfermería necesita identificarse con una filosofía que le permita otorgar un sentido interpretativo a los fenómenos individuales con el fin de determinar la importancia de los cuidados en las experiencias de salud o enfermedad (Contreras & Castillo, 2016).

La investigación cualitativa es una perspectiva que ofrece los materiales y métodos necesarios para que el profesional de enfermería lleve a cabo la interpretación de los significados bajo un análisis crítico y reflexivo (Bueno, 2011).

Así mismo, la investigación cualitativa ofrece una metodología de investigación que permite generar conocimiento como una creación compartida entre el investigador y las mujeres investigadas. Cabe mencionar, que no se pretende medir la realidad sino adentrarse en ella para comprenderla (Contreras & Castillo, 2016).

Habría que decir también, que el investigador dentro de la perspectiva cualitativa se caracteriza porque es considerado como instrumento para la colecta de datos y participe de la vida de otros, se enfoca en el estudio de los procesos y de los significados; así mismo, se interesa por las experiencias humanas y considera la

subjetividad e intersubjetividad elementos esenciales para desarrollar conocimiento (Baptista, Merighi & Freitas, 2012).

Considerando lo anterior, el presente estudio tiene como objetivo describir con base en el Modelo de Adaptación de Callista Roy, las experiencias adaptativas de las mujeres sometidas a mastectomía en los aspectos de autopercepción, roles y afectos en contexto socio-familiar.

METODOLOGÍA

Planteamos una perspectiva metodológica cualitativa. El propósito de la investigación fenomenológica es describir las experiencias tal como son vividas por los individuos -mujeres mastectomizadas-. Además, se hace énfasis en la comprensión de lo que una experiencia puede representar dentro del contexto de vida de las personas, lo que es denominado como capturando la experiencia vivida (Contreras & Castillo, 2016).

De igual modo, la fenomenología descriptiva, se interesa por la forma en cómo se adquiere el conocimiento, pues hace énfasis en describir la experiencia vivida a través de la corporalidad tal y como se introyecta en la conciencia; se propone la intuición como rasgo humano para develar los significados a través de la reducción fenomenológica, porque afirma que el conocimiento yace en la conciencia del ser (Gill, 2014).

Material y métodos

Se abordaron seis mujeres mastectomizadas de la ciudad de Tepic Nayarit, que recibían quimioterapia en el Centro Estatal de Cancerología. La estrategia de muestreo para la selección de las participantes fue propositivo (Teddlie y Yu, 2007). Para la muestra se consideró a

mujeres con un rango de edad de 45 a 63 años, no se consideró la ocupación; sin embargo, todas las participantes fueron amas de casa.

A las participantes se les explicó el objetivo del estudio y enfatizó que las entrevistas serían grabadas; así mismo, que podría ser suspendida en cualquier momento que lo pidieran. En la misma tónica, se les informó que los datos obtenidos serían de carácter confidencial y con fines académicos, resguardando sus identidades. Todas las entrevistas fueron transcritas en los días siguientes (10 días consecutivos) a su grabación. Para identificar las entrevistas, se les asignó un número a manera de código ejemplo: m01, m02, m03, entre otros.

Los datos fueron recogidos a través de una entrevista a profundidad, cuyo objetivo fue ampliar al máximo las posibilidades de captación del proceso, y se presentó bajo la forma de un guion preliminar de preguntas abiertas fundamentadas en el Modelo de Adaptación de Roy con la pregunta inicial ¿Cómo ha sido su vida desde la mastectomía? En el estudio se empleó el método de Colaizzi para la organización y manejo de los datos, dicho método consta de pasos iniciando con la definición del fenómeno de interés, recolección de las descripciones de las participantes sobre el fenómeno, lectura de dichas descripciones y extracción y escritura del significado de cada enunciado significativo, organización de los significados formalizados agregados en grupos de temas y por último, desarrollar una descripción exhaustiva (Sánchez, 2006; Lewis, 2014).

Una vez transcritas las entrevistas, se procedió a realizar lectura y re-lectura de todas las descripciones hechas por las participantes acerca de sus experiencias respecto al procedimiento quirúrgico

denominado mastectomía haciendo énfasis en las rutinas y estrategias adaptativas ante dicha situación.

RESULTADOS

Se extractaron todos los enunciados significativos, frases y planteamientos de cada descripción relacionados directamente con las experiencias de estar y ser mujeres mastectomizadas. Posteriormente, se determinaron los significados y se agruparon en conjunto de significados formulados hasta constituir categorías desde los modos adaptativos: Fisiológico, autoconcepto, función del rol e interdependencia.

Otro rasgo que es importante destacar sobre el método Colaizzi es que después de transcribir línea por línea y extraer enunciados significativos sobre el fenómeno; así como elaborar un significado formulado basado en dichos enunciados; para posteriormente, hacer la descripción exhaustiva; es que ésta descripción se presenta de regreso a las participantes que son consideradas co-investigadores de la validación (ver tabla 1). Por consiguiente, el resultado de la investigación es la descripción del fenómeno a través de estos temas que capturan la esencia de la experiencia. La descripción de estos temas fueron reportados de regreso a tres participantes para validación. De acuerdo a la retroalimentación, no fue necesario hacer modificación al análisis, el cual revela cuatro temas (ver tabla 2).

Entre las alteraciones sufridas por las mujeres mastectomizadas, se detectaron aquellas referentes a los modos de adaptación definidos por la teoría de Roy: fisiológico, auto-concepto, función del rol e interdependencia (ver tabla 3).

TABLA 1: Extracción de las declaraciones significantes y significados formulados. Ejemplos de enunciados

DECLARACIONES SIGNIFICANTES	SIGNIFICADOS FORMULADOS
<i>“Solo al principio de que me hicieron la operación sentía mucho dolor”</i>	La paciente refiere dolor, el cual como en toda cirugía se presenta.
<i>“Al mover mi brazo derecho un tiempo sentí un pequeño dolor”</i>	El dolor se presenta como consecuencia de las actividades realizadas por la paciente.
<i>“Cuando de recién de la cirugía si sentía que me iba de lado al caminar”</i>	La pérdida de equilibrio es una de las consecuencias más comunes después de la realización de una mastectomía.
<i>“Al principio me sentía triste e incompleta al mirarme al espejo y verme así, al vestirme y ver que la ropa no se me veía como antes, me llenaba de tristeza y me ponía a llorar”</i>	La pérdida de una parte del cuerpo implica un duelo como cualquier otra pérdida, y la paciente sentía tristeza por verse sin esa parte de su cuerpo.
<i>“Hay momentos que recuerdo o que veo alguna fotografía de cómo me veía anteriormente y todo lo que he pasado y a veces me siento triste”</i>	Los recuerdos del aspecto físico anterior a la cirugía causan nostalgia y un sentimiento de tristeza.
<i>“Eso te afecta en todo y lo más evidente es lo físico porque te das cuenta que ya no te ves igual, pero el cambio más importante viene siendo en ti misma, en lo que piensas de ti”</i>	El aspecto físico es casi lo más importante para una mujer que ha sido mastectomizada, ya que ellas sienten que la gente ya no las va a ver igual y que las van a discriminar.
<i>“Hay momentos en los que si me afecta pero imagino que es normal, sé que es una parte de mi cuerpo y así perdiera mi mano o una pierna tendría el mismo sentimiento”</i>	Para algunas personas cualquier pérdida es igual, no hay una que afecte más que otra, en este caso la paciente refiere que para ella sería el mismo sentimiento el perder cualquier otra parte de su cuerpo.
<i>“Los primeros meses si cambió mi papel, debido a que me ayudaban a cuidar a mis hijos y también yo recibía cuidados”</i>	Se presentan cambios en los roles debido a la incapacidad que se presenta con la cirugía
<i>“A veces siento que se preocupan demasiado y hacen cosas por mi cosas que antes no hacían”</i>	Cuando a alguien presenta alguna enfermedad, las personas que la rodean se acercan más a ella y tratan de hacerla sentir mejor.
<i>“Pues si, después de la quimio, me siento débil, así que ahí es cuando me acuesto casi todo el día, porque me siento mareada, no puedo caminar muy bien y a veces me duele la cabeza, esas quimios me ganan, pero luego yo les gano a ellas”</i>	Dificultades fisiológicas presentadas por la paciente posterior a la mastectomía afectan el campo de energía.
<i>“Soy una persona que lucha por lo que quiere y saca adelante a su familia, me gusta ayudar, me considero amigable pero sobre todo me considero una persona fuerte”</i>	Actitud frente a la vida.

TABLA 2: Nodos de Sentido desde los modos de adaptación

SIGNIFICADOS FORMULADOS	GRUPO DE TEMAS	TEMA
<p>El dolor se presenta como consecuencia de las actividades realizadas por la paciente.</p> <p>La pérdida de equilibrio es una de las consecuencias más comunes después de la realización de una mastectomía.</p> <p>Dificultades presentadas por la paciente fisiológicamente después de la mastectomía afectan el campo de energía.</p>	<p>Identificación de consecuencias de la cirugía</p>	<p>Fisiológico</p>
<p>La pérdida de una parte del cuerpo implica un duelo y la paciente sentía tristeza por verse sin esa parte de su cuerpo.</p> <p>Los recuerdos del aspecto físico anterior a la cirugía causan nostalgia y un sentimiento de tristeza.</p> <p>El aspecto físico es importante para una mujer que ha sido mastectomizada, ellas sienten que la gente ya no las va a ver igual y que las van a discriminar.</p> <p>Para algunas personas cualquier pérdida es igual, no hay una que afecte más que otra.</p> <p>Aceptación del cambio de vida y ser mujer no se define con tener un cuerpo perfecto o siquiera completo.</p> <p>A pesar de que una mujer presenta una mastectomía no la hace sentirse menos.</p>	<p>Sentimientos y sensaciones que vienen después de la pérdida de una parte del cuerpo.</p> <p>Percepción que tienen de sí mismas las mujeres mastectomizadas.</p> <p>Afrontamiento de la mujer en relación a la pérdida de una mama.</p>	<p>Autoconcepto</p>
<p>Se presentan cambios en los roles debido a la incapacidad que se presenta con la cirugía</p>	<p>Cambios de actividades presentes en la vida cotidiana.</p>	<p>Función del rol</p>
<p>Después de la cirugía la paciente muestra autosuficiencia/dependencia pues dice ella hacer todo lo que está dentro de sus capacidades. Aun así, siente no poder hacer todo como antes lo hacía.</p> <p>Cuando a alguien se le realiza una cirugía o que se le presenta alguna enfermedad, las personas que la rodean se acercan más a ella y tratan de hacerla sentir mejor, pero algunas veces esto hace que la persona enferma sienta que es inútil o que ya no puede hacer nada.</p>	<p>Generación de sentimientos de dependencia y de invalidez</p>	<p>Interdependencia</p>

TABLA 3: Alteraciones adaptativas

Primer tema: FISIOLÓGICO	Segundo tema: AUTOCONCEPTO
Identificación de consecuencias de la cirugía	Sentimientos y sensaciones que vienen después de la pérdida de una parte del cuerpo
Dolor	Tristeza
Pérdida de equilibrio	Nostalgia
Limitación física	Sentimiento de pérdida
Cefalea	Percepción que tienen de sí mismas las mujeres mastectomizadas
Mareo	Discriminación
Debilidad	Cambio de la autopercepción
Cansancio	Afrontamiento de la mujer en relación a la pérdida de una mama
	Sentimiento de pérdida
Tercer tema: FUNCIÓN DEL ROL	Cuarto tema: INTERDEPENDENCIA
Cambio en el desempeño de la vida cotidiana	Generación de sentimientos de dependencia y de invalidez
Cambios en el rol	Sentimiento de dependencia
Cambios en el desempeño	Sentimiento de invalidez
Cambios en la vida cotidiana	

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La experiencia de pérdida de una o ambas mamas para las mujeres significa un gran cambio en sus vidas, el análisis de dichas experiencias arrojan aspectos como:

- Modos en que ellas se perciben a sí mismas relacionado con el autoconcepto y la autoimagen.
- Estrategias de afrontamiento-adaptación que emergen de las redes de apoyo familiar; así mismas, las prácticas religiosas-espirituales relacionadas con

sus creencias y valores.

- Se identifica a la religión como un factor motivador importante para continuar con sus vidas.
- La alteración sufrida por el proceso de mastectomización y sus tratamientos consecuentes se vieron reflejados en los modos de adaptación que define la teoría de Roy como: fisiológico, auto-concepto, función del rol e interdependencia (Melo, Lopes, Araujo & Gimenez Galvão, 2011).

Modo Fisiológico

"Este modo se relaciona con las respuestas fisiológicas a los estresores o estímulos externos" (Rodríguez, Viana & Andrade, 2015).

En este modo las mujeres mastectomizadas expresaron tener dolor debido a la intervención quirúrgica y dificultad del movimiento, así como limitación física para realizar actividades cotidianas como el vestir, el baño e higiene personal. También refirieron sentir pérdida del equilibrio.

Modo auto concepto

"El auto concepto implica una autoevaluación de todo lo que, según el propio individuo, ha sido, es y aspira ser. Incluyen medidas físicas y descripciones del tamaño y forma del cuerpo, así como también los juicios sobre la conveniencia de los propios valores o deseos. Entonces auto concepto es la suma total de las valoraciones y evaluaciones del yo, que representan la propia individualidad. El auto concepto está determinado por las interacciones que mantiene la persona con los demás y las reacciones que presentan los demás frente a éste" (Gutiérrez, 2007).

En sus sistemas de creencias y cómo estas mujeres se ven delante de los otros, atribuyen la motivación para continuar su vida a una fuerza superior. Involucraron a Dios como la fuerza para enfrentar la situación. Se encontró en la religión un apoyo para afrontar el desequilibrio y aumentar la esperanza.

En lo que se refiere a la capacidad de adaptación del individuo a la situación, las mujeres mastectomizadas fueron cuestionadas sobre la adaptación a su problema y a las alteraciones en sus rutinas. Expresan que, a pesar de que sufren por la

mutilación de alguna de las mamas, consiguen superar y reconocer que necesitan seguir viviendo una vida "normal".

Modo función de rol

"El modo de la función de rol se centra en el papel de la persona en la sociedad y los roles dentro de un grupo. La necesidad básica que subyace en el modo de función es la integridad social, es decir, la necesidad de saber quién es uno en relación a los demás por lo que uno va a saber para actuar" (Cutcliffe, McKenna & Hyrkäs, 2011; Raile Alligood & Marriner Tomey 2011).

En relación a este modo, las mujeres investigadas refieren un profundo sentido de responsabilidad maternal hacia sus hijos, y en general hacia la familia, reconociendo la importancia de seguir siendo el vínculo que une a la familia.

También mencionan que al asignar prioridades en su vida, pueden dejar en segundo lugar satisfacer sus propias necesidades, en este caso la posibilidad de poder someterse a una reconstrucción mamaria o implantes mamarios, con el fin de restaurar su imagen corporal.

En el ámbito social, la mayoría de las mujeres entrevistadas señalan que no hay cambios significativos en sus vidas pese que fueron mastectomizadas.

Modo de interdependencia

"La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno" (Cutcliffe, McKenna & Hyrkäs, 2011; Raile Alligood & Marriner Tomey 2011).

Para las mujeres entrevistadas con mastectomía, el apoyo de sus amistades y,

sobre todo, de sus familiares es altamente valorado; es decir, el contar con una red de apoyo en el transcurso del proceso es fundamental ya que contribuye a la satisfacción de las necesidades humanas, sobre todo en procesos de enfermedad como lo es el cáncer de mama (Vivar, 2012).

Consideraciones para el profesional de enfermería

Hacemos referencia a Campos *et al.* (2011), citado por Contreras & Castillo-Arcos (2016) cuando explican que es indispensable que el profesional de enfermería posea el conocimiento para tomar decisiones fundamentadas, en busca de una atención integral e individualizada que valore los significados más íntimos de las personas acerca de la enfermedad, los tratamientos o el contexto en el cual se desarrolla el fenómeno; es decir, "la comprensión de las estructuras del significado de las experiencias vividas".

Acorde con lo anterior, comprender las experiencias de estas mujeres permitiría que el profesional de enfermería llevará a cabo intervenciones focalizadas para dar respuestas a las dimensiones afectadas, a través del diseño de planes de cuidados con enfoques multidisciplinarios que incluyan la valoración del impacto psicosocial de la enfermedad, el seguimiento y control de las secuelas físicas y emocionales, así como de los efectos tardíos potenciales de los tratamientos (Melo *et al.*, 2011 y Vivar, 2012).

Respecto al Estado, éste debería tener una mayor participación en conjunto con la población y grupos de interés a través de articular la participación de las diversas instituciones para lograr acciones coordinadas entre los sectores gubernamentales y no gubernamentales, una adecuada financiación e implementar sistemas de información que permitan

tomar decisiones basadas en pruebas científicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Baptista, P., Merighi, M. & Freitas, G.F. (2012). El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. *Cultura de los cuidados*, 10(29), 9-15. Recuperado de <https://doi.org/10.7184/cuid.2011.29.02>.
- Bueno Robles, L.S. (2011). Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. *Ciencia y enfermería*, 17(1), 37-43. Disponible en <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000100005>.
- Contreras, H.S. & Castillo, L.C. (2016). Fenomenología: una visión investigativa para enfermería. *Cultura de los cuidados*, 20(44), 15-24. DOI: <https://doi.org/10.14198/cuid.2016.44.02>.
- Cutcliffe, J., McKenna, H. & Hyräs, K. (2011). *Modelos de Enfermería, aplicación a la práctica*. México: Manual Moderno.
- Díaz de Flores, L., Durán de Villalobos, M.M., Gallego de Pardo, P., Gómez Daza, B., Gómez de Obando, E., González de Acuña & Venegas Bustos, B.C. (2002). Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichán*, 2(1), 19-23.
- Dornelles Prolla, C., Santos da Silva, P., Brinckmann Oliveira Neto, C., Goldim, J. & Asthon-Prolla, P. (2015). Conocimiento del cáncer de mama y cáncer de mama hereditario en el personal de enfermería de un hospital público. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(1), 90-7.
- García Sánchez, L.V., Parra Gómez, C.E. & Insuasty Enríquez, J. (2011). Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80619286002>.
- Gill, M. J. (2014). The Possibilities of Phenomenology for Organizational Research, *Organizational Research Methods*, 17(2), 118-137. Recuperado de sagepub.com/journalsPermissions.nav. DOI: 10.1177/1094428113518348orm.sagepub.com.
- Gutiérrez, M. (2007). *Adaptación y cuidado en el ser humano: una visión de enfermería*. Bogotá, Colombia: Manual Moderno.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI]. (2012). Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer de mama, Nayarit. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2012/cancer18.doc>.

- Lewis, L.F. (2014). Caregivers' experiences seeking hospice care for loved ones with dementia. *Qualitative Health Research*, 24(9), 1221-1231. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049732314545888>.
- Melo, E., da Silva, R., Mota, R., Mamede, M., Linard, A. & Fernandez, A. (2011). Orientación sistematizada de enfermería: instrumento para la recuperación de mujeres en el posoperatorio de mastectomía. *Evidentia*, 8(35). Recuperado de www.index-f.com/evidentia/n35/ev7431.php.
- Melo, R., Lopes, M., Araujo, T. & Gimenez Galvão, M. (2011). Aplicación del modelo de adaptación de Roy a un cliente pediátrico en el ambiente hospitalario. *Cultura de los cuidados*, 0(29), 74-81. DOI: <https://doi.org/10.7184/cuid.2011.29.08>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). Cáncer. Ginebra: OMS. Recuperado de www.who.int/cancer/es.
- Raile Alligood, M. & Marriner Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*, Barcelona. España: Elsevier Mosby.
- Robles-Castillo, J., Ruvalcaba-Limón, E., Maffuz, A. & Rodríguez-Cuevas, S. (2011). Cáncer de mama en mujeres mexicanas menores de 40 años. *Ginecología Obstetricia de México*, 79(8), 482-488.
- Rodríguez, S.M., Viana, T.C. & Andrade, P.G. (2015). A vida da mulher após a mastectomia á luz da teoria adaptativa de Roy. *Journal of Research Fundamental Care [on line]*, 4(7), 3292-3304.
- Sánchez, B. (2000). Fenomenología: un método de indagación para el cuidado de enfermería. En Grupo de Cuidado (Ed). *Cuidado y Práctica de Enfermería*. 24-36. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Secretaria de Salud [SSA]. (2015). Información estadística de cáncer de mama y cáncer cérvico uterino. Bogotá: SSA. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informacion-estadistica>.
- Tiddlie, Ch. & Yu, F. (2007). Mixed Methods Sampling: A typology with examples. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 77-100.
- Vivar, G.C. (2012). Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga sobrevivencia: propuesta para un plan de cuidados integral para supervivientes. *Atención Primaria*, 44(5), 288-292.

Cuidar deseando paz espiritual: análisis cualitativo actancial de narrativas personales de enfermeras que atienden a pacientes en fase terminal

Caring desiring spiritual peace: actancial qualitative analysis of personal narratives of nurses attending terminal phase

Cuidar desejando paz espiritual: análise qualitativa actancial de narrativas pessoais de enfermeiras que cuidam de pacientes em fase terminal

María Elena Pérez Vega¹, Luis Cibanal Juan²

¹Doctora en Enfermería y Cultura de los Cuidados. Facultad de Enfermería de Tampico. Universidad Autónoma de Tamaulipas (México). Correo electrónico: mari_eleno35@hotmail.com

²Doctor en Psicología. Enfermero. Profesor titular emérito. Grupo de Investigación: Enfermería y Cultura de los Cuidados. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante. Correo electrónico: luis.cibanal@ua.es

Cómo citar este artículo en edición digital: Pérez Vega, M.^a E. & Cibanal Juan, L. (2019). Cuidar deseando paz espiritual: análisis cualitativo actancial de narrativas personales de enfermeras que atienden a pacientes en fase terminal. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.06>

Correo electrónico de contacto: mari_eleno35@hotmail.com

Recibido: 17/11/2018; Aceptado: 29/01/2019



ABSTRACT

Introduction: The facing of death and the dying process is seen as a transit process, socioculturally determined. To die has implications for the patient and his/her family, but also for the nursery personnel and there is not any investigation approaching the experience of this, from a phenomenological qualitative focus.

Objective: To know and understand the narrative structure by the description of their experience when they provide care to final stage patients.

Material and Methods: Qualitative study,

by means of semiotic actancial greimasian analysis from narratives obtained by deep interviews from 4 bachelor nurses from a second level hospital in Tampico, Tamaulipas, Mexico. From the ethic perspective the study was without any risk, informed consent was sought and it was developed according to the ethical principles.

Results: Argumentative structure of a “tragic drama” from the existence was identified. The most important actants (entities or forces that play a role in the narrative): nurse, God, death and patient.

The core categories that defines the being as nurse were to know, to be and to do. An actancial scheme was made according to the roles or functions: Object (what is sought), Opponent (which blocks to find the object), Auxiliary (that facilitate to find what is sought), Receiver (who owns or which oversees the acquisition of the object), and Addressee (who bears the benefit of the object).

Discussion: The traces allow to establish that the desired object of the patient “good death” is actually obtained, but not the one of the own spiritual peace. There are lacks in knowledge about thanatological and philosophical dilemma and of values in definition and job training. They do not get recognition nor support in the face of the compliance of the mission to confront this in a healthy way.

Conclusion: Urgent analysis and infirmity principles reformulation, to incorporate thanatology in curricula and recognition of the value an importance of the nursery care in the final stage for continuous improvement in health services.

Keywords: _Qualitative Research; Personal Narratives; Hospice and Palliative Care Nursing.

RESUMO

Introdução: A definição da morte é vista como um processo de transição, que é determinada de uma maneira sociocultural e que tem implicações tanto no paciente em fase terminal e sua família, assim como na equipe de enfermagem que o atende. Até o momento, não existem investigações com enfoque qualitativo sobre a experiência vivenciada por parte da equipe de enfermagem.

Objetivo: Conhecer e compreender a estrutura narrativa das experiências vividas por parte da equipe de enfermagem que

cuidam a pacientes em fase terminal.

Metodologia: Estudo qualitativo através de análise semiótica actancial greimasiana de narrativas. Eticamente seguro, consentimento informado e respeitando princípios éticos. Resultados: Na estrutura argumentativa o “drama trágico” foi identificado. Os atuantes (entes ou forças que desempenham um papel na narrativa) mais importantes foram: enfermeira, Deus, a morte e paciente. As categorias centrais que definem o ser enfermeira são: saber, ser e fazer. O esquema actancial foi desenvolvido conforme papéis ou funções: Objeto, Adversário, Auxiliar, Emissor e Receptor.

Discussão: Os resultados estabelecem que o objeto desejado “boa morte” do paciente foi atingido, mas não o da “própria paz espiritual”. Na equipe de enfermagem, existem carências formativas em tanatologia, havendo dilemas filosóficos na definição e na formação profissional e tampouco obtém reconhecimento e apoio da instituição para confrontar e cumprir com esta missão de maneira saudável.

Conclusão: A análise urgente e reformulação dos princípios de enfermagem, incorporar a tanatologia nos programas de treinamento e fomentar tanto o reconhecimento do valor dos cuidados de enfermagem nos pacientes na fase terminal, assim como fornecer suporte por parte dos serviços de saúde.

Palavras chave: Pesquisa qualitativa; Narrativas pessoais; Cuidado Paliativo de Enfermagem no Fim da Vida.

RESUMEN

Introducción: El constructo “morir” y el proceso de la muerte, son vistos como un proceso de tránsito que está determinado socioculturalmente y que tiene implicaciones tanto en el paciente en fase

terminal y su familia como en el personal de enfermería que lo atiende. Hasta la fecha, no existen investigaciones con enfoque cualitativo fenomenológico acerca de la experiencia vivida por parte del personal de enfermería.

Objetivo: Conocer y comprender la estructura narrativa de la experiencia vivida por parte del personal de enfermería que atiende a pacientes en fase terminal. **Materiales y Métodos:** Estudio cualitativo mediante el análisis semiótico actancial greimasiano de narrativas. Éticamente sin riesgo, consentimiento informado y respetando principios éticos.

Materiales y Métodos: Estudio cualitativo mediante el análisis semiótico actancial greimasiano de narrativas. Éticamente sin riesgo, consentimiento informado y respetando principios éticos.

Resultados: Se identificó en la estructura argumentativa el “drama trágico”. Los actantes (entes o fuerzas que juegan un rol en la narrativa) más importantes fueron: enfermera, Dios, muerte y paciente. Las categorías centrales que definen el ser enfermera son: saber, ser y hacer. Se elaboró esquema actancial según roles o funciones: Objeto, Oponente, Auxiliar, Destinador y Destinatario.

Discusión: Los hallazgos permiten establecer que el objeto deseado “bien morir” del paciente es alcanzado, pero no el de la “propia paz espiritual”. En el personal de enfermería, existen carencias formativas en tanatología, habiendo dilemas filosóficos en definición y formación profesional y tampoco obtienen reconocimiento ni apoyo institucional para afrontar y cumplir con esta misión de manera saludable.

Conclusión: Urgente análisis y reformulación de los principios de la enfermería, incorporar la tanatología en los

programas de capacitación y propiciar tanto el reconocimiento del valor que tienen los cuidados de enfermería en los pacientes en etapa terminal como el apoyo por parte de los servicios de salud.

Palabras clave: Investigación cualitativa; Narrativas Personales; Enfermería de Cuidados Paliativos al Final de la Vida.

INTRODUCCIÓN

La manera de afrontar la muerte está determinada por aspectos socio culturales (Allué, 1985; Escobar & García, 1999; Flores, 2004; Morin, 1974). En México, a la muerte se le enfrenta desde una manera individual y colectiva que fusiona lo indígena y lo español (De Matos, 1992), lo tradicional y lo moderno, visualizando el proceso de morir como una etapa de tránsito de un plano terrenal a otro espiritual (Amezcuca, 2002; Yague & García, 1994). La vivencia de afrontar la fase terminal de la vida tiene implicaciones para el paciente que está muriendo y su familia, pero también para el personal de enfermería que le brinda atención y cuidados paliativos y ello ha sido documentado en diferentes investigaciones (MacLeod, 2003; Barnard *et al.*, 1994). Desde el enfoque teórico del cuidado de Ernestina Wiedenbach (1964) se plantea que los objetivos de la enfermería son la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, pero también la asistencia a los enfermos terminales (Yague & García, 1994; Cordero, Jiménez & Marrero, 2003) y varios estudios han dado cuenta de cómo este cuidado es efectuado (Collé, 2005; Sanz *et al.*, 2000; Busquet & Pujol, 2004; Cardeal & García, 2005).

Pero no hay ninguna investigación que aborde, desde un enfoque cualitativo fenomenológico, el análisis de la narrativa

desde la que ese personal de enfermería relata el cómo vive y significa la experiencia de prestar hospitalariamente cuidados paliativos en la etapa terminal de la vida. Para lo cual el análisis de narrativas (Sparkes & Devís, 2008) en su vertiente de análisis de contenido (Andréu, 2002) resulta útil, entendiendo que éste busca comprender una situación a partir de un texto que la ilustra, abordando sus componentes semánticos y formales, y el contenido manifiesto y latente de tipo semiótico (Greimas, 1993; Barthes, 1993), particularmente el análisis actancial que posibilita conocer la argumentación, revelar y esclarecer las acciones, conocer la estructura profunda de un texto, ubicar a los actantes (concepto que supera el concepto de personaje y que se refiere a entes que juegan un rol en el relato) y determinar su tipo de rol y función, asimismo, a partir del cuadro actancial, se posibilita hacer una síntesis esquemática sobre la esencia del relato (Román, 2007).

El análisis actancial no es algo nuevo, el referente más conocido es del ruso Vladimir Propp en 1928, en sus planteamientos se basan diversos autores de diferentes partes del mundo, el más importante, Algirdas Julien Greimas quien establece la teoría central del análisis estructural actancial creando la corriente que se denomina Escuela Greimasiana (Román, 2007; García, 2011).

Esta corriente greimesiana de análisis actancial ha estado enfocada a análisis literarios y a ciencias de la comunicación, algo a educación y pedagogía, y recientemente a otros campos, entre ellos, al de la salud (pocos trabajos).

METODOLOGÍA

El análisis que aquí se presenta es parte de

un proyecto más amplio de investigación, cuyo abordaje fue de tipo cualitativo (Villaseñor & Valadez, 2011) con enfoque fenomenológico (Palacios & Corral, 2010) y la modalidad de análisis de contenido de tipo semiótico centrado en las narrativas (Greimas, 1993; Barthes, 1993), con la intención de conocer y comprender la manera en que el personal de enfermería construye y significa la muerte, y la experiencia de prestar cuidados a pacientes en fase terminal.

Ahora se presenta el análisis actancial de las narrativas personales de las informantes, que fueron cuatro enfermeras de los servicios de Terapia Intensiva, Medicina Interna, Cirugía y Urgencias Adultos, de un hospital de segundo nivel de atención de la ciudad y puerto de Tampico, Tamaulipas en México; obtenidas mediante entrevistas individuales en profundidad, las cuales fueron audio-grabadas digitalmente y luego transcritas.

Los cuatro textos, resultado de las entrevistas, se tomaron como un texto único, el cual se abordó para su análisis como “el relato” de la experiencia ante el cuidado enfermero a pacientes en la etapa terminal de la vida. Por lo que las enfermeras se asumen como un sujeto y por tanto, al presentar los resultados se habla de “la enfermera” debiendo entender que ello, alude a un sujeto colectivo que si bien, en cierto modo, está limitado al contexto e informantes del proyecto, pero al considerar que desde la perspectiva cualitativa los sujetos individuales dan cuenta de su contexto sociocultural que los conformaron (Sparkes & Devís, 2008; Andréu, 2002), entonces se puede entender que al hablar de “la enfermera” también, de algún modo, se abren procesos de cognición y comprensión del significado de la experiencia en el personal de enfermería en general, de la

enfermería como profesión y del contexto cultural.

Después de haber realizado un proceso analítico semiótico temático: ubicación de unidades de sentido (fragmentos, palabras, frases o párrafos con información significativa); codificación (asignación de claves a cada unidad de sentido); establecimiento de categorías temáticas (conceptos generales que sirven para agrupar y clasificar un cierto número de unidades de sentido por áreas temáticas generales); se efectuó el análisis semiótico actancial desde la visión greimasiana, asumiendo que si bien, este modelo analítico surge para el análisis de relatos literarios, también puede ser útil al analizar lo que se dice de una experiencia y estudiar situaciones reales de la vida social (Sparkes & Devís, 2008; Román, 2007; García, 2011).

El análisis se efectuó mediante el siguiente procedimiento: 1. Relectura de textos (narrativas resultado de las entrevistas audio grabadas y transcritas); 2. Análisis estructura argumentativa; 3. Ubicación mediante relectura repetida de isotopías (repeticiones de sentido) y deixis (fragmentos del discurso que muestran o señalan algo en relación a la subjetividad del emisor, en este caso la enfermera). 4. Ubicación de actantes (entes o fuerzas que dentro de la narrativa juegan uno o varios roles); 5. Ubicación de acciones a partir del uso de verbos; 6. Establecimiento de ejes de la acción (quiénes hacen qué); 7. Clasificación de actantes según el peso y sentido de sus acciones; 8. Ubicación de valores, entendiendo por éstos los constructos ideológicos inmersos en el discurso, con los que se simboliza lo venerable, el deber ser y lo deseado; 9. Ubicación mediante relectura repetida de isotopías de elementos del esquema actancial según roles o funciones actanciales:

Objeto (lo buscado, lo que se aspira por el Sujeto), Oponente (que obstaculiza encontrar lo buscado), Auxiliar (que facilita encontrar lo buscado), Destinador (quien posee o de quien depende o quien motiva la consecución del objeto buscado) y Destinatario (en quien recae el beneficio de la consecución del objeto buscado); 10. Selección de evidencia textual (fragmentos de texto para ejemplificar); 11. Elaboración de esquemas matriciales (representación esquemática y sintética de categorías); 12. Elaboración del esquema actancial de la enfermera, quien funge el rol actancial del Sujeto (quien lleva la acción principal de la narrativa).

ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto en general, incluyendo lo que corresponde al análisis que ahora se presenta, se consideró, al no tener intervención experimental, un proyecto sin riesgo. Se recabó consentimiento informado y autorización administrativa del personal directivo institucional y las jefaturas de los servicios incluidos, así como el consentimiento informado por escrito de las informantes, respetando confidencialidad y anonimato, y salvaguardando principios éticos de beneficencia, autonomía y justicia (Villaseñor, 2011). Y se efectuó conforme a principios internacionales y acatando la Ley General de Salud en México (Secretaría de Salud, 2013) y su Reglamento en materia de Investigación con seres humanos.

RESULTADOS

Esquema argumentativo

Los textos constituyen la narración de un “drama trágico” existencial generado a partir del enfrentamiento con la muerte en la llamada fase terminal (periodo de

agravamiento de una enfermedad crónica, con pronóstico fatal).

La narración describe en voz de la enfermera, a partir de una entrevista abierta cualitativa, la vivencia cotidiana intrahospitalaria del enfrentamiento humano con la enfermedad y la muerte. Se describe el proceso de sufrimiento y duelo del paciente y su familia, pero, sobre todo, se aborda el propio impacto emocional de la enfermera, su transitar por duelos permanentes y sucesivos a raíz de la muerte de sus propios familiares y sus pacientes, y su pugna ideológico existencial intrapsíquica e interpersonal entre el “sentir” y el “no sentir”, entre el vincularse y empatizar, y el distanciarse.

La narración en su mayoría se realiza desde la primera persona del singular, es decir, el “yo”, y en menor proporción desde el plural incluyente “nosotros”. Desde el “yo” se aborda principalmente lo ideacional y lo emocional: “yo pienso”, “yo siento”, “yo creo”; así como las posturas discrepantes con la normatividad o las rutinas hospitalarias y médicas: “aun cuando no esté indicado yo lo dosifico de más”; “yo no estoy de acuerdo con la normatividad del hospital”, “si ya sabemos que se va a morir, yo no estoy de acuerdo en que lo reanimen o le alarguen la vida, eso va en contra de todo, de Dios, de la naturaleza”. Desde el “nosotros” se plantean principalmente los aspectos del quehacer y el deber ser profesional.

Temporalmente en la narración se alude principalmente al presente inmediato (lo que se está viviendo), algo al pasado (vivencias anteriores) vinculándolo siempre con su repercusión en el presente, y no se aborda el futuro, el cual incluso, se evade en respuestas a preguntas que cuestionaban sobre la propia muerte “no quiero ni pensar en eso”, “es algo inimaginable”.

Se habla del “yo” y el “nosotros” usando el

género masculino aun cuando se hace referencia al femenino (enfermera y enfermeras), lo que constituye un error sintáctico diciendo “*nosotros las enfermeras*”, cuando debería decirse “*nosotras las enfermeras*”.

Vale hacer notar que en el uso del plural se habla sólo de mujeres, aun cuando se sabe que también hay profesionales de la enfermería hombres; y que al referirse al personal médico se emplea la expresión “*el médico*” en género masculino, para referirse a hombres y mujeres.

Actantes

En el Cuadro Matricial No. 1 se presentan los actantes, entendidos como entes o fuerzas que juegan un rol en la narrativa, en este caso de las enfermeras, así como las interpretaciones del nivel de importancia narrativa, ello dependiendo entre otros factores de: rol de narrador (quien habla), frecuencia de mención, centralidad (eje de fundamentación, articulación y/o referencia entre fragmentos narrativos, papel activo, reactivo o receptivo y trascendencia o impacto sobre los otros actantes y la narrativa misma. Pudiendo establecer que los actantes principales son la enfermera, Dios y el paciente en fase terminal.

Campo actancial de las acciones

Se muestra en el Cuadro Matricial No. 2 el campo actancial de las acciones desde la enfermera como sujeto actancial, en cuanto a su afrontamiento de la Fase Terminal, donde se destaca la idea de que el fenómeno es algo predestinado que se experimenta sin mediar la propia voluntad, cuya experiencia genera un impacto emocional negativo y una sensación de impotencia y evidenciándose el sentido de apropiación del paciente por parte de la enfermera.

TABLA 1: CUADRO MATRICIAL NO. 1.
Actantes y niveles de importancia narrativa

ACTANTES	NIVEL DE IMPORTANCIA NARRATIVA
YO ENFERMERA	Principal posición de quien narra
	Alta frecuencia de mención
	Protagonista de las acciones “hace”
	Es propietaria del paciente “mi paciente”
NOSOTROS ENFERMERAS	Segunda posición de quien narra
	Protagonistas de las acciones sobre todo ligadas al “deber ser en la enfermería”
PACIENTE	De quien se habla
	Alta frecuencia de mención
	Receptor de las acciones “le pasan” “le hacen”
FAMILIA	De quienes se habla
	Alta frecuencia de mención, poca centralidad y peso en la narrativa
	No protagonismo
DIOS	Referente central de valor
	Quien en primera instancia decide
	Protagonista de acciones centrales trascendentes
	Menor frecuencia de mención directa pero alta centralidad y peso en la narración
TODOS los que se quedan cuando el paciente muere y de quien se dice que “se va” (incluyendo: enfermera como persona, enfermera como profesional, familiares, amigos y humanidad sobreviviente)	Receptor de acciones “le pasa” y protagonista reactivo “hace en respuesta”
	Plural diferenciado, pero frecuentemente empleado para referir al “yo enfermera” y el “nosotras enfermeras”, desde una postura que a partir de la generalización busca la legitimación
EL MÉDICO en alusión al sujeto singular o plural (el personal médico)	Muy baja mención y poca centralidad
	Representativo del “alter” (el otro), “el no enfermera”, “el diferente”
LA MUERTE LA ENFERMEDAD LA DEPRESIÓN	Entes que se imponen sobre los seres humanos
	De variable frecuencia de mención pero alta centralidad
	Protagonistas de acciones ligadas con la pérdida de la vida y el sufrimiento
LA ENFERMERÍA (como profesión)	Referente contradictorio de valor
	Protagonista que determina rumbos existenciales extremos “nos lleva a los extremos desde la satisfacción de la vida, hasta la tristeza de la muerte”.
	Que marca prioridades de acción “se ha enfocado más a lo que son las necesidades físicas”
	Que marca pautas de ser “no sentir”, “no involucrarse” y “controlarse”.

FUENTE: Elaboración propia

TABLA 2: CUADRO MATRICIAL NO. 2.

Campo actancial de las acciones en la narrativa sobre el afrontamiento de la fase terminal por la enfermera

CATEGORÍA ACCIONAL	VERBOS	EJEMPLOS TEXTUALES*
Sin mediar la propia voluntad	Tocarte, pasarte	<i>“te toca”, “me tocó”, “me pasa”, “se me muere”</i>
	Tener	<i>“acabo de tener”</i>
	Enfrentarte	<i>“me he tenido que enfrentar”</i>
	Ganarte	<i>“me gana el sentimiento”</i>
	Invadirte	<i>“me invade el sentimiento”</i>
De apropiación del paciente	Pertenecerte	<i>“mi paciente”</i>
	Morírsete	<i>“se me muere”</i>
De impotencia	Tratar	<i>“quieres decir y no dices”, “trato de controlarme pero no puedo me voy con un nudo en la garganta”</i>
	No poder: aguantarte, controlarte, ubicarte, olvidar.	<i>“ya no puedes”, “no puedes”, “no aguanto”, “no puedes controlarte”, “quisieras ubicarte”, “no se te olvida”</i>
Del impacto negativo	Impactarte	<i>“te impacta”</i>
	Dolerte	<i>“te duele”, “sientes mal... feo, horrible, “te saca filo en el alma”</i>
	Llorar	<i>“lloro, lloro, lloro y lloro”</i>
	Darte miedo	<i>“me da miedo”</i>
	Culpabilizarte	<i>“me quedo con culpa”</i>
	Dudar	<i>“no sé si hice lo correcto”</i>
	Revivir	<i>“es muy doloroso vivir esta etapa de nuevo”</i>
	Recordar	<i>“siempre lo recuerdas, nunca se te olvida”</i>
	Transferir	<i>“cuando lo estoy viendo con el paciente, recuerdo y lo relaciono con mi papá”</i>
Matarte	<i>“la depresión te mata”</i>	

*Textos editados para su presentación sintética, respetando su sentido

FUENTE: Elaboración propia

A continuación, se presenta el campo actancial de las acciones en cuanto al deber ser profesional en el Cuadro Matricial No. 3. Las categorías centrales en la construcción narrativa de este tema por la enfermera son el saber, el ser y el hacer.

En la información incluida en el Cuadro Matricial No. 4 se muestra el campo

actancial de las acciones desde el paciente, del cual en la narrativa es de quien se habla. Resaltando su rol como sujeto reactivo (querer y hacer), pero sobre todo receptivo, es decir, a quien le pasan las cosas (tener, estar, transitar, no poder y perder).

TABLA 3: CUADRO MATRICIAL NO. 3.
Campo actancial de las acciones en relación al deber ser profesional de la enfermera frente a la fase terminal

CATEGORÍA ACCIONAL	VERBOS	EJEMPLOS TEXTUALES*
SABER	Ubicarte	<i>“tienes que saber ubicarte como enfermera”</i>
	Separar	<i>“separar tu trabajo profesional y ser tú para tu casa”</i>
	Hacer (rutinas, técnicas)	<i>“antes no sabía ni lo que tenía que hacer”</i>
	Entender quién eres	<i>“debes entender que tú eres la enfermera y no el familiar”</i>
SER	Marcar límites	<i>“tienes que marcar límites”</i>
	Tener fortaleza	<i>“debes marcar (demostrar) cierta fortaleza”</i>
	Sensible y humana	<i>“la enfermera debe ser sensible y humana”</i>
	Encariñarse	<i>“aun cuando siempre te dicen que como enfermera no debes encariñarte del paciente, te encariñas”</i>
HACER	Ayudar	<i>“ayudarle a bien morir”</i> <i>“ayudarle a que acepte la voluntad divina y se entregue a Dios”</i>
	No poder (no hacer)	<i>“no puedes ponerte a llorar con el paciente y los familiares”</i>

*Textos editados para su presentación sintética, respetando su sentido

FUENTE: Elaboración propia

TABLA 4: CUADRO MATRICIAL NO. 4.
Campo actancial de las acciones del paciente en fase terminal

CATEGORÍA ACCIONAL	SUBCATEGORÍA
TENER	Miedo
	Dolor
ESTAR	Invadido
	Conectado
	No resignado
	En tratamiento
	Dispuesto a morir
TRANSITAR	Morir a pausas
	Irse con Dios
	Yéndose
	Yéndosele la vida
	Llegando al fin
	Muriéndose
	Muriendo a pausas
QUERER	Morir en paz
	Cambios de posición
	Decir
	Despedirse

HACER	Oración
	Pedir perdón a Dios
	Preguntar
	Enfrentarlo
	Prepararse
	Ponerse en manos de Dios
NO PODER	Valerse
PERDER	Vida
	Fuerza
	Vista
	Partes del cuerpo
	Esperanza

FUENTE: Elaboración propia

Campo actancial de los valores

Los aspectos que desde el discurso de las Enfermeras constituyeron un valor están en relación con: el principio ético-moral de la honestidad; el concepto epistemológico de la verdad (conocerla y declararla); las condiciones deseables de “bien morir” y de paz espiritual; el sujeto colectivo social de la familia como estructura de sostén; la construcción ético-filosófica de la enfermería como profesión feminizada y por

ende, ligada al cuidado, la protección y la guía espiritual; Dios como valor de referencia, entidad omnipotente, omnipresente, totalizador, creador, destinador, guía y destino final del ser humano; y la vida y la muerte como valores inexorables y misteriosos vistos como sucesos vitales, o como entes en sí mismos que tienen voluntad y actúan, lo cual se presenta en el Cuadro Matricial No. 5.

TABLA 5: CUADRO MATRICIAL NO. 5.
Campo actancial de los valores

CATEGORÍA VALORAL	SUBCATEGORÍA
LA VIDA	Valor muy preciado
	Algo que hay que cuidar
	Que se pierde progresivamente en la Fase Terminal
	Valor finito
LA MUERTE	Valor por su sentido transicional para “pasar a la otra vida” y “llegar al cielo”
	Valor por su sentido vinculatorio con la divinidad “para encontrarse con Dios”
	Valor por su sentido sanador “dejar de sufrir”
DIOS	La fe en él
	La creencia en la existencia del cielo
	La aceptación humana de la voluntad divina
BIEN MORIR	Tranquilidad
	Sin dolor
	Con acompañamiento
	Con preparación
	Aceptando voluntad divina y entregado a Dios

LA FAMILIA	Su existencia misma
	Su acompañamiento
	Su apoyo
	Su aceptación de la Fase Terminal
	Su autocontrol emocional frente al paciente
LA ENFERMERÍA	Su protagonismo en la Fase Terminal
	Su humanismo
	Su profesionalismo entendido como autocontrol emocional
LA HONESTIDAD	De la enfermera y el personal médico para decidir y actuar en la Fase Terminal, ligado al reconocimiento de los límites de acción y el deber ser profesional frente a la muerte inminente: “dejar morir” y “ayudar a bien morir”
LA VERDAD	Para hablar de los límites de la acción profesional, del diagnóstico y del pronóstico fatal, con el paciente y su familia
LA PAZ ESPIRITUAL	El no sufrimiento físico ni espiritual

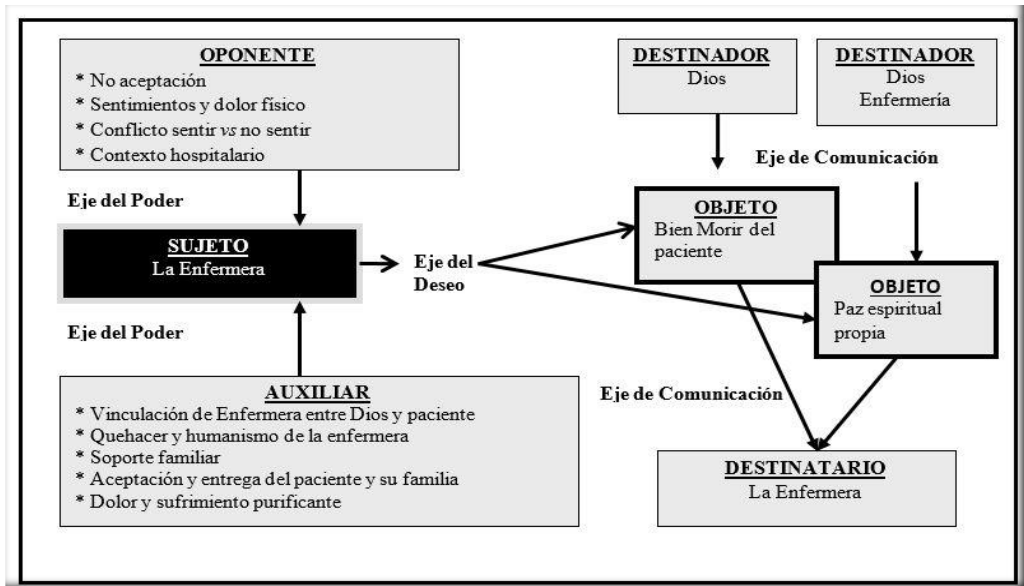
FUENTE: Elaboración propia

Esquema actancial

El esquema actancial permite mostrar la interrelación y los roles de los entes o las fuerzas que juegan un rol en el texto. En el

siguiente esquema se muestran estas interrelaciones y roles, tomando como eje del análisis a la enfermera.

Esquema actancial de la enfermera como sujeto actante



Sujeto - Rol de quien lleva la acción principal dentro de la narrativa
 Objeto - Lo deseado o buscado
 Oponente - Que obstaculiza encontrar lo buscado
 Auxiliar - Que facilita encontrar lo buscado
 Destinador - Quién posee, o de quién depende el objeto deseado o la motivación para la consecución del objeto
 Destinatario - En quién recae el beneficio de la consecución del objeto deseado

FUENTE: Elaboración propia

DISCUSIÓN

Desde el modelo greimasiano, en el programa narrativo de la enfermera como personaje, en relación al objeto deseado que fue el bien morir del paciente y su propia paz espiritual, se encontró respecto a las tres pruebas que transita un personaje heroico con relación a su misión que:

- A) La Prueba Calificante (ser y actuar), en términos generales sí se cumple con la prueba de contar con las competencias vocacionales y profesionales que le califican y le permiten ser y actuar como enfermera, pero señalando que ello depende más de la experiencia que de la instrucción formal y que es común, se dude de si se está actuando correctamente y se señala la falta de formación y apoyo en tanatología, lo que a su vez, repercute en las dudas sobre la pertinencia de la actuación y ello, en el impacto psicosocial; lo que concuerda con señalamientos hechos por otros autores (Cordero, Jiménez & Morrero, 2003; Shimizu, Ticiari & Merchan, 2011; Mialdea, Sanz & Sanz, 2009).
- B) La Prueba Principal (realización de la misión y conquista del objeto deseado), donde se tienen dos objetos deseados: uno, el bien morir entendido como la paz espiritual del paciente en fase terminal, los cuidados al cadáver y la asesoría a familiares, objeto que muchas de las veces, según su narrativa, es conseguido dadas sus acciones de cuidado, acompañamiento y asesoría espiritual. Pero el segundo objeto deseado -y en gran medida el central-, que es su propia paz espiritual, dados los indicios de su narrativa, es

claro que no está siendo alcanzado porque es una historia sin fin que reinicia con cada nuevo paciente y que, además, es obstaculizado por la incertidumbre que como enfermera se tiene de estar actuando o no de manera correcta. Sobre todo, en el cuidado y apoyo espiritual, y la ambivalencia de valores profesionalmente transmitidos como algo dicotómico y antagónico como son el distanciamiento personal *vs* la cercanía, y la postura emocional de sentir *vs* no sentir, y por el impacto emocional negativo que acarrea el cuidado enfermero en fase terminal, para el cual refieren no tener apoyos institucionales de afrontamiento.

Sobre la información con respecto al objeto deseado de la enfermera que brinda cuidados a pacientes en etapa terminal, no hay estudios antecedentes. Esto hace que, lo que ahora se aporta, sea un elemento nuevo al conocimiento y comprensión de este proceso, permitiendo visualizar un espacio de oportunidad de mejora en el desempeño institucional, vinculado al otorgamiento de formación y apoyo en lo que a tanatología se refiere. Además, permite ver que la construcción simbólica del deber ser de la enfermería, como ya algunos autores lo habían señalado (Yague & García, 1994; Pacheco, 1987; Reyes, 1996), conlleva un conflicto sin alternativas de solución al plantear valores y actitudes confrontadas de distanciamiento *vs* cercanía, sentir *vs* no sentir, que genera una permanente insatisfacción con el desempeño personal y profesional, esto

incrementa el impacto psico-emocional negativo que la experiencia de cuidar pacientes en etapa terminal les ocasiona.

- C) La Prueba Glorificante (logro de reconocimiento ante cumplimiento de la misión y consecución del objeto), no hay referencias en la narrativa que hagan visualizar que ello se cumple de algún modo. Si bien el destinatario central de su objeto deseado es Dios, también lo es la Enfermería y aunque en la narrativa se le prefigura como un ente abstracto valoral, también hay indicios de que tiene un referente concreto vinculado al gremio de enfermería y hacia la institución hospitalaria: “las enfermeras”, “nosotras las enfermeras”, “las enfermeras del hospital”. Esto hace pensar que la prueba glorificante, es decir, el logro del reconocimiento podría ser otorgado por el propio hospital y por el gremio de enfermeras.

Sobre el papel positivo que el reconocimiento en el entorno laboral de servicios de salud tiene, existen numerosas evidencias. Destacándose que se considera un indicador importante para la satisfacción (Cabrera & Franco, 2011) y ésta una pieza fundamental para el crecimiento profesional, la seguridad emocional y la autoestima (Urquiza, 2012). Y, específicamente refiriéndose al campo de la enfermería, se plantea que no solo se requiere que se reconozca la labor y el desempeño profesional a nivel personal, sino que es preciso un replanteamiento al reconocimiento social y del sector salud, a la profesión misma de

enfermería y al valor social que su labor tiene (González, Arras & Moriel, 2012).

CONCLUSIÓN

Resulta importante conocer en profundidad estructura y significación de la experiencia del cuidado enfermero porque permite visualizar áreas de oportunidad, siendo urgente el análisis y reformulación de los principios de la enfermería; incorporar la tanatología en currícula y en procesos de formación continua. Además, ampliar el reconocimiento del valor e importancia del cuidado enfermero en la etapa terminal por parte del gremio de enfermería, la institución hospitalaria, el sector salud y la sociedad en general. Todo lo anterior impactaría en el mejor desempeño, la satisfacción laboral y la calidad de los servicios de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Allué, M. (1985). La gestión del morir: hacia una antropología del morir y de la enfermedad terminal. *Jano Medicina y Humanidades*, 653, 57-70.
- Amezcuca, M. (2002). La muerte y sus representaciones en México. Perspectivas de enfermeras y maestras. *Index de Enfermería*. XI(39), 24-28. Recuperado de http://www.index-f.com/index-enfermeria/39revista/r39_articulo_24-28.php.
- Andréu, A. J. (2002). *Las Técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada*. España: Centro de Estudios Andaluces. Recuperado de <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>.
- Barnard, D. et al. (1994). Preparing the ground contribution of the pre-clinical years to medical education for care near the end of life. *Acad Med* 74, 499-505.
- Barthes, R. (1993). *La aventura semiológica*. Barcelona: Paidós.
- Busquet, X. & Pujol, T. (2004). Los estudiantes de enfermería ante la muerte y el morir. *Medicina Paliativa*, 8(3). Recuperado de

- http://www.secpal.com/medicina_paliativa/index.php.
- Cabrera, P. & Franco, C. S. (2011). Comportamiento del ambiente de trabajo en prestadores de servicios de salud de medicina familiar. *Rev. Cubana de Salud Laboral* 12(2), 3-8.
 - Cardeal, J. & García, A. (2005). *Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado á crianca/adolescente no processo de morte e morrer*. (dissertação de mestradoapresentada á Escola de Enfermagem de Ribeirao Preto). Ribeirao Preto: Universidade de São Paulo, Brazil. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000200004>.
 - Collé, R. (2005). *Actitud ante la muerte: diferencias entre estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña (Tesis doctoral)*. Lleida: Universidad de Lleida España. Recuperado de http://www.uab.es/uabdivulga/cast/tesis/2005/actitud_muerte0905.htm.
 - Cordero, Y., Jiménez, A. & Marrero, R. (2003). En *Actitud ante la muerte del personal de enfermería del turno de 7 a. m. a 1 p. m. y su relación con la atención al paciente moribundo y sus familiares*. Hospital Universitario de Pediatría "Dr. Agustín Zubillaga". Barquisimeto: Universidad de Barquisimeto. Recuperado de http://bibmed.ucla.edu.ve/cgiwin/be_alex.exe.
 - De Matos, M. (1992). No para siempre en la tierra. *Rev. Casa del Tiempo*. Recuperado de <http://www.difusioncultural.uam.mx/revista/nov2001/mattos.pdf>.
 - Escobar, G. & García, G. (1999). *La muerte: fantasma de mil rostros*. Hacia promoció salud, 4-5, pp. 31-36. Recuperado de <http://telesalud.ucaldas.edu.co/telesalud/facultad/Documentos/Promocion/Vol4-5/>.
 - Flores, G. R. (2004). Salud, enfermedad y muerte. Lecturas desde la Antropología Sociocultural. *Revista Mad*, 10. Recuperado de <http://www.revistamad.uchile.cl/10/paper03.pdf>.
 - García, C. J. (2011). *Manual de Semiótica. Semiótica greimasiana narrativa con aplicaciones de análisis en comunicación*. Lima: Instituto de Investigación Científica, Universidad de Lima.
 - González, C. E., Arras, V. A. & Moriel, C. B. (2012). La profesionalización en enfermería: hacia una estrategia de cambio, *Tecnociencia*, 6(1), pp. 1-8.
 - Greimas, A. (1993). *La semiótica del texto*. Barcelona: Paidós.
 - Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos. Secretaria de Salud. (2013) Recuperado de: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatividadnacional/8_NAL_LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf.
 - McLeod, D. et al. (2003). Early clinical exposure to people who are dying: Learning to care at the end of life, Plakwell Publishing Ltd. *Medical Education*, 37, pp. 51-58. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>.
 - Mialdea, M., Saenz, J. & Sanz, A. (2009). Situación difícil para el profesional de atención primaria en el cuidado al enfermo terminal, *Psicooncología* 6(1), pp. 53-63.
 - Morin, E. (1974). *El hombre y la muerte*. Barcelona: Kairós.
 - Pacheco, R. (1987). *Actitudes ante la muerte y los enfermos terminales en médicos y ATS con ejercicio profesional en la ciudad de Murcia*. (Tesis Doctoral Cátedra de Medicina Legal y Toxicología). Universidad de Murcia. Recuperado de http://www.observatoriodepaliativos.org/biblio/avis_o?page=47.
 - Palacios, C. D. & Corral, L. I. (2010). Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enfermería Intensiva* 21(2) pp. 68-73.
 - Reyes, Z. (1996). *Curso Fundamental de Tanatología. Acercamientos tanalógicos al enfermo terminal y a su familia*. México: Edición del autor.
 - Román, C. N. (2007). *El Modelo Actancial y su Aplicación*. México: UNAM/PaxMex.
 - Sanz, J. et al. (2000). Actitudes del enfermero/a ante el paciente terminal. *Enfermería Científica* 220-221, pp. 17-20.
 - Shimizu, E., Ticiari, C. D. & Merchan, H. E. (2011). Placer y sufrimiento en trabajadores de enfermería de una unidad de terapia intensiva, *Rev Latino Am Enfermagem*, 19(3), pp. 565-72.
 - Sparkes, A. & Devis, J. (2008). Investigación Narrativa y sus formas de análisis: una visión desde la educación física y el deporte. En W. Moreno (Ed.), *Educación Cuerpo y Ciudad* (pp. 43-68). Medellín: Funámbulos. Recuperado de http://www.viref.udea.edu.co/contenido/.../memoria_s.../investigacion_narrativa.pdf.
 - http://www.viref.udea.edu.co/contenido/.../memoria_s.../investigacion_narrativa.pdf.
 - Urquiza, R. (2012). Satisfacción laboral y calidad de servicios de salud. *Rev Med La Paz*, 18(2). Recuperado de http://tecnociencia.uach.mx/numeros/v6n1/data/La_profesionalizacion_en_enfermeria_hacia_una_estrategia_de_cambio.pdf.
 - Villaseñor, F. M. (2011). Bioética y salud pública. En Malagón-Londoño y Moncayo- Medina (Ed.), *Salud Pública: Perspectivas* (pp. 114-128). Bogotá: Editorial Medica Panamericana.
 - Villaseñor F. M. & Valadez, F.I. (2011). Metodología cualitativa y participativa en salud pública. En: Malagón-Londoño y Moncayo- Medina (Ed.), *Salud*



- Pública: Perspectivas* (pp. 225-243). Bogotá: Medica Panamericana.
- Wiedenbach, E. (1964). *Clinical nursing. A helping art*. New York: Springer.
 - Yague, A. & García, M. (1994). Actitudes de los profesionales de enfermería ante los pacientes

terminales. *Revista de enfermería UCLM*, 11:54:48.
Recuperado de:
<http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%204/terminales4.htm>.

Historia

Reorganización documental del Centro Histórico Cultural de la Enfermería Iberoamericana: relato de experiencia

Documentary reorganization of the Cultural and Historical Center of Ibero-American Nursing: report of experience

Reorganização documental do Centro Histórico Cultural da Enfermagem Ibero-Americana: relato de experiência

Genival Fernandes de Freitas¹, Taka Oguisso², Magali Hiromi Takashi³, Thais Araújo Silva⁴, Bárbara Barrionuevo Bonini⁵

¹PhD. Departamento de Orientação Profissional (ENO) (São Paulo). Correo electrónico: genivalf@usp.br

²PhD Departamento de Orientação Profissional (ENO) (São Paulo). Correo electrónico: takaoguisso@uol.com.br

³Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem (PPGE), Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, Brasil. Correo electrónico: magalitalakashi@usp.br

⁴Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem (PPGE), Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, Brasil Correo electrónico: taarsi2@hotmail.com

⁵PhD Departamento de Orientação Profissional (ENO) (São Paulo). Correo electrónico: bonini@usp.br

Cómo citar este artículo en edición digital: Freitas, G.F., Oguisso, T., Takashi, M.H., Silva, T.A. & Bonini, B.B. (2019). Reorganización documental del Centro Histórico Cultural de la Enfermería Iberoamericana: relato de experiencia. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.07>

Correspondencia: Thais Araújo Silva. Escola de Enfermagem da USP. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. Sala 112. CEP: 05403-000. São Paulo-SP

Correo electrónico de contacto: taarsi2@hotmail.com / bonini@usp.br

Recibido: 12/11/2018; Aceptado: 18/01/2019



ABSTRACT

Objective: To report the joint experience of reorganizing materials from the collection of the Cultural Historical Center of the Ibero-American Nursing of the School of Nursing of the University of São Paulo, carried out

from 2013 to 2015.

Method: The partnerships and restructuring and reorganization strategies of the project were listed in the period between 2013 and 2015, which covered three stages to achieve it and the collections that

integrate this center were listed.

Results: It was noted that the reopening of the new Center, in an accessible and better distributed space, increased the number of site visits, which today is a mandatory stop in activities of some undergraduate and postgraduate courses of the Institution, as well as in the activities that seek to expose what is and what does the nursing profession, as is the case of the event "USP and the professions", promoted by the Pro-Rector of Culture and Extension.

Conclusions: This "new" Center has achieved its goal of not being a static and lifeless museum, but of being a place of reconstruction of the identity and history of a profession, often mystified.

Keywords: Teaching, nursing, history of nursing, culture and extension.

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência conjunta de reorganizar os materiais do acervo do Centro Histórico Cultural da Enfermagem Ibero Americana da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, realizado no período de 2013 a 2015.

Método: Foram elencadas as parcerias e as estratégias de reestruturação e reorganização do projeto, no período entre 2013 e 2015, que percorreu três etapas para sua consecução e foram listados os acervos que integram.

Resultados: Notou-se que a reinauguração do novo Centro, em um espaço acessível e melhor distribuído, aumentou o número de visitas ao local, que hoje é parada obrigatória em atividades de algumas disciplinas de graduação e pós-graduação da Instituição, bem como nas atividades que buscam expor o que é e o que faz a enfermagem, como é o caso do evento "USP e as profissões", promovido pela Pró-Reitoria de Cultura e Extensão.

Conclusões: Este "novo" Centro conseguiu alcançar seu objetivo, de não ser um museu estático e sem vida, mas de ser um local de reconstrução da identidade e da história de uma profissão, por muitas vezes, mistificada.

Palavras chave: Ensino, enfermagem, história da enfermagem, cultura e extensão.

RESUMEN

Objetivo: Relatar la experiencia conjunta del proceso reorganizador de los materiales del acervo del Centro Histórico Cultural de la Enfermería Iberoamericana de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, realizado en el período de 2013 a 2015.

Método: Se establecieron las asociaciones y las estrategias de reestructuración y reorganización del proyecto, en el período entre 2013 y 2015, que recorrió tres etapas para su consecución y se enumeraron los acervos que integran este centro.

Resultados: Se notó que la reinauguración del nuevo Centro, en un espacio accesible y mejor distribuido, aumentó el número de visitas al local, que hoy es parada obligatoria en actividades de algunas disciplinas de graduación y postgrado de la Institución, así como en las actividades que buscan exponer lo que es y lo que hace la enfermería, como es el caso del evento "USP y las profesiones", promovido por la Pro-Rectoría de Cultura y Extensión.

Conclusiones: Este "nuevo" Centro logró alcanzar su objetivo, de no ser un museo estático y sin vida, sino de ser un lugar de reconstrucción de la identidad y de la historia de una profesión, muchas veces, mistificada.

Palabras clave: Enseñanza, enfermería, historia de la enfermería, cultura y extensión.

INTRODUÇÃO

No dia 20 de outubro de 1992 foi inaugurado, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), o Centro Histórico da Enfermagem Ibero-Americana (CHCEIA), difundido por um grupo de docentes vinculados ao Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica, da referida Escola, composto pelas professoras Ilza Marlene Kuae Fukuda, Margareth Angelo e Hideko Takeushi Forcella (Oguisso, 2000). Na época de sua criação, o centro tinha como enfoque compartilhar, intercambiar e se integrar aos objetivos comuns com as instituições congêneres, principalmente da América Latina, de Portugal e da Espanha (Conjunto dos países Ibero-Americanos) (Campos *et al.*, 2008). O CHCEIA nasceu com o objetivo de recuperar a História da Enfermagem, como um local dinâmico que não apenas armazenasse itens históricos, mas que pudesse ajudar na divulgação e desmistificação da Enfermagem, tanto para pessoas leigas quanto para os ingressantes no curso e na profissão da Enfermagem (Cianciarullo, 1992).

Cabe ressaltar que no ato de sua constituição, o CHCEIA tinha como objetivos: apoiar e desenvolver pesquisas envolvendo as temáticas da história e legislação da enfermagem, cultura dos cuidados e biografias; recolher, armazenar e preservar obras literárias, artísticas, objetos e documentos; apoiar e desenvolver atividades educativas relativas à história da enfermagem, assim como ações que visassem dar visibilidade sobre os significados e abrangências das práticas da enfermagem; contribuir para o estabelecimento de uma política cultural vinculada à recuperação da memória histórica da enfermagem, por meio da preservação de acervos documentais,

tecnologias e materiais de importância histórica, incluindo recursos imagéticos; promover exposições fixas e itinerantes de grande, médio e pequeno porte, simultâneas ou não, sobre materiais desse acervo; estimular a participação de alunos de graduação e pós-graduação, docentes e funcionários da EEUSP no sentido de ampliar o reconhecimento da constituição histórica da enfermagem como profissão. A ideia inicial do Centro Histórico se pautava na concepção de que o patrimônio tem significado político, o que o leva a ser essencial numa construção de identidade nacional (Maia, 2012).

Infelizmente, com o passar do tempo, o Museu (como ficou conhecido) deixou de cumprir o seu papel como centro de ensino e pesquisa, e por 20 anos ocorreu aquilo que se temia, um repositório de artigos antigos que não tinham ligação com o ensino e pesquisa da enfermagem exercida na referida Escola ou fora dela. O CHCEIA, que se encontrava no último andar da EEUSP, um andar de difícil acesso, especialmente para pessoas com dificuldade de mobilidade, tornou-se um corredor para a sala de aula, por onde passavam alunos que não tinham qualquer motivação ou explicação sobre os artefatos que ali estavam armazenados. Havia muitos documentos esparsos e mal armazenados e que precisavam ser submetidos a um rigoroso processo de higienização, classificação e organização antes que pudessem ser disponibilizados de forma correta e segura para consulta. Dessa forma, buscou-se, no ano de 2013, apoio da Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária da Universidade de São Paulo e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), para a reorganização do Centro Histórico.

Com o apoio destes parceiros foram

captados recursos para a reforma do espaço físico, reorganização e armazenamento de seu acervo. Os recursos disponibilizados permitiram a mudança para o primeiro andar do prédio da Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”, da EEUSP, tornando o acesso mais fácil para os visitantes, permitindo, também que o mesmo fosse acessado por pessoas com dificuldade de mobilidade. Essa reorganização envolveu não somente a coordenação do Centro, mas também a direção da Escola de Enfermagem e diversos alunos de doutorado, mestrado e graduação. Como fruto desse trabalho, o “novo” CHCEIA foi reinaugurado em 6 de novembro de 2015, com a presença de autoridades, como a Profa. Maria Arminda do Nascimento Arruda, Pró-reitora de Cultura e Extensão da USP e a Profa. Maria Amélia de Campos Oliveira (atual Diretora da EEUSP) e as Professoras Tamara Iwanow Cianciarullo, Diná Monteiro da Cruz, Maria Luiza Riesco Bellini, Taka Oguisso, Anna Maria Chiesa e Dayse Risatto Tronchin, além de outros professores da Escola, funcionários técnicos e administrativos, alunos de graduação, pós-graduação, residentes, enfermeiros de instituições parceiras no ensino da EEUSP. Dessa forma, esse artigo tem como objetivo relatar a experiência conjunta de reorganizar os materiais do acervo do Centro Histórico Cultural da Enfermagem Ibero Americana da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, realizado no período de 2013 a 2015, para que pudessem ser disponibilizados para a comunidade como fonte de ensino, pesquisa, cultura e extensão.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para que a reestruturação e reorganização do acervo do Centro Histórico

acontecessem, percorreu-se três etapas para sua consecução: a **primeira** consistiu na proposição, em 2013, à Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária da Universidade de São Paulo de um projeto de inovação, a fim de preservar acervos documentais, memórias e monumentos. Para tanto, elaborou-se um projeto que buscava não apenas reorganizar os materiais arquivados no CHCEIA, mas que também contemplasse a busca de um novo espaço para a reorganização da exposição permanente (Freitas *et al.*, 2016).

A **segunda** etapa envolveu a participação voluntária de alunos de pós-graduação no trabalho de seleção, classificação, higienização e digitalização da massa documental. Essa etapa durou pouco mais de dois anos. Os alunos voluntários participaram de workshops promovidos pelo Serviço de Arquivo da Universidade de São Paulo (SAUSP) para que pudessem manusear, higienizar, classificar e digitalizar de maneira segura todos os itens (Freitas *et al.*, 2016). No total, participaram dessa etapa 1 aluno de doutorado, 3 alunos de mestrado, 2 alunos de graduação que foram contemplados com bolsa da Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária da USP (PRCEU) e 2 funcionários técnicos administrativos.

A **terceira** etapa consistiu na “guarda segura” dos documentos físicos, tratados e digitalizados segundo as normas técnicas do SAUSP, garantindo, inclusive, controles de temperatura e umidade do local da guarda (Freitas *et al.*, 2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Propósitos atuais do CHCEIA da EEUSP

O Centro Histórico Cultural da Enfermagem levou a complementação

Ibero-Americana para fazer jus ao intercâmbio de experiências e troca de conhecimentos de docentes da EEUSP para o desenvolvimento de projetos em outros países, especialmente da América Latina. Por exemplo, logo na entrada do CHCEIA há uma placa em tributo à parceria estabelecida entre a EEUSP e o Instituto Superior de Enfermagem da Universidade Agostinho Neto, em Angola. Trata-se de um reconhecimento à Escola de Enfermagem da USP por favorecer o desenvolvimento da Enfermagem naquele país africano.

Os acervos documentais do CHCEIA, que englobam documentos escritos, imagéticos, jornalísticos, dentre outros, estão organizados e classificados de forma a facilitar o acesso e a consulta do público interessado em conhecê-los. Alguns desses acervos encontram-se totalmente digitalizados.

Todo esse trabalho foi realizado em parceria com muitas pessoas, como afirmou o Prof. Dr. Genival Fernandes de Freitas (Conselho Regional de Enfermagem, 2015, p. 41):

Nosso sonho foi alcançado. O trabalho envolveu pesquisadores, professores e servidores, técnicos e administrativos da própria Universidade. Houve a participação de várias cabeças pensando o *modus operandi*, como se fosse um verdadeiro laboratório a fim de aprimorar esse espaço da construção do saber.

De acordo com o regimento de sua constituição, os objetivos contemporâneos do novo Centro englobam o apoio e desenvolvimento de pesquisas em níveis de graduação e pós-graduação, envolvendo as temáticas da história e legislação da enfermagem, cultura dos cuidados e biografias; recolhimento, armazenamento e preservação de obras literárias, artísticas,

objetos e documentos que constituam a história da enfermagem em nível nacional ou internacional; apoio e desenvolvimento de atividades educativas relativas à história da enfermagem no ensino de graduação e pós-graduação, além de ações que visem dar visibilidade sobre os significados e abrangências das práticas da enfermagem (o que o enfermeiro faz); contribuição para o estabelecimento de uma política cultural vinculada à recuperação da memória histórica da enfermagem, por meio da preservação de acervos documentais, tecnologias e materiais de importância histórica, incluindo recursos imagéticos; promoção de exposições fixas e itinerantes de grande, médio e pequeno porte, simultâneas ou não, sobre materiais desse acervo; estímulo à participação de alunos de graduação e pós-graduação, docentes e funcionários da EEUSP no sentido de ampliar o reconhecimento da constituição histórica da enfermagem como profissão.

Dessa forma, a reorganização estimula não apenas o uso do CHCEIA para o ensino e pesquisa, mas também permite a promoção de atividades de cultura e extensão para toda a comunidade.

Acervos do CHCEIA da EEUSP

Acervo Fotográfico

Existem centenas de fotografias disponíveis no Centro. Todas tratadas, selecionadas, classificadas e organizadas por décadas, com descrição pormenorizada, inseridas em planilha e já digitalizadas na integralidade. Hoje é possível acessar estas fontes de forma eletrônica. Mas, vale lembrar que as fontes imagéticas primárias estão disponíveis também no Núcleo de Documentação e Memória (NUDOM), que é parte do CHCEIA.

Cabe pontuar que a digitalização das fotografias foi um processo importante para

que futuramente as mesmas possam ser consultadas, sem a necessidade de manipulação por conta da preservação do material. Para Luchesi *et al.*, (2006, p. 568), “há sempre resistências a esta restrição, mas é preciso ter em perspectiva que o homem é um dos maiores agressores dos objetos de caráter histórico”.

Acervo jornalístico

Encontram-se categorizados e higienizados jornais de diferentes décadas que fazem alusão ao trabalho da enfermeira e à criação da EEUSP.

Este acervo invoca a memória jornalística sobre o que é enfermagem em diversos contextos e épocas. São fontes riquíssimas para a pesquisa em níveis de graduação e pós-graduação. Assim como as fotografias, as matérias jornalísticas encontram-se tratadas e digitalizadas, com descrições pormenorizadas de cada fonte para facilitar a consulta. Fontes para estudo, utilizando-se matérias jornalísticas imbricadas à História, são imprescindíveis para dar valor ao cenário estudado, tanto coletivamente quanto individualmente (Bergamo, 2011). Estas fontes permitem ao pesquisador e alunos compreender as representações sociais da profissão em diferentes épocas da sua trajetória.

Vale salientar que essas representações são primordiais para a construção da identidade de uma profissão.

Acervo documental

Todo acervo é documental, pois engloba os vestígios de um passado; entretanto, há um espaço no NUDOM onde são armazenados e enviados todos os documentos de valor histórico incomensurável, como relatórios das primeiras líderes da enfermagem brasileira, mormente da direção da Escola, a exemplo dos relatórios da direção da Profa. Edith de Magalhães Fraenkel que foi a

organizadora e 1.^a diretora da EEUSP, diplomada pela Escola de Enfermagem da Philadelphia General Hospital (EUA) em 1925 e influenciou, em 1926, a criação da Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras que hoje é conhecida como Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Sua competência possibilitou à EEUSP se comparar aos altos padrões de qualidade internacional de ensino (Carvalho, 1980).

Existem também, outros documentos peculiares como cartas, ofícios, telegramas, etc; muitos deles são reveladores da força política da Escola de Enfermagem da USP na reconfiguração da identidade profissional no Brasil.

Esse acervo possui vestígios de grandes acontecimentos na enfermagem brasileira, como, por exemplo, a organização do I Congresso Nacional de Enfermagem, em 1947, por essa Escola (Carvalho, 1976).

Outro exemplo importante é a introdução do ensino da Enfermagem Psiquiátrica, por Ella Hasenjaeger (consultora americana que trabalhou nessa Escola à época da Dona Edith Fraenkel), deixando seu legado à tessitura de uma área de saber, de práticas e de uma identidade profissional, plasmando-se como coletivo, com suas entidades, agremiações e coletividades (Oguisso, Freitas, Takashi, 2013).

Os diversos documentos presentes no CHCEIA possuem grande valor histórico e são fontes para pesquisas no campo da história, possibilitando a análise de tais documentos como interpretações das representações de cada época.

Corroborando esta afirmativa Barros (2013, p. 135), relata que:

A historiografia, ao superar o positivismo ingênuo do século XIX, foi tendendo a valorizar cada vez mais esta dimensão da

fonte histórica textual como “discurso”. Hoje, poderíamos dizer que a maior parte das práticas historiográficas insere-se em uma História do Discurso. Um discurso qualquer pode ser analisado tanto a partir de uma “abordagem qualitativa” como a partir de uma ‘abordagem quantitativa’, ou de uma ‘abordagem serial’ que examina documentos reunidos em série.

Pontua-se que esse espaço dispõe de um local próprio e adequado para preservação documental, com controle de temperatura e umidade.

Acervo dos Objetos da Assistência de Enfermagem e em Saúde

Estão expostos no novo espaço do Centro Histórico centenas de objetos utilizados por enfermeiros em diferentes épocas da trajetória histórica da profissão.

Segundo Oguisso (2016), desde 1942, a Diretora da EEUSP Edith Fraenkel, em parceria com as demais enfermeiras contratadas, elaborava técnicas e procedimentos de enfermagem que seriam ensinados mais tarde tanto no Hospital das Clínicas, quanto na Escola.

As novas gerações de enfermeiros ou as gerações de futuros enfermeiros podem vislumbrar o que e como era fazer acontecer o cuidado, quais eram as tecnologias utilizadas no cuidado do ser humano, alargando as concepções do próprio cuidado. Seringas de vidro, agulhas metálicas reutilizáveis e limadores das mesmas, materiais para uso cirúrgico da época, são alguns exemplos dos artigos que compõem esse acervo.

Acervo das obras históricas da enfermagem brasileira e internacional

No acervo do CHCEIA encontram-se obras históricas da enfermagem, tanto de origem brasileira, como oriundos de âmbito estrangeiro ou internacional.

O conjunto de obras raras em idiomas como: português, inglês, espanhol e japonês permitem aos visitantes e estudantes contemplarem o saber da enfermagem em diferentes contextos.

Dentre as obras catalogadas, encontra-se a versão em inglês do primeiro “Levantamento de Recursos Humanos e Necessidades de Enfermagem”, realizado por Beatrice Lenington, logo depois de completado o Levantamento (1958) e editada pela Fundação Rockefeller.

Essa pesquisa de dois anos de duração, financiada pela Fundação Rockefeller, foi um esforço para mapear o perfil da enfermagem brasileira à época, podendo, a partir dela, sustentar políticas para a ampliação da atuação e do contingente de enfermagem no país (Secaf, Sanna, 2003).

Outra obra de grande valor que está disponibilizada no acervo é o livro “Notas sobre Enfermagem”, traduzido por Amália Corrêa de Carvalho, em 1989, do original “Notes on Nursing”, de autoria de Florence Nightingale, escrito em 1859 (Oguisso, 2016).

Em relação às obras de internacionalização da EEUSP, destaca-se a atuação da Profa. Dra. Taka Oguisso que ocupou os cargos de Enfermeira Consultora e Diretora Executiva Adjunta do Conselho Internacional de Enfermeiras (ICN, na sigla em inglês), em Genebra-Suíça, no período 1987 a 1997. Há distintivos, placas de homenagem, entre outros.

Para ser contratada no ICN havia a exigência de indicar nomes das pessoas que eram chefes da Taka. Assim, foram indicados Amália Corrêa de Carvalho (chefe do Departamento de Orientação Profissional-ENO), Dra. Yoriko Kamiyama (diretora da EEUSP), no Hospital Brigadeiro seu chefe era Dr. Mario da Costa Galvão Filho (diretor desse hospital), na ABEn

nacional (membro do ICN na época) a presidente era Maria Ivete Ribeiro de Oliveira e a presidente anterior havia sido Dra. Circe de Melo Ribeiro, que também se prontificou, voluntariamente, a fazer a recomendação. Todos eles responderam ao ICN enviando as cartas em inglês para Constance Holleran. Dr. Galvão fez em francês, idioma oficial de Genebra. Taka somente tomou conhecimento da existência dessas cartas em 1992 quando se tornou Diretora Executiva Adjunta, o que lhe dava acesso ao arquivo de documentos confidenciais.

Acervo das Indumentárias

Definitivamente o acervo que contempla réplicas das roupas utilizadas por enfermeiras e alunas em diferentes épocas é o principal sucesso do CHCEIA. O acervo possui réplicas de roupas utilizadas não apenas na EEUSP e conta ainda com alguns itens doados por ex-alunos.

As roupas e indumentárias que se encontram no CHCEIA apontam algumas características da enfermagem brasileira que valorizavam a conduta e a rigidez de normas tão presentes na enfermagem. Sobre isso, Gastaldo e Meyer (1989) descrevem que um dos legados de Florence para a enfermagem foi a prevalência da conduta e da moral, muitas vezes em detrimento do conhecimento científico, o que trouxe para a profissão certa dificuldade para analisar criticamente a realidade na qual viviam e um atraso na busca por seus direitos e deveres.

Este acervo também dispõe de uniforme militar de enfermeiras e alunas da Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha Brasileira, (lembrando que a Cruz Vermelha, tem como lema “na paz e na guerra, caridade”, dada sua origem ligada à guerra e serviço militar); e também uniforme de estágios práticos das

alunas da EEUSP nas décadas de 1940/50, até os dias mais atuais. Neste contexto, destaca-se a importância da Cruz Vermelha na formação do enfermeiro, pois de acordo com Porto, Campos e Oguisso (2009), entre 1916 a 1930 existia uma grande valorização no mercado por enfermeiras que se formavam nessa escola.

Refletir, por exemplo, quanto ao uso de uniforme para a representação da profissão de Enfermagem, é imprescindível para caracterizar a identidade da enfermeira em diferentes épocas. Sob esse aspecto, Mecone (2014, p. 216) retrata bem a questão acima ao citar a representação do uniforme das Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira (CVB) durante a época varguista:

No caso das enfermeiras da CVB, elas se enxergavam através de suas vestes, tamanha era a representação sob sua identidade profissional e a expressão de seus uniformes. Sabe-se que a norma imposta aos militares nos serviços sempre foi em torno da disciplina -e com a enfermagem não era diferente, tanto na formação como no exercício profissional.

Pontua-se que a temática no tocante à (re)configuração da identidade do(a) enfermeiro(a) vem sendo discutida por diversos autores, na tentativa de buscar uma imagem que possa corresponder aos anseios da profissão, tais como: Silva, 2015; Bellaguarda *et al.*, 2011; Padilha, Nelson, Borestein, 2011.

Acervo dos objetos institucionais e biográficos

Este acervo é composto de lembranças de professoras desta Escola, da ABEn, dos Conselhos de fiscalização do exercício da enfermagem e, também, de entidades internacionais, como o Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE).

Ele conta ainda com objetos pessoais de

docentes, como os da Prof.^a Dra. Wanda de Aguiar Horta; além de objetos de arte, quadros, entre outros.

Acervo de Oralidade

Composto por cerca de 80 entrevistas com antigas professoras, líderes nacionais e internacionais da enfermagem, dentro e fora da USP; este acervo integra o projeto “Memória da Enfermagem brasileira e em São Paulo”.

Ele dispõe de depoimentos gravados, transcritos e digitalizados de enfermeiros(as) de diversas regiões do país, e que atuaram em entidades representativas de classe, ou em outros campos profissionais. Com ele busca-se dar visibilidade ao que era e ao que se busca ou se vislumbra para o futuro da enfermagem.

A cada ano esse acervo tem aumentado, graças à parceria de alunos de pós-graduação dos diversos programas da USP e de outras Universidades que cursam ou cursaram a disciplina “Análise histórica da enfermagem”, sob a coordenação inicial da Profa. Dra. Taka Oguisso e, atualmente, do Professor Dr. Genival Fernandes de Freitas.

A rememoração de eventos, episódios, ocorrências, opiniões, dentre outros, por meio da oralidade, permite transcender a tradução da escrita, pois revelam comunicações verbais e não verbais entoadas de sentimentos para o fato relatado. Sendo assim, a “evanescência da oralidade dá lugar ao espaço visual da escrita” (Galvão, 2006, p. 418).

Acervo da Residência das alunas da Escola de Enfermagem da USP

Esse acervo aponta para a disposição do mobiliário do quarto das alunas (com cama, guarda roupa, prateleiras para livros, escrivaninha, cadeira, pia, espelho), à época do internato, além de alguns objetos da copa, refeitório, cozinha e escritório.

Cabe pontuar que, o internato para as alunas era obrigatório, até mesmo para as que residiam em São Paulo. Inicialmente, antes de terminada a construção do edifício da Escola, as alunas ocupavam o 6.^o e 10.^o andar do prédio do Hospital das Clínicas (Carvalho, 1980). O prédio da Escola foi oficialmente inaugurado no dia 31 de outubro de 1947, quando então o internato passou para esse prédio novo, onde funcionou até ser extinta a obrigatoriedade de residência dos alunos.

Dados da ABEn (1980) demonstram que, em 1956, vinte e duas escolas de enfermagem mantinham residência que funcionavam em prédios adaptados, o que dificultava as atividades curriculares, pois era recomendado que os quartos fossem individuais, permitindo a privacidade à estudante, pois este era considerado um lar para as mesmas.

Este acervo convida o visitante a adentrar um período histórico que marcou os primórdios da EEUSP, permitindo que o mesmo se sinta parte dessa história.

CONCLUSÕES

Todos os acervos mencionados encontram-se no Centro Histórico Cultural da Enfermagem Ibero Americana e na Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta” da Escola de Enfermagem a USP.

- A reestruturação do Centro Histórico levou a um movimento de redescobrimto das obras que estavam armazenadas em um espaço esquecido, permitindo que elas ganhassem vida e visibilidade dentro do ensino e pesquisa da enfermagem.
- A catalogação, higienização e digitalização dos documentos, fotos e artigos jornalísticos permitem ampliar o

acesso à história, abrindo espaço para novas discussões e interpretações dos acontecimentos históricos que marcaram a enfermagem brasileira e ibero-americana.

- o O envolvimento de vários atores em diferentes níveis permitiu uma troca essencial de experiências, ampliando a vivência e o entendimento destes em relação à importância da história e sua preservação para a formação do futuro de uma profissão.
- o A reinauguração do novo Centro Histórico, em um espaço acessível e melhor distribuído aumentou o número de visitas ao local, que hoje é parada obrigatória em atividades de algumas disciplinas de graduação e pós-graduação da Instituição, bem como nas atividades que buscam expor o que é e o que faz a enfermagem, como é o caso do evento “USP e as profissões”, promovido pela Pró-Reitoria de Cultura e Extensão.

Este “novo” CHCEIA conseguiu alcançar seu objetivo, de não ser um museu estático e sem vida, mas de ser um local de reconstrução da identidade e da história de uma profissão, por muitas vezes, mistificada.

REFERÊNCIAS

- Associação Brasileira de Enfermagem. *Diretrizes para a Enfermagem no Brasil: relatório final do levantamento de recursos e necessidades da Enfermagem no Brasil-1956/158*. Brasília, 1980.
- Barros, J. A. (2013). *O campo da história: especialidades e abordagens*. 9.ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Bellaguarda, M. L. R., Silveira, L. R., Mesquita, M. P. L., Ramos, F. R. S. (2011). Identidade da profissional enfermeira caracterizada numa revisão integrativa. *Enferm. em Foco*, 2(3), 180-3. Recuperado: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/01/Identidade-da-profissional-enfermeira-caracterizada-numa-revisao-integrativa.pdf>.

[integrativa.pdf](#).

- Bergamo, A. (2011). Reportagem, memória e história no jornalismo brasileiro. *Mana*, 17(2), 233-69. Recuperado: <http://www.scielo.br/pdf/mana/v17n2/a01v17n2.pdf>.
- Campos, P. F. S., Porto, F., Oguisso, T., Freitas, G. F. (2008). Memória da saúde em São Paulo: Centro Histórico Cultural da Enfermagem Ibero-Americana. *Cad. Hist. Ciênc.*, São Paulo, 4(1), 39-51. Recuperado: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/chci/v4n1/a03v4n1.pdf>.
- Carvalho, A. C. (1976). *Associação Brasileira de Enfermagem - 1926-1976, documentário*. Brasília: ABEn.
- Carvalho, A. C. (1980). *Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: resumo histórico 1942-1980*. São Paulo: Sangirard.
- Cianciarullo, T. I. (1992). *Solenidade de inauguração do Centro Histórico de Enfermagem Ibero Americana*. [DVD]. Brasil. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- Conselho Regional de Enfermagem. (2015). Terceira Idade - como assistir a saúde da faixa etária que será a maioria em poucos anos no Brasil? *Enferm. em Rev.*, 13, 40-1. Recuperado: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/revista_coren_sp_dezembro_2015.pdf.
- Freitas, G. F., Oguisso, T., Takashi, M. H., Silva TA., Bonini, B. B., Silva, E. C. (2016). Acervos do Centro Histórico Cultural da Enfermagem Ibero Americana, da Escola de Enfermagem da USP: do passado ao presente. In: V SIAHE, Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería y III Foro I+E, Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería. Granada, Espanha. La Enfermería como integradora de saberes, n. 25.
- Galvão, A. M. O. (2006). Oralidade e escrita: uma revisão. *Cad. de Pesquisa*, 36(128), 403-32. Recuperado: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v36n128/v36n128a07.pdf>.
- Gastaldo, D. M., Meyer, D. E. (1989). A formação da enfermeira: ênfase na conduta em detrimento do conhecimento. *Rev Bras Enferm.*, 42(1-4), pp. 7-13. Recuperado: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71671989000100002>.
- Luchesi, L. B., Mendes, I. A. C., Luis, M. A. V., Saeki, T. (2006). Redescobrimo o Centro de Memória da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: relato de experiência. *Esc. Anna Nery*, 10(3), 565-71. Recuperado: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a29.pdf>.
- Maia, T. A. (2012). Políticas culturais e patrimônio histórico: as ações do conselho federal de cultura (1967-1975). *Rev. Memória em Rede*, Pelotas, 2(7), 1-17. Recuperado: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/Memoria/article/view/9491/6270>.

- Mecone, M. C. (2014). *O modelo militar no ensino de enfermagem: um olhar histórico soba perspectiva foucaultiana*. (Tese de doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: São Paulo. Recuperado: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/td-e-07012015-103236/pt-br.php>.
- Oguisso, T. (2000). Memória e História: Centro Histórico-Cultural da Enfermagem Ibero-Americana. Escola Anna Nery. *Rev. Médicis*, Rio de Janeiro, 4(3/3), 359-67.
- Oguisso, T., Freitas, G. F., Takashi, M. H. (2013). Edith de Magalhaes Fraenkel: o maior vulto da Enfermagem brasileira. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 47(5), 1219-26, 2013. Recuperado: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1219.pdf.
- Oguisso, T. (2016). Trajetória Profissional de Amália e Anayde Corrêa de Carvalho. In: Oguisso, T., Freitas, G. F. & Siles, J. organizadores. *Enfermagem: história, cultura dos cuidados e métodos* (pp. 29-66). Rio de Janeiro: Águia Dourada.
- Padilha, M.I., Nelson, S., Borenstein, M.S. (2011). As biografias como um dos caminhos na construção da identidade do profissional da enfermagem. *Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos*, 18(Suppl 1), 241-52. Recuperado: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18s1/13.pdf>.
- Porto, F., Campos, P. F. S., Oguisso, T. (2009). Cruz Vermelha Brasileira (Filial São Paulo) na Imprensa (1916-1930). *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, 13(3), 492-99. Recuperado: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a06.pdf>.
- Silva, T. A. (2015). *Identidade e escolhas profissionais na perspectiva de graduandos de enfermagem*. (dissertação de mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: São Paulo. Recuperado: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/td-e-08012016-145526/pt-br.php>.
- Secaf, V., Sanna, M. C. (2003). "Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil" - um documento da década de 50 do século XX. *Rev. Bras. Enferm.*, 56(3), 315-7. Recuperado: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n3/a20v56n3.pdf>.

Organización de los cuidados de enfermería en la Guerra Civil Española (1936-1939): un abordaje histórico

Organization of nursing care in the Spanish Civil War (1936-1939): a historical approach

Organização dos cuidados de enfermagem na Guerra Civil Espanhola (1936- 1939): uma abordagem histórica

Patricia Domínguez Isabel^{1,6}, Blanca Espina Jerez^{1,2,6}, Sagrario Gómez Cantarino^{3,6}, Azucena Elena Hernández^{1,6}, Mercedes de Dios Aguado^{4,6}, Paulo Joaquim Pina Queirós^{5,6}

¹Grado en Enfermería. Universidad de Castilla-La Mancha (Campus de Toledo).

²MsC en Psicología Clínica.

³PhD Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Terapia. Ocupacional. Universidad de Castilla-La Mancha. Campus de Toledo (UCLM).

⁴Enfermera Comunitaria del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).

⁵PhD UPhD Coordinator Professor, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

⁶Grupo de Investigación ENDOCU: Estudio Asociado HISAG-EP

Cómo citar este artículo en edición digital: Domínguez Isabel, P., Espina Jerez, B., Gómez Cantarino, S., Elena Hernández, A., De Dios Aguado, M. M. & Pina Queirós, P. J. (2019). Organización de los cuidados de enfermería en la Guerra Civil Española (1936-1939): un abordaje histórico. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.08>

Correos electrónicos (por orden de autoría): Patricia.Dominguez4@alu.uclm.es, blanca.espina@alu.uclm.es, Sagrario.gomez@uclm.es, mazucena.elena@alu.uclm.es, mded@sescam.jccm.es, pauloqueiros@esenfc.pt

Correspondencia: Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM). Campus Toledo. Avda. Carlos III, s/n. 45071 (Toledo). Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional

Correo electrónico de contacto: Sagrario.gomez@uclm.es

Recibido: 27/11/2018; Aceptado: 11/01/2019



ABSTRACT

The resolution of health problems in the population, as well as the assistance to injured people during the Spanish Civil War (1936-1938), were achieved in the Insurgent and republican fronts by national and international organizations. That health care was extremely demanded.

Objective: To know the social and health

organizations that supported in the national and republican fronts; to describe the health training taught during 1936-39, and also to emphasize the health care worked during the war by women.

Method: It is a descriptive and historical review, based on primary and secondary sources, which investigate: 1) national and international organizations which cooperate

with Spain during the war; 2) health professionals and volunteers who cared and were taught in health during 1936-39.

Results: Whereas the insurgent camp was assisted by the Red Cross, Falange's nurses and volunteers without health training, the republican camp was helped by the Red Cross, International Brigades, International Red Aid and also feminist associations.

Conclusions: The Civil War was marked by a huge number of injured, nevertheless, all the health professionals and volunteers dispensed health care with courage and dedication, even in spite of the danger. They were able to assistance each people with humanity.

Keywords: History of nursing, nursing care, warfare, volunteers, professional training.

RESUMO

A solução dos problemas de saúde, bem como a assistência aos feridos durante a guerra civil espanhola (1936-1939), foi realizada pela frente rebelde e republicana, por entidades nacionais e internacionais, com um investimento muito elevado na atenção à saúde.

Objetivo: Conhecer as organizações socio-sanitárias que apoiaram o lado nacional e republicano; descrever o treino em saúde desenvolvido durante os anos 1936-1939; destacar o trabalho assistência realizado na guerra pelas mulheres.

Método: Estudo histórico descritivo, com fontes primárias e secundárias, questionando sobre: as organizações nacionais e internacionais que cooperaram durante a guerra; o pessoal de saúde profissional e voluntário que realizou a assistência; e o treino de saúde recebido durante 1936-1939.

Resultados: O lado rebelde foi assistido pela Cruz Vermelha, enfermeiras da Falange

e uma série de voluntários sem treino em saúde; enquanto a frente popular foi auxiliada pela Cruz Vermelha, pelas Brigadas Internacionais, pelo Socorro Vermelho Internacional e por associações feministas.

Conclusões: A Guerra Civil foi marcada por um grande número de feridos, no entanto, todos os profissionais de saúde e voluntários dispensaram cuidados de saúde com valor e entrega, mesmo apesar do perigo existente, podendo ainda atender a todos as pessoas com humanidade.

Palavras chave: História da enfermagem, cuidados de enfermagem, guerra, capacitação profissional, voluntários.

RESUMEN

La solución de los problemas de salud, así como el auxilio a los heridos durante la Guerra Civil Española (1936-1939), fueron gestionados por entidades nacionales e internacionales en los frentes sublevado y republicano, con una demanda sanitaria muy elevada.

Objetivo: Conocer las organizaciones socio-sanitarias que apoyaron a los bandos nacional y republicano; describir la formación sanitaria impartida durante 1936-1939; destacar el trabajo asistencial desempeñado en la contienda por la mujer.

Método: Estudio histórico descriptivo con fuentes primarias y secundarias. Que tratan sobre, las organizaciones nacionales e internacionales que cooperaron durante la guerra, y el personal sanitario profesional y voluntario que realizó cuidados y recibió formación en salud durante 1936-1939.

Resultados: Mientras que el bando sublevado fue asistido por la Cruz Roja, enfermeras de la Falange y un sinnúmero de voluntarios con breve formación sanitaria, el frente popular fue auxiliado por la Cruz

Roja, las Brigadas Internacionales, el Socorro Rojo Internacional y asociaciones feministas.

Conclusión: La Guerra Civil estuvo marcada por una ingente cantidad de heridos, a los que el personal sanitario y voluntario dispensó la atención sanitaria con valor y entrega, aun a pesar del peligro existente. Éstos fueron incluso capaces de atender con humanidad.

Palabras clave: Historia de la enfermería, atención de enfermería, guerra, voluntarios, capacitación profesional.

INTRODUCCIÓN

La Segunda República se proclamó el 14 de abril de 1931. Esta etapa supuso en la historia de España un punto de inflexión, pues se llevaron a cabo múltiples reformas, las cuales estuvieron encaminadas a erradicar el analfabetismo imperante, mejorar la calidad de vida de la población (al reducir la situación de pobreza) e impulsar un programa de previsión social para ampliar la cobertura sanitaria a todos los ciudadanos. Tales cambios hicieron que esta etapa llegó a considerarse como la primera experiencia democrática del país (Beevor, 2015; Rodríguez, 2007). El día 19 de septiembre de 1935, se promovió por decreto (Bernabeu y Gascón, 1999) una formación para la atención de asistencia social y colaboración sanitaria, apareciendo la enfermera visitadora domiciliaria (Bernabeu y Gascón, 1999; Siles, 2011).

En el 1936, la confrontación de ideas en la población española supuso una controversia política, social y económica, dando lugar al “*alzamiento nacional*” el 17 de Julio del mismo año (Yustas, 2009). Desde entonces se diferenciaron dos bandos, uno conocido como sublevado (bando nacional), y otro denominado Frente Popular (bando republicano). El bando sublevado triunfó en

zonas rurales y conservadoras: Galicia, Castilla y León, Navarra, Zaragoza, Canarias y algunas ciudades andaluzas como Sevilla, Granada, Huelva o Córdoba. Por el contrario, el frente popular dominó las principales ciudades tales como Madrid, Barcelona, Vitoria, Bilbao, Santander, Asturias, Alicante y regiones como Castilla-La Mancha y parte de Andalucía (Nasi, Ramírez y Lair, 2003).

Estos hechos dejaron en suspenso la formación que se impartía en las escuelas de enfermería (Gómez *et al.*, 2018), y motivaron que organizaciones nacionales e internacionales prestasen atención sanitaria en ambos lados del frente según afinidad política. El grupo sublevado fue asistido por Alemania, Italia, Protectorado de Marruecos y Portugal, mientras que el frente popular estuvo apoyado por la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URRS), México y Brigadas Internacionales (Beevor, 2015; Puerto *et al.*, 2016).

Durante los tres años que duró la contienda, el país se sumió en una profunda crisis que supuso un aumento de personal sanitario titulado y voluntariado para atender las necesidades sanitarias de los heridos, civiles y militares. Esta realidad obligó a llevar a cabo una formación sanitaria rápida y básica para cubrir las necesidades de salud (Gómez *et al.*, 2017; Puerto *et al.*, 2016).

Por tanto, ante el panorama nacional existente cabe formularse las siguientes incógnitas: ¿Qué organizaciones dieron apoyo sanitario? ¿Qué formación en cuidados obtuvo el voluntariado nacional e internacional? ¿Quiénes brindaron los cuidados y la atención sanitaria a los heridos de guerra y a la población civil?

METODOLOGÍA Y FUENTES

Se realizó una revisión histórico-descriptiva y exploratoria de los objetivos de estudio, a través del conocimiento directo e

indirecto de los acontecimientos ocurridos durante la Guerra Civil Española (1936-1939), con relación a la formación sanitaria, los cuidados en salud y los hospitales de Sangre creados durante la guerra. Para llevar a cabo esta revisión, se establecieron una serie de fases. En la primera se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos electrónicas: SciELO, Dialnet, Cuide, MEDLINE/PubMed, CINAHL (Cumulated Index of Nursing & Allied Health Literature), Science Direct y Google Académico; durante la segunda fase, debido a la naturaleza histórica del estudio, se revisó documentación en la Biblioteca de la Universidad (Campus de Toledo) y en la Biblioteca pública de Castilla-La Mancha, así como en los archivos Municipal y Provincial de Toledo consultando tanto manuales históricos como periódicos de la época en la

hemeroteca disponible. En la tercera fase, se realizó una revisión manual y electrónica en documentos oficiales: Boletines Oficiales del Estado (BOE), Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

Como criterios de inclusión, se fijaron: 1) Documentación relacionada con la formación en cuidados de salud durante la Guerra Civil; 2) Documentos escritos en castellano, inglés, portugués y francés; 3) Periodo de investigación comprendido entre 1931 y 1939. Los criterios de exclusión fueron: 1) Documentación no ajustada al tema; 2) Material duplicado; 3) Material no encontrado a texto completo. Una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión se obtuvieron un total de 74 documentos, de los cuales 33 fueron seleccionados para su análisis.

TABLA 1: Números de artículo/documentos/seleccionados y revisados

Tipo de documento	N.º revisados	N.º seleccionados
Artículos de Revistas	18	10
Capítulos de Libro	10	7
Documentos Oficiales	13	1
Libros	9	8
Tesis	2	2
Periódicos de la época	23	5
TOTAL	74	33

FUENTE: Creación propia de las autoras

Los principales resultados obtenidos tras el análisis de los documentos son el hallazgo de acontecimientos de índole académico, formativo, social y profesional que aportan evidencias sobre los cuidados sanitarios realizados durante la Guerra Civil.

RESULTADOS

La nueva misión del cuidado desde el bando sublevado

Tanto al comienzo, como durante el transcurso de la Guerra Civil Española, se llevó a cabo una demanda excesiva de atención y personal sanitario, motivada por el número creciente de heridos en el frente, así como por la necesidad de cuidados a la

población civil. El territorio controlado por el bando sublevado estuvo auxiliado por organizaciones muy diversas: Cruz Roja Española, órdenes religiosas y la Falange Española. Todas dieron cobertura a la demanda de heridos, cuyo crecimiento con el avance de la contienda fue exponencial e hizo necesario el aumento del número de hospitales, algunos de los cuales fueron conocidos como hospitales de sangre (López, 2016; Gómez, Ganso y Amo, 2017).

En aquellos momentos, no bastaba con aumentar el número de centros asistenciales, sino que hubo que incrementar el personal sanitario, demanda que se llevó a cabo por medio de anuncios en periódicos de la época solicitando la ayuda de personas voluntarias (Carrobes, Velasco, Gómez y Sukkarieh, 2013; Domínguez, Espina y Gómez, 2018). Como resultado de ese llamamiento, una gran cantidad de mujeres manifestaron estar dispuestas a dejarlo todo para prestar su ayuda. Por tal motivo se expidió una orden el 2 de noviembre de 1936, la cual recogía que los nombramientos eran otorgados por el Jefe Sanitario Militar de la plaza donde se encontrase ubicado el centro sanitario. Los únicos centros docentes capacitados para impartir cursos de formación durante la guerra fueron las Facultades de Medicina (ABC Sevilla, 4 noviembre 1936), Cruz Roja Española y la Casa de Salud de Valdecilla (ABC, 2 de noviembre de 1938; Gaztelumendi, 2012). Esta última llegó a admitir hasta siete alumnos varones, pero debido a la guerra estos tuvieron que abandonar su formación, unirse a las quintas y marchar al frente (Puerto *et al.*, 2016).

Así mismo, hubo un amplio abanico de titulaciones: auxiliares enfermeras de la Sanidad Militar, damas de la Cruz Roja, (Gómez *et al.*, 2017; Mas, Siles y Pulido, 2015), auxiliares enfermeras de Falange Española, visitadoras de Auxilio Social, entre otras (Lara y López, 2017). Para acceder a dichos estudios se exigían unos requisitos, como: edad mínima de 20 años y

acreditar buena conducta moral por el párroco de la zona (López, 2016; Gómez *et al.*, 2017). La vocación de cuidado estaba fuertemente ligada al cristianismo, ya que tradicionalmente las órdenes religiosas eran las que asistían a los enfermos, tal y como ocurrió con las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl. La vinculación de la salud a lo religioso llegó a las diferentes formas de difusión sociocultural, por ejemplo, al cine a través de la película como Concentración de la Sección Femenina en Medina del Campo. En la que se muestran las actividades realizadas por las mujeres dentro de una atmósfera religiosa, con la participación de las enfermeras (Siles, García, Cibanal, Gallardo y Lillo, 1998). Si además querían obtener un título que acreditase su formación debían superar los exámenes oficiales teórico-prácticos, que se realizaban en las Facultades de Medicina (ABC, 20 de marzo de 1937: Martínez y Fernández, 2016; Siles, 2011).

Dependiendo del lugar donde las mujeres sanitarias prestasen sus servicios para trabajar en el frente, se exigían diferentes requisitos previos: era imprescindible el título de auxiliar de enfermería de sanidad militar, acreditar buena conducta moral y social, tener al menos 20 años y trabajar de forma abnegada. Exclusivamente a las mujeres movilizadas fuera de su zona de residencia se les facilitaba el alojamiento y la manutención, remunerándolas con alguna pequeña ayuda económica; si no eran movilizadas fuera de su entorno trabajaban de forma gratuita (López, 2016; Gómez *et al.*, 2017).

La Cruz Roja Española, a través de su Comité Internacional, desempeñó su neutralidad durante la Guerra Civil (ABC, 20 de marzo de 1937) al establecer nuevas delegaciones para el Bando Sublevado en Burgos y Sevilla (López, 2016; Puerto *et al.*, 2016). Fue uno de los organismos que ofertó formación a voluntarias mediante cursillos acelerados de corta duración, con el objetivo

de dar las lecciones básicas para que las personas una vez formadas, pudieran atender a los heridos en el campo de batalla. Esta formación se impartía de manera gratuita, pero los asistentes sólo podían desempeñar su actividad en las instalaciones de Cruz Roja, siendo la actuación sanitaria dispensada en ambos frentes prácticamente igual (Hernández, Mirallé, Segura, Cayuela y Giménez, 2014; Lara y López, 2017);).

Este bando también contó con el apoyo de "Las Margaritas" (Figura 1), sanitarias procedentes del partido Carlista, a las que solo se les pedía estar en posesión de algún título (Martínez y Fernández, 2016; Puerto *et al.*, 2016) que acreditase su ejercicio en la primera línea del frente (ABC Sevilla, 18 de abril de 1937).

FIGURA 1. Sección en el periódico ofertando cursos de enfermería

FUENTE: [Fotografía del periódico *El Alcázar*].



(1937). Archivos fotográficos del Alcázar.
 Archivo Municipal de Toledo, Toledo

La población civil también demandaba cuidados y asistencia socio-sanitaria, como ejemplo, cabe destacar la figura de las Damas Enfermeras que visitaban y adornaban tumbas el día de todos los santos, y donaban ropas al ejército y a los hospitales (El Alcázar, 4 noviembre, 1936). Las mujeres que se encontraban en sus últimas semanas de gestación (Carroble *et al.*, 2013; Poço, Gómez, Campos y Velasco, 2014) eran

desplazadas a lugares protegidos fuera de las ciudades, allí daban a luz a sus hijos y en el caso de tener más niños, se le cuidaba gracias a la disposición de los servicios de guardería, hasta que el menor cumplía 11 años. Uno de los lugares preparado para este fin fue el Palacio de los Gosálvez, localizado en Villalgordo de Júcar (Albacete) (Domínguez, Espina y Gómez, 2018; Poço *et al.*, 2014; Ruiz-Berdún y Gomis, 2014).

Las mujeres que prestaron sus servicios durante la guerra (Figura 2) estuvieron expuestas a los peligros derivados de la contienda, unas fueron capturadas y encarceladas por el bando contrario, otras enfermaron como consecuencia de las condiciones de precariedad que tuvieron que soportar e incluso algunas llegaron a morir como consecuencia de los bombardeos sufridos en los hospitales donde prestaban sus servicios (López, 2016; Poço *et al.*, 2014).

FIGURA 2. El general Franco visita a los heridos del Hospital de Santa Clara y conserva afable con sus valientes

FUENTE: [Fotografía del periódico *El Alcázar*].



(Burgos, 1937). Archivos fotográficos del Alcázar.
 Archivo Municipal de Toledo, Toledo

En el bando nacional cabe destacar a nivel sanitario dos mujeres: María Rosa Urraca Pastor, quien fue delegada nacional de frentes y hospitales, y Mercedes Milá Nolla, inspectora general del personal femenino profesional, auxiliar y voluntario de los hospitales (López, 2016; Ruíz y Blanco,

2016).

Vías formativas, regulación, organización sanitaria y desarrollo del Frente Popular

El frente popular estuvo apoyado por organizaciones feministas tales como la unión de Mujeres antifascistas, el Socorro Rojo Internacional, las Brigadas Internacionales, las Escuelas de Alerta y el comité internacional de Cruz Roja (CICR) (Soria, 2010). Este último negoció con el gobierno republicano la asistencia humanitaria demandada por la población civil, la ayuda sanitaria a los heridos de guerra y enfermos, el cuidado a los desplazados y evacuados, la búsqueda de desaparecidos y la gestión del intercambio de prisioneros rebeldes. El gobierno del frente popular concedió la inmunidad diplomática al Dr. Junod, hechos que permitieron una doble delegación del Comité Central de Cruz Roja, con lo que se estableció en Madrid y Barcelona (Clemente, 1989; López, 2016).

La Cruz Roja fue tan relevante e importante durante la contienda, que incluso su función sanitaria fue protagonista en el cine con la película titulada *La Cruz Roja Española*, en la cual aparecen sus instalaciones y actividades a desarrollar por las enfermeras en el frente popular (Siles, 1999).

A España llegaron mujeres procedentes de todos los rincones del mundo (ABC, 6 febrero, 1937), que dejaron sus vidas y países de origen para unirse a la lucha contra el fascismo (ABC, 4 septiembre, 1936) y la instauración de unos nuevos ideales en España (Ruiz, 2015). Prestaron auxilio (Figura 3) y ayuda a los heridos en condiciones paupérrimas, pésimas y deplorables, e incluso se encargaron de alfabetizar y formar al personal auxiliar mediante cursillos. Existieron dos tipos de voluntarias, unas externas, que no recibían ningún tipo de remuneración (Ruiz, 2015), y

otras internas, con derecho a manutención y alojamiento. Estos hechos han sido documentados a través de sus propios testimonios: “*al principio trabajábamos en condiciones muy duras, faltaba personal médico, ¡poco importaba! teníamos el entusiasmo y el amor a nuestra causa*” (Jirku, 1938, p. 48).

FIGURA 3. Fritz Brauner, médica austriaca, examina a una pequeña paciente española en el Hogar infantil de Benicassim

FUENTE: [Fotografía de autor desconocido]



(Tarancón, 1938). Fotos de las brigadas internacionales en la Guerra Civil Española. Libro *Nous sommes avec vous! Les femmes antifascistes de tout les pays partent de leur action d'aide en Espagne*

Nada más comenzar la guerra muchas mujeres con título de practicante y matrona fueron movilizadas para ocupar puestos sanitarios en el ejército republicano (Ruiz, 2015). La formación de matronas siguió en la Casa de Salud de Santa Cristina de Madrid, que fue convertida en la Escuela Oficial de Matronas. No obstante, los títulos que fueron expedidos durante la guerra, concretamente entre el 18 de julio de 1936 y 1 de abril de 1939 en zona republicana, fueron anulados al terminar la guerra (Gómez *et al.*, 2017; Ruíz, 2015).

Muchos de los grandes hoteles de ciudad

de la época se reconvirtieron en hospitales, pasando a denominarse Hospitales de sangre. Eran de uso militar, los cuales contaban con un mínimo de 300 camas (Ruiz-Berdún y Gomis, 2014). Como ejemplo se cita el Hospital de Valencia, que con el apoyo de los Estados Unidos (EE. UU.), preparó 50 camas con todo el equipo y material necesario (*ABC*, 6 febrero, 1937).

Las enfermeras en el ámbito comunitario presentaban unas ideas más innovadoras y avanzadas puesto que durante la república recibieron formación en Estados Unidos, hecho que permitió en la conflagración brindar unos cuidados de calidad (Siles, 1999).

Fin de la contienda y situación sociosanitaria

La victoria del bando sublevado propició la condecoración de algunas enfermeras. Tal y como recogen periódicos de la época, se ensalzó la actuación que las mujeres habían realizado durante la contienda, aunque hubo un sesgo de género, y es que éstas nunca recibieron el mismo reconocimiento que los hombres. Además, con el triunfo del régimen franquista, se instauró un discurso con relación a la mujer participante en la contienda, en él se expresaba que esta había cumplido con su deber de forma abnegada y sin esperar recibir nada a cambio, ya que había actuado conforme a su naturaleza (Ruíz, 2015).

En el bando republicano tras el fin de la contienda, todo el personal sanitario sufrió una gran depuración y represión, lo que repercutió no solo en su vida laboral, sino también personal y familiar. Muchas de estas personas fueron expulsadas de su lugar de residencia, detenidas, encarceladas por largos años, llegando incluso a pagar con el precio de su vida (Lara y López, 2017; Ruiz, 2015).

CONCLUSIONES

Durante la Guerra Civil la actuación de la enfermería fue vital, ya que prestó atención sociosanitaria a la población civil, así como a los heridos de ambos bandos. Debido a la necesidad de cuidados que la guerra demandaba, la enfermería salió de su contexto habitual convirtiéndose así en una figura clave del momento histórico que le tocó vivir.

Los periódicos de la época, como *El Alcázar de Toledo*, hacen un llamamiento masivo a mujeres para ocupar puestos de asistencia, tuvieran o no titulación enfermera. En ellos se narra y confirma la necesidad de que las mujeres se formaran lo más rápidamente posible. La capacitación se realizaba de manera más reglada en el bando sublevado, ya que tenía que estar sujeta a la normativa vigente, mientras que en el bando republicano fue más precipitada debido al caos político existente. No obstante, el propio periódico recoge numerosos testimonios de soldados, que llegaron a calificarlas como “Ángeles” por su labor excepcional y asistencial.

El frente popular contó con mujeres de otros países, en respuesta al llamamiento internacional que se realizó. Gracias a sus testimonios se han podido conocer las duras condiciones en que trabajaron y asistieron a los heridos, pero también cuentan la satisfacción de su papel en la guerra.

De lo relatado en los párrafos anteriores, es imprescindible detallar la labor que las mujeres realizaron durante la contienda pues salieron de su rol habitual para reivindicar su valía en la sociedad, aunque lamentablemente, no a todas se les reconoció su trabajo, esfuerzo y formación.

REFERENCIAS

- Beevor, A. (2015). *La Guerra Civil Española*. Barcelona, España: Crítica.
- Bernabeu, J., y Gascón, E. (1999). *Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977)*.

- Alicante, España: Espagráfic.
- Carroble, A. M., y Velasco, M., y Gómez, S., y Sukkarieh, S. (2013). Transformación en el saber de la matrona en la 1.ª mitad s. XX. En C. C. Álvarez y F. J. Hernández (Ed.), *El asociacionismo en la enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión* (pp. 403-407). Madrid, España: Colegio Oficial de Enfermería de Madrid.
 - Carroble, A., y Velasco, M., y Gómez, S., y Sukkarieh, S. (2013). Comparativa entre los cuidados enfermeros de la primera y la segunda mitad del siglo XX. En C. C. Álvarez y F. J. Hernández (Ed.), *El asociacionismo en la enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión* (pp. 395-402). Madrid, España: Colegio Oficial de Enfermería de Madrid.
 - Creación de un cuerpo de enfermeras del Requete (18 de abril de 1937). *ABC*, p. 6.
 - Clemente, J. C. (1989). *La Cruz Roja en España*. España: Cruz Roja Española.
 - Domínguez, P., y Espina, J., y Gómez, M.ª S. (2018). Recorrido de la atención sanitaria y voluntariado en España durante la Guerra Civil (1936-1939). En A. Claret y G. Caminero (Ed.), *Poder e Influencia de las Enfermeras en la historia* (pp. 311-318). Palma de Mallorca, España: Collegio Oficial d'Infermeria de les Illes Balears.
 - El ambiente de los Estados Unidos es favorable a España (6 de febrero de 1937). *ABC*, p. 10.
 - Gaztelumendi, C. N. (2012). La Escuela de Enfermería "Casa de Salud Valdecilla": origen y evolución de la formación y percepción de los estudiantes. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 4(3). Retrieved from <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/1010>.
 - Gómez, M. E., Ganso, A., y Amo, M. (2017). La ética enfermera durante la Guerra Civil Española. En C. Sánchez, A. Claret, M. J. García (Ed.), *Los Colegios Profesionales de Enfermería, su función social e institucional* (pp. 351-358). Salamanca, España: Colegio Profesional de Enfermería de Salamanca.
 - Gómez, S., Gutiérrez, S., Espina, B., de Dios, M. M., Pina, P. J., Alves, M. (2018). Desarrollo formativo de la enfermería española y sus actualidades: desde los albores del s. XX hasta la actualidad, *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 22 (52).
 - Gómez, S., Velasco, M., Molina, B., Pérez, A., Ugarte, I., García, V., y Puerto, I. (2017). Profesionales de enfermería y su recorrido formativo s. XX al XXI. En J. J. Gázquez (Ed.), *Investigación en salud y envejecimiento*, volumen IV (pp. 353-358). Almería, España: ASUNIVEP.
 - Hernández, J. M., Miralle, M. T., Segura, G., Cayuela, P. S., y Giménez, M. R. (2014). La Cruz Roja española en el territorio Republicano durante la Guerra Civil (1936-1939): un análisis histórico documental acerca de su organización. En *XI Reunión Internacional-I Congreso Virtual. Investigación Cualitativa en Salud*. Granada.
 - Inauguración de clases para heridos de guerra (2 de noviembre de 1938). *ABC*, p. 18.
 - Jirku, G. (1938). *Wir kämpfen mit! antifaschistische Frauen vieler Nationen berichten aus Spanien*. Valencia, España: La Semana Gráfica.
 - La Cruz Roja Nacional y la humanización de la guerra. (20 de marzo de 1937). *ABC*, 9.
 - La labor benemérita de las damas enfermeras. (4 de noviembre de 1936). *El alcázar*, 4.
 - Lara, C., y López, M. (2017). *Imagen social de las enfermeras en 1936: un antes y un después* (tesis de pregrado). Universidad de Valladolid, Valladolid, España.
 - López, M. (2016). Relevancia de la mujer en el bando nacional de la Guerra Civil Española: las enfermeras. *Memoria y Civilización*, 19 (2016), 419-439. DOI: 10.15581/001.19.419-439.
 - Mas, M., Pulido, R., y Velarde, J. F. (2018). Cien años de la fundación de la Escuela de Cruz Roja Española en Madrid: la historia de su primera promoción. En A. Claret y G. Caminero (Ed.), *Poder e Influencia de las Enfermeras en la historia* (pp. 381-389). Palma de Mallorca, España: Collegi Oficial d'Infermeria de les Illes Balears.
 - Mas, M., Siles, J., y Pulido, R. (2015). ¿Qué sabemos de las Damas Enfermeras de la Cruz Roja Española? *Metas de Enfermería*, 18 (8), 12-19.
 - Muerte de una heroica enfermera (4 de septiembre de 1936). *ABC*, p. 8.
 - Nasi, C., Ramírez, W., y Lair, E. (2003). Guerra Civil. *Revista de estudios sociales*. (14), 119-126.
 - Poço, A., Gómez, S., Campos, T., y Velasco, M. (2014). Formación de matronas en España desde la segunda mitad del s. XX hasta la actualidad. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 131-137.
 - Puerto, I., Pérez, A., Ugarte, I., Molina, B., Gómez, S., y Velasco, M. (2016). Disciplina, sumisión y virtud: los ejes de la educación de las mujeres enfermeras en el franquismo. *Acercamiento multidisciplinar a la salud*, 2, 489-502.
 - Real Decreto de 2 de noviembre de 1936, por el que se exige alguna titulación para poder atender en el frente. Boletín oficial del estado, 2 de noviembre de 1936, núm. 19, 92.
 - Rodríguez, J. A. B. (2007). La historiografía de la Guerra Civil Española, 33.
 - Ruiz, D. (2015). Matronas y enfermeras a pie de guerra: la invisibilidad el trabajo sanitario femenino en la contienda española (1936-1939). En F.A. González (ed.), *Ciencia y Técnica entre la paz y la guerra: 1714, 1814, 1914* (523-530). Madrid, España: SEHCYT.
 - Ruiz-Berdún, D., y Gomis, A. (2014). La matrona y el

- Seguro de Maternidad durante la Segunda República (1931-1936), 9.
- Ruiz, D., y Blanco, A. G. (2016). *Compromiso social y género: la historia de las matronas en España en la Segunda República*. Alcalá de Henares: Excmo. Ayuntamiento de Alcalá de Henares, España: Servicio de Publicaciones.
 - Siles, J., García, E., Cibanal L., Gallardo, J., Lillo, M. (1998). Enfermería en el cine: Imágenes después de una guerra. *Revista de Enfermería*, (244), 25-31.
 - Siles, J. (1999). Historia de la Enfermería Comunitaria en España: un enfoque social, político, científico ideológico de la evolución de los cuidados comunitarios. *Index de enfermería*, VIII (24-25), 25-31.
 - Siles, J. (2011). *Historia de la Enfermería en España*. Madrid, España: DAE.
 - Soria, J. M. F. (2010). La asistencia a la infancia en la Guerra Civil. Las colonias escolares. *Historia de la Educación*, 6(0). Retrieved from http://revistas.usal.es/~revistas_trabajo/index.php/0212-0267/article/view/6737.
 - Yustas, C. (2009). La Guerra Civil. *Ferrol Análisis: revista de pensamiento y cultura*. (24), 15.

Experiencia del padecimiento de una persona y su familia: historia de vida oral

Experience of a person becoming ill and family: oral life history

Experiência de adoecimento de uma pessoa e família: história de vida oral

Rafaely de Cassia Nogueira Sanches¹, Mayckel da Silva Barreto²,
Roseney Bellato³, LauraFilomena Santos Araújo⁴, Sonia Silva
Marcon⁵, Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic⁶

¹Enfermeira. Doutoranda em enfermagem pelo Programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Correo electrónico: rafaely.uem@gmail.com

²Enfermeiro. Doutorando de enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá, Paraná, Brasil. Professor do curso de enfermagem das faculdades FACINOR e FAFIMAN. Correo electrónico: mayckelbar@gmail.com

³Enfermeira. Doutora em enfermagem fundamental pela USP. Professora Aposentada do Programa de pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. Correo electrónico: roseneybellato@gmail.com

⁴Enfermeira. Doutora em enfermagem fundamental pela USP. Professora Titular Programa de pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. Correo electrónico: laurafil1@yahoo.com.br

⁵Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem pela USFC. Professora Titular do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Paraná, Brasil. Correo electrónico: soniasilva.marcon@gmail.com

⁶Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela UEM. Professora Adjunta do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Paraná, Brasil. Correo electrónico: kikanovic2010@hotmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Sanches, R.C.N., Barreto, M.S., Bellato, R., Araújo, L.F.S., Marcon, S.S. & Radovanovic, C.A.T. (2019). Experiencia del padecimiento de una persona y su familia: historia de vida oral. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.09>

Correspondencia: Rafaely de Cassia Nogueira Sanches. Rua São Pedro, 1430, Zona 7. Cep: 87030-211, Maringá, Paraná, Brasil

Correo de contacto: rafaely.uem@gmail.com

Recibido: 02/12/2018; Aceptado: 09/01/2019



ABSTRACT

Objective: To understand the process of illness of an adult person with terminal chronic renal disease in dialysis and his family.

Method: Oral Life History operationalized by the Interview in Depth with a young adult with chronic kidney disease. The questions, when made, sought to deepen the

reflections and rescue their memories. The ensemble resulting from the complete transcription were transcribed into a literary first-person and subjected to analysis by sensible Reason.

Results: Milky Way had been living the illness for six years, lived with his mother and his dog. The relationship of alterity, commitment, respect and concern were

established between researchers and researched, allowing a deep understanding of the dimensions that make up the experience of becoming ill, especially the relationship with the family in the search for care.

Conclusion: Has proved that he allowed them to know the experience in their own meanings and how family relate to the choices of care and healing.

Keywords: Renal insufficiency chronic, family, activities of daily living.

RESUMO

Objetivo: Compreender o processo de adoecimento de uma pessoa adulta com doença renal crônica terminal em tratamento dialítico e sua família.

Método: História de Vida Oral operacionalizada pela Entrevista em Profundidade realizada junto a um adulto jovem com doença renal crônica a espera do transplante renal e sua família. As perguntas, quando feitas, buscaram aprofundar as reflexões e resgatar as lembranças. O conjunto resultante da transcrição na íntegra foram transcritos em relato literário em primeira pessoa e submetidos à análise por meio da Razão sensível.

Resultados: Via Láctea vivencia o adoecimento há seis anos, residia com sua mãe. A relação de alteridade, comprometimento, respeito e preocupação se estabeleceram entre pesquisadores e pesquisados permitiu profunda compreensão das dimensões que compõe a experiência do adoecer, em especial as relações com a família na busca por cuidados.

Conclusão: Foi possível conhecer a experiência de adoecer em seus significados próprios e como a família se relaciona com

as escolhas de cuidados e curas.

Palavras chave: Insuficiência renal crônica, família, atividades cotidianas.

RESUMEN

Objetivo: El proceso de padecimiento de una persona adulta con la enfermedad renal crónica terminal en el tratamiento dialógico y su familia.

Método: Historia de la Vida Oral como método de investigación, realizada por Entrevista en Profundidad. La realidad es una realidad, donde los participantes han sido invitados a hablar libremente sobre una experiencia de adolecer y esperar por el trasplante y como preguntas, cuando se hace, busque profundizar como reflejos y rescatar como recuerdos. El conjunto resultante de la transcripción, de la índole, de las grabaciones recogidas en las conversaciones, de los transcritos en el relato literario en primera persona y los sometidos a la evaluación por medio de razonamiento sensible.

Resultados: Vía Láctea, 39 años, vivencia o padecimiento hace seis años, residencia con su madre. Una relación de alteridad, compromiso, preocupación y preocupación por el trabajo entre los investigadores y los investigadores permitió la comprensión profunda de las dimensiones que componen una experiencia de trabajo, en especial como las relaciones con la familia por la búsqueda de cuidados.

Conclusión: Fue posible conocer una experiencia en sus significados subjetivos y como ellos se relacionan con como opciones de cuidados y curas.

Palabras clave: Insuficiencia renal crónica, familia, actividades de la vida cotidiana.

INTRODUÇÃO

A insuficiência renal crônica (IRC) é uma doença progressiva, com altos índices de morbidade e mortalidade, cuja incidência e prevalência têm aumentado na população mundial. A pessoa com essa condição apenas sobrevive por meio da utilização de métodos dialíticos, ou seja, filtragem artificial do sangue (diálises) até o transplante renal (Machado *et al.*, 2012; Quintana, Weissheimer e Hemann, 2011). A experiência de adoecer constitui grande desafio pessoal e familiar; todavia, quando a doença é crônica, soma-se o imperativo de mudanças nos *modos de andar a vida*, ou seja, a necessidade de (re)arranjos a um cotidiano modificado pelo adoecer, e pelo cuidado que acarreta (Mufato, Araújo, Bellato e Nepomuceno, 2012). O impacto desta experiência é sofrido tanto pela pessoa adoecida quanto pelas pessoas do seu convívio, especialmente, a família.

A doença crônica exige da família um intenso, progressivo e, por vezes, permanente, movimento para prover cuidados, uma vez que é considerada como unidade de cuidado fundamental (Barreto, Silva, Waidman e Marcon, 2012; Dolina, Bellato e Araújo, 2013).

Observa-se a importância da família ser considerada pelos profissionais como unidade cuidadora, integrando-as nas práticas assistenciais, além das outras dimensões presente no contexto ambiental, social e cultural onde está inserida (Campos *et al.*, 2010). Tal compreensão é possível, a partir da construção de uma relação de confiança e alteridade com as pessoas adoecidas e suas famílias, buscando ouvi-las atentamente sobre sua experiência de adoecer (Mattos e Maruyama, 2010). A escuta qualificada da pessoa e seus familiares que vivenciam adoecimentos crônicos -com ênfase, neste estudo, para a

IRC- constitui-se uma estratégia de elevada importância para a prática assistencial, uma vez que, a partir dela, podem-se elaborar planos de cuidado que venham ao encontro das particularidades e reais necessidades das pessoas. A fim de demonstrar as possibilidades de observação sobre o complexo processo saúde-doença, o objetivo deste estudo foi compreender a experiência de adoecimento de uma pessoa adulta com doença renal crônica terminal e sua família.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa com utilização da História de Vida Oral (HVO) como método de pesquisa, operacionalizada pela Entrevista em Profundidade (EP). O método HO é definido como o relato de um narrador a respeito da experiência no decorrer do tempo, a fim de reconstruir os acontecimentos vivenciados pelo sujeito e transmitir a experiência de vida adquirida (Maihy e Ribeiro, 2011).

Este tipo de investigação voltada para o processo de adoecer se torna oportuna na medida em que o pesquisador tem a possibilidade de descrever e analisar como se integram os múltiplos aspectos da vida presentes no contexto do adoecimento (Maffesoli, 2010; Maihy e Ribeiro, 2011). A busca pelos possíveis participantes se deu em uma clínica de hemodiálise conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS) em uma cidade no norte do estado do Paraná a qual atendia no momento da pesquisa 122 pessoas. Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: ter idade entre 18 e 49 anos; com diagnóstico de IRC; estar cadastrado na lista de espera para o transplante renal; em tratamento dialítico; apto a verbalizar; residir com algum familiar e aceitar as visitas domiciliares. Os critérios de exclusão foram: puérperas e gestantes.

A inclusão do critério de ser pessoa aguardando o transplante renal foi por essa condição trazer a possibilidade de morte próxima, tendo em vista os riscos da cirurgia e da rejeição; mas que, concomitantemente, caracteriza-se como ‘uma luz no fim do túnel’, uma esperança de continuar a viver. Tal situação acarreta uma série de conflitos psíquicos para a pessoa, repercutindo direta e negativamente em seu tratamento, cotidiano e qualidade de vida (Quintana *et al.*, 2011). Apenas sete pessoas cumpriam os critérios de inclusão estabelecidos; destas, duas não aceitaram participar da pesquisa e quatro não foram encontradas no momento da visita a clínica. Portanto, o participante deste estudo foi *Via Láctea*, em tratamento hemodialítico há quatro anos. A analogia da *Via Láctea* como nome fictício do participante foi empregada no sentido de expressar a complexidade do ser humano. Assim como a formação de uma galáxia, que em sua completude, se faz pela pluralidade de corpos celestes em interação e afetamentos contínuos.

O contato iniciou-se com o convite realizado na clínica, quando foi explicado o objetivo do estudo e que outros encontros subsequentes seriam necessários. Além de *Via Láctea*, a mãe Estrela Dalva também participou.

A coleta se deu pela EP, na qual *Via Láctea* foi convidado a falar livremente sobre a experiência de adoecer e a espera pelo transplante; as perguntas, quando feitas, buscaram aprofundar as reflexões e resgatar lembrança a partir do que foi contado (Maihy e Ribeiro, 2011). A questão central do estudo (*conte-nos como tem sido seu processo de adoecimento, desde o início dos sintomas até os dias de hoje*) guiou a realização da entrevista e foi sendo respondida pelos participantes à medida que se estabelecia uma relação de confiança entre pesquisadora-entrevistado,

o que se deu ao longo de oito visitas ocorridas no período de maio a agosto de 2014.

As gravações recolhidas nas conversas com *Via Láctea* e sua mãe foram *transcritas* na íntegra, em relato literário em primeira pessoa, conforme preconiza o método HO. Posteriormente foram submetidos à conferência do participante (Maihy e Ribeiro, 2011). Ao final desse processo, o *corpus* de análise compilou em 96 páginas de documento WORD®.

Para a compreensão dos achados, procederam-se inúmeras leituras do material da história narrada por *Via Láctea* e sua mãe, do qual alguns acontecimentos trazidos por eles, e reiterados ao longo dos demais encontros, foram ‘saltando aos nossos olhos’ (Dolina *et al.*, 2013; Maffesoli, 2010).

Essa construção do olhar para aquilo que se mostrava importante para as pessoas ocorreu de maneira gradual, ou seja, ao longo das entrevistas, integrando nessa compreensão a razão sensível que, segundo Maffesoli (2010), busca valorizar os saberes do cotidiano, aqueles ligados ao instinto do senso comum como algo imprevisível, trágico, não racional e imaginário (Maffesoli, 2010, p. 70).

No momento de organização dos dados, desenhou-se a linha da vida de *Via Láctea*, composto por eventos significativos e temporalmente elencados por ele e, também, por sua mãe, os quais foram importantes para a compreensão de suas vivências em sua amplitude. Posteriormente, os achados foram organizados em uma unidade de significado a qual foi assim nomeada: *Arqueologia do cotidiano e a ressignificação do viver-um movimento em espiral*. O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com os preceitos éticos disciplinados pela Resolução 466/12 do

Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer 687.231/2014). Os dois participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Arqueologia do cotidiano e a resignificação do viver-um movimento em espiral

Via Láctea, 39 anos, homem forte, solteiro, comunicativo, bem humorado, evangélico, que teve o diagnóstico de IRC em dezembro de 2009, após um coma que acarretou em internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Desde a primeira visita, Via Láctea demonstrou uma necessidade, quase que imperiosa e pujante, de narrar sua história de vida e seu adoecimento. Na primeira visita domiciliar, ele falou continuamente, como se apresentasse uma história simples, já ensaiada e vivida por outra pessoa. Em meio à narrativa de sua trajetória de vida ele falou, sucintamente, como se não estivesse julgando o que era importante para ele, mas, sim, aquilo que possivelmente seria importante os pesquisadores saberem. Estudo (Dolina *et al.*, 2013) mostrou, de modo semelhante, a ocorrência dessa superficialidade nos primeiros encontros, suscitando a possibilidade dela se dar pelo fato do pesquisador se apresentar ao entrevistado a partir de sua profissão. No caso deste estudo, os pesquisadores por serem enfermeiros, pode ter levá-lo a considerar que era importante falar somente os sinais e sintomas clínicos de sua doença e tratamento, posição esta normalmente avocada pelos profissionais de saúde quando se aproximam da pessoa adoecida.

No entanto, a intenção maior da pesquisa

estava relacionada, inicialmente, em aproximar-se do *modo de vida* de Via Láctea para, posteriormente, compreender sua experiência de adoecimento e a espera pelo transplante renal. Neste sentido, no segundo encontro de entrevista, a questão disparadora foi modificada na intenção de que ele falasse sobre sua vida, desde a idade mais tenra, incluindo a relação com sua família. A atenção do pesquisador a essa situação deve se dar no sentido de não diferenciá-la em antes e após o adoecimento, mas centra-se na totalidade do viver (Dolina *et al.*, 2013).

Observou-se que a partir dessa posição que os pesquisadores tomaram, Via Láctea começou a contar sobre sua vida, ressaltando aquilo que ele próprio significava como importante. A atitude, o comprometimento e o respeito pela sua história, além da preocupação com seu bem estar ao rememorar os acontecimentos, muitas vezes, desagradáveis, fez com que fosse estabelecida forte relação de confiança, o que permitiu que sua história fosse ganhando certo adensamento, e atingisse distintos graus de profundez ao longo dos encontros.

Dessa maneira, Via Láctea emocionava-se ou modificava a entonação da voz e da respiração ao relembrar os acontecimentos por ele vividos, e os pesquisadores, buscaram estabelecer uma atitude de empatia, subjetividade e intersubjetividade. Portanto, a preocupação estava em não somente registrar o dito, mas reagir inclusive, a uma gargalhada, a um espirro, sempre atentos ao todo da interação, seja por meio da palavra falada, da respiração, da comunicação não verbal, dos silêncios ou da intensidade da sua voz (Dolina *et al.*, 2013; Maffesoli, 2010).

No decorrer das entrevistas, e conforme Via Láctea foi se permitindo aprofundar e

detalhar o conteúdo de seus relatos, percebeu-se o processo denominado de *arqueologia da lembrança*. O termo Arqueologia da Lembrança pode ser explicado a partir da alegoria ao ato de escavação arqueológica. Porém o que se escava são as memórias dos participantes. E, durante esse movimento de escavação, ao mesmo tempo, buscam-se compreender, de certa forma, as experiências do presente.

Segundo Benjamin (1994), é a memória coletiva que inscreve um indivíduo num conjunto de representações de sentido comum, laço esse que une o presente e o passado. Assim, ao recordar o vivido, a partir do olhar do presente, é possível o aprofundamento da percepção sobre si mesmo ao longo de uma trajetória, à qual se busca dar sentido, incluindo os sentidos ao adoecer. Neste sentido, e a partir dessa rememoração consciente, o narrador pode modificar seu presente, entendendo que este é algo inacabado, passível de ser modificado, salvo, redimido se rememorado.

Esse processo não é linear e, sim, em camadas, como em uma escavação arqueológica, na qual se escava, remexe e busca, camada por camada 'deterroada', por fragmentos que, observados detidamente em suas formas, disposições e relações, evidenciam algumas conformações importantes nos modos de vida de uma época. Então, a cada encontro, uma nova camada da memória se apresenta, por vezes não em profundidade, mas, sim, como novidade. É essa auto reflexão proporcionada pela 'arqueologia da lembrança' que permite ao participante da pesquisa compreender a si mesmo e ser compreendido por meio daquilo que lhe é sensível. Esse movimento também foi promovido pela História Oral, metodologia utilizada nessa pesquisa.

No decorrer dessa busca pelas memórias, constatou-se que, por muitas vezes, Via Láctea se perdia em suas lembranças, rompendo o fluxo do primeiro pensamento estabelecido. No entanto, logo ele retomava ao acontecimento anterior à digressão. Por vezes, um mesmo acontecimento rememorado e referido em determinada fase de sua vida, novamente vinha à tona em outro momento, mostrando-se marcante para seu desfecho, como num movimento em espiral, assim como encontrado em estudo similar (Dolina *et al.*, 2013).

Neste sentido, confirma-se que a vida não se apresenta de forma sequenciada, em momentos distintos. Na verdade, os acontecimentos se entrelaçam, ou seja, de maneira muito próxima se vinculam e se emaranham entre si (Dolina *et al.*, 2013; Nitscke e Souza, 2011).

Isso implica dizer que a ressignificação da vida ocorre a partir do movimento, como num processo dialético, remetendo-nos a ideia de que o tempo do vivido não é invariável, segmentável ou linear como a herança judaico-cristã afirma, mas, descontínuo e desuniforme. Assim sendo, a marcação deste tempo pode ser tanto afetiva quanto cronológica, desenhando os acontecimentos vividos em uma espécie de espiral, em que cada fragmento é, em si, significativo e contém o mundo na sua totalidade (Dolina *et al.*, 2013; Maffesoli, 2010). É preciso ainda salientar que essa demarcação temporal é construída coletivamente, sendo a família parte integrante e inerente desse processo.

No decorrer das visitas, foi observada certa resistência de Via Láctea para falar sobre suas relações familiares. Quando lhe era perguntado, ele respondia sinteticamente e logo desviava, não aprofundando o assunto. Os pesquisadores perceberam a necessidade de um local onde

Via Láctea tivesse mais privacidade para rememorar sua história familiar, pois, nas visitas realizadas, Estrela Dalva estava sempre em casa, às vezes participava das entrevistas e, noutras, cuidava do bisneto em outro cômodo.

Portanto, na última entrevista Via Láctea foi convidado para um passeio em um parque ecológico, a fim de possibilitar mais liberdade de expressão e, por conseguinte, maior compreensão da importância dos eventos e da relação familiar no seu experienciar o adoecimento.

Ele demonstrou uma intensa mágoa ao falar sobre a relação com o pai, o qual, segundo ele, sempre privilegiou a relação com a filha e o neto, excluindo-o; esse conflito se intensificou depois de sua saída de casa aos 19 anos. Durante o período de afastamento, o pai teve câncer e, no transcorrer do tratamento, Via Láctea afirmou que não esteve próximo da família. Três anos depois de sua saída, voltou a morar com os pais; no entanto, os conflitos continuavam, agora permeados por mágoa do pai, que ainda tratava o câncer e se ressentia pelo fato de Via Láctea ter estado ausente no momento em que a família mais precisava de apoio. Nas suas palavras: “Minha mãe perguntou: você não ama seu pai? Amava, amava muito, mas a gente não tinha... sei lá” (Via Láctea, visita 4).

Naquele mesmo ano, Via Láctea adoeceu devido à hérnia de disco lombar com tratamento cirúrgico. Após o procedimento, ficou acamado por um ano e se tornou alvo de brincadeiras pejorativas e de exclusão da família por não conseguir andar, e, nesse momento, apenas recebia ajuda de sua mãe:

A minha mãe trabalhava chorando. A chefe dela falou: Vai embora cuidar do seu filho. Ela era muito amiga da minha mãe, deu uma semana para ela. Foi à fase de comida na boca, da tiração de sarro da minha irmã, do

meu sobrinho. Era só minha mãe por mim [...] meu pai não gostava muito quando eu pedia as coisas para ele, não se importava de eu estar de cama (Via Láctea, visita 4).

Estudos vêm considerando a família, em seus diferentes modos de organização, nuclear ou expandida, como fonte primária de cuidados e auxílio aos seus membros, tanto em situações de saúde como doença. A doença aparece como uma grande ameaça à integridade da família, sendo considerada um caos quando instalada, interferindo drasticamente no equilíbrio familiar, afastando ou aproximando seus membros dependendo das ligações afetivas construídas anteriormente ao adoecimento, surgindo, dessa maneira, a necessidade de (re)arranjos em seu cotidiano (Barreto e Marcon, 2012).

Na família de Via Láctea, as relações com sua mãe se estreitaram a partir de seu adoecimento fazendo jus à analogia da palavra *Via Láctea*, cuja etimologia deriva do grego e quer dizer *Via do Leite*. Percebeu-se que eles mantinham uma relação de muito afeto, cuidado e carinho. Durante as visitas, havia uma preocupação quase ininterrupta de Estrela Dalva com o filho, assim como uma mãe que amamenta com ternura seu filho recém-nascido, conforme é possível observar na fala: “Sem ela, eu nada seria, amo demais minha mãe” (Via Láctea, visita 8).

Já a relação com sua irmã, o sobrinho e o pai houve maior distanciamento, tendo em vista o conflito instalado antes do início do adoecimento. Foi nesse momento que surgiu a necessidade de redefinição dos papéis dos membros familiares e (re)arranjos na organização familiar, de modo que, somente a mãe se responsabilizou pelo cuidado do filho e do marido, que também se encontrava doente no mesmo período. Para agravar a situação familiar, o pai sofreu dois acidentes

vasculares encefálicos sequenciais, deixando-o completamente dependente de cuidados.

Enquanto isso Via Láctea, que já havia se recuperado da cirurgia da coluna e retomado suas atividades cotidianas, trabalhava como agente de endemias e mantinha uma forte relação com a igreja. Apesar de o trabalho proporcionar-lhe contato com os profissionais da saúde, e mesmo seu pai estando acamado, a família refere nunca ter recebido visita da equipe de saúde da família: “Quando eu trabalhava como agente de dengue, tinha contato direto com as enfermeiras e os médicos da secretaria” (Via Láctea, visita 4); “Não, nunca vieram em casa, nem quando morávamos mais para baixo daqui” (Estrela Dalva, visita 3).

Salienta-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF) está pautada na visão ativa da intervenção em saúde, o que representa, teoricamente, que o serviço não pode atender somente a busca espontânea da população. Via Láctea referiu ir ao posto de saúde somente para buscar o remédio trimestralmente, isso demonstra que mesmo não se sentindo muito bem, ele não procurava espontaneamente, um profissional de saúde. A maioria das vezes, o foi, em situação de emergência. Isso que demonstra a importância das equipes da ESF, atuarem cada vez mais com as famílias, no sentido de prevenir doenças e promover a saúde (Barreto *et al.*, 2013).

Enfatiza-se que a qualidade dos serviços públicos de saúde é um grande desafio para todos os profissionais envolvidos nesse processo; no entanto, a capacidade individual colaborativa, se bem geridas, promovem o atendimento integral que satisfaça as necessidades de saúde dos usuários em sua plenitude.

Em meio a todas as necessidades de modificações da organização familiar a fim

de atender as demandas, Via Láctea começou a sentir fortes dores na nuca e edema nos membros inferiores, retornou ao médico e descobriu a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Então, iniciou o tratamento medicamentoso, porém, sem modificar os hábitos alimentares inadequados, sedentarismo e procurando a unidade básica de saúde somente para buscar os medicamentos.

Descobri que tinha pressão alta com 26 anos, meus pés ficavam muito inchados e muita dor na nuca [...] Mas fiz acompanhamento no posto de três em três meses, só pra pegar o remédio mesmo (Via Láctea, visita 6).

[...] em 2003, busquei o urologista por causa da pressão alta. Daí eu fiz o exame de urina de 24 horas, e deu perda na proteína [...], fui encaminhado para o nefrologista. E ele me disse que não era nada (Via Láctea, visita 8).

Estes hábitos e comportamentos perduraram por três anos, até que um exame de rotina, realizado de maneira esporádica, evidenciou a perda de proteína na urina. No entanto, isso não constituiu um sinal de alerta para investigação clínica do médico que o assistia. Esse acontecimento pode ser atribuída a outra situação que dificulta a efetivação da atenção primária, que é o atendimento voltado ao paradigma organicista da medicina vigente. Esse tipo de modelo de organização da saúde foca prioritariamente nos órgãos constituintes do corpo biológico, mediante intervenções da clínica tradicional (Barreto *et al.*, 2013).

Nesse sentido, com os níveis pressóricos descontrolados, Via Láctea teve um quadro de pancreatite seguido de insuficiência renal aguda, necessitando ser internado na UTI por 10 dias. Como medida terapêutica, realizou hemodiálise por oito meses, recebendo alta

após. No entanto, ele e sua mãe, mantiveram hábitos não saudáveis como, por exemplo, a ingestão excessiva de refrigerantes e a automedicação: “Em 2010 fiquei gripado e daí eu tomei anti-inflamatório. Não sabia que não podia tomar, que o anti-inflamatório é um veneno para o rim, ninguém me avisou” (Via Láctea, Visita 2).

Salienta-se que Via Láctea expressa com indignação o fato de nenhum profissional de saúde orientá-lo sobre os malefícios dessa medicação para pessoas com doença renal, que ele designa pela palavra “veneno”, alegando que, se ele soubesse, não teria feito uso.

Vale ressaltar que as orientações e trocas de informações entre as pessoas doentes e profissionais de saúde é um processo interpretativo-compreensivo o qual deve elucidar os significados de viver com a doença na procura cotidiana do bem-viver (Nitschke e Souza, 2011). O que faz a diferença é a presença ativa de ambos os atores envolvidos, ou seja, profissionais e usuários, população e serviços, como detentores de compreensão e projetos relativos à existência compartilhada (Carvalho, Peduzzi, Mandú e Ayres, 2012).

No entanto, é possível perceber que Via Láctea não foi preterido como parte essencialmente interessada, ou seja, foi tratado na estrita condição de substrato da objetivação causal dos fenômenos do adoecimento. Essa afirmação pode ser explicada como exemplo, o fato do médico dizer que “não era nada” para o resultado da proteinúria, de nunca ter recebido uma visita da ESF, além da dificuldade de instaurar hábitos alimentares saudáveis em sua vida pesando, para tanto, a falta de orientações.

É preciso evidenciar que, embora não seja possível transformar circunstâncias tão íntimas, como os conflitos familiares altamente geradores de estresse, é preciso

transformar as atitudes dos profissionais de saúde. É preciso buscar compreender a experiência de adoecimento das pessoas, atuando de forma a evitar o aparecimento de doenças potencialmente evitáveis (Dolina *et al.*, 2013).

Para tanto, faz-se necessário lançar um olhar atento para o universo de significados construídos pelas pessoas com doença crônica, no cotidiano sócio-cultural em que vivem, de forma que percebam o *modo de ser*, pois cada ser humano mostra-se com personalidade, sentimentos e características próprias (Heck, Lopes e Vanini, 2011; Mattos e Maryuama, 2010).

Destarte, cabe aos profissionais de saúde reconhecer as necessidades de cuidados das pessoas em todas suas dimensões e promover práticas com acento para as repercussões do adoecimento crônico em suas vidas, de modo a configurar o cuidado holístico e sensível de que necessitam.

Assim, os sentidos expressos pela pessoa em tratamento dialítico e por sua família, podem ser captados por meio do diálogo e escuta ativa, implementado dessa maneira um cuidado integral, cuja dimensão relacional promove trocas intensas e profundas de experiências. A utilização da metodologia História de Vida Oral permitiu à construção de uma relação próxima a realidade permitindo aos pesquisadores conhecer as dimensões que constituem e influenciam as escolhas e comportamentos das pessoas e suas famílias.

As experiências vividas por Via Láctea, assim como a própria imagem da galáxia a qual é composta por bilhões de estrelas e outros milhões de corpos celestes, os acontecimentos e contextos de adoecimento vividos em família constituem um processo único vivenciado pelas pessoas. Para conhecer os valores e as crenças compartilhados nos grupos sociais, em

especial da vida em família, e de que maneira eles direcionam suas ações e comportamentos, bem como, associam-se aos processos interpretativos que as pessoas fazem dos acontecimentos da vida cotidiana faz-se necessário uma relação próxima, sensível e holístico com as pessoas que vivenciam a experiência de adoecer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo apresentou aspectos muito particulares de uma pessoa e de sua família, possibilitando conhecer a experiência em seus significados próprios e como eles se relacionam com as escolhas de cuidados e curas.

Os achados têm profundas implicações na prática assistencial dos profissionais de saúde uma vez que evidencia a possibilidade do gerenciamento do cuidado para além dos aspectos biológicos, relacionando o processo de saúde e doença a todas as dimensões que compõe as pessoas e suas famílias.

REFERÊNCIAS

- Barreto, M.S., Silva, R.L.D.T., Waidman, M.A.P., Marcon, S.S. (2013). Percepção da família sobre a assistência a pessoas com hipertensão arterial que foram a óbito. *Rev Eletrônica Enferm*, 12(1), 162-171. Recuperado de <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/19085/0>.
- Barreto, M.S., Marcon, S.S. (2012). Doença Renal Crônica: vivências e expectativas do cuidador. *Rev enferm UERJ*, 20(3), 374-9. Recuperado de <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/2193/2886>.
- Bellato, R., Araújo, L.F.S., Faria, A.P.S., Santos, E.J., Castro, P., Souza, S.P.S., Maruyama, S.A.T. (2008). A história de vida focal e suas potencialidades na pesquisa em saúde e em enfermagem. *Rev Eletrônica*

Enferm, 10(1), 849-856. Recuperado de <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a32.pdf>.

- Benjamin, W. (1994). Teses sobre o conceito de História. In: W. Benjamin. *Magia e técnica, arte e política*. (p.222-232). São Paulo, Brasiliense.
- Campos, C.J.G., Turato, E.R. (2010). Tratamento hemodialítico sob a ótica do doente renal: estudo clínico qualitativo. *Rev Bras Enferm*, 63(5), pp. 799-805.
- Carvalho, B.G. Peduzzi, M. Mandú, E.N.T. Ayres, J.R.C.M. (2012). Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. *Rev Latino-Am. Enfermagem*, 20(1), [08 tela]. DOI: 10.1590/S0104-11692012000100004.
- Dolina, J.V., Bellato, R., Araújo, L.F. (2013). O adoecer e morrer de mulher jovem com câncer de mama. *Ciência Saúde Coletiva*, 18(9), 2671-2680. DOI: 10.1590/S1413-81232013000900022.
- Heck, R.M., Lopes, C.V., Vanini, M. (2011). Promoção da saúde e qualidade de vida: abordagem de família no cuidado. In: Elsen, I.; Souza, A.I.J.; Marcon, S.S. *Enfermagem à Família: dimensões e expectativas*. (pp. 342-351). Maringá: Eduem.
- Machado, E.L. Gomes, I.C. Acurcio, F.A. César, C.C. Almeida, M.C.M. Cherchiglia, M.L. (2012). Fatores associados ao tempo de espera e ao acesso ao transplante renal em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 28(12), 2315-2326. DOI: 10.1590/S0102-311X2012001400010.
- Maffesoli, M. (2010) *O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva*. Trad. de Aluizio Ramos Trinta. Porto Alegre: Sulina.
- Mattos, M., Maruyama, S.A.T. (2010). A experiência de uma pessoa com doença renal crônica em hemodiálise. *Rev Gaúcha Enferm*, 31(3), 428-34. DOI: 10.1590/S1983-14472010000300004.
- Meihy, J.C.B., Ribeiro, S.L.S. (2011). *Guia prático de história oral: para empresas, universidades, comunidades, famílias*. São Paulo, Contexto.
- Mufato, L.F., Araújo, L.F.S., Bellato, R., Nepomuceno, M.A.S. (2012). (Re) Organização no cotidiano familiar devido às repercussões da condições crônica por câncer. *Cien Cuid Saude*, Maringá Pr, 11(1), 089-097.
- Nitschke, R.G., Souza, L.C.S.L. (2011). Em busca do tempo perdido: repensando o cotidiano contemporâneo e a promoção de seres e famílias saudáveis. In: Elsen, I.; Souza, A.I.J.; Marcon, S.S. *Enfermagem à Família: dimensões e expectativas*. 21 ed. (pp. 1-351) Maringá: Eduem.
- Quintana, A.M., Weissheimer, T.K.S., Hermann, C. (2011). Atribuições de significados ao transplante renal. *Psico*, Porto Alegre, RS, (RS), 42(1), 23-30.

Glete de Alcântara: legado centenario de la enfermería brasileña*

Glete de Alcântara: centenary legacy of brazilian nursing

Glete de Alcântara: legado centenário da enfermagem brasileira

Luciana Barizon Luchesi¹, Emiliane Silva Santiago², Taka Oguisso³

*Os resultados do presente artigo compõem um recorte do estudo intitulado Origens da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, sob a ótica de Glete de Alcântara, o qual teve financiamento da FAPESP, de 2009 a 2011, Processo 2008/10170-2

¹Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), Brasil, 1.ª vice-presidente da Academia Brasileira de História da Enfermagem (ABRADHENF), de 2016 a 2018 (www.abradhenf.com.br). Líder do Grupo de Pesquisa Laboratório de Estudos em História da Enfermagem (LAESHE) (www2.eerp.usp.br/laeshe). Correo electrónico: luchesi@eerp.usp.br.

²Professora Doutora da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), Campus Sinop, Brasil. Líder do Grupo de Pesquisa em História da Enfermagem e Saúde (GPHEnfS). Membro do Grupo de Pesquisa Laboratório de Estudos em História da Enfermagem (LAESHE) e da diretoria da Academia Brasileira de História da Enfermagem (ABRADHENF). Correo electrónico: emilianesant@gmail.com.

³Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP), Brasil. Acadêmica da Academia Brasileira de História da Enfermagem (ABRADHENF). Correo electrónico: takaoguisso@uol.com.br

Cómo citar este artículo en edición digital: Luchesi, L.B., Santiago, E.S. & Oguisso, T. (2019). Glete de Alcântara: legado centenario de la enfermería brasileña. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.10>

Correspondencia: Taka Oguisso. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Avenida Bandeirantes, n. 3900, Campus USP, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto, SP, Brasil. CEP 14040-902

Correo de contacto: luchesi@eerp.usp.br

Recibido: 20/11/2018; Aceptado: 11/02/2019



ABSTRACT

The aim was to identify relevant points in the bibliography of the Brazilian nurse Glete de Alcântara. It is a historical study of biography, which used documentary analysis. A vast documentary corpus was located, with emphasis on her memorial (1963 résumé), 54 publications, as well as articles and books mentioning her career. Through the Rockefeller Foundation, she graduated as a nurse at the University of Toronto-Canada. She initially taught at the

University of São Paulo's School of Nursing, Brazil, received her BS degree in Social Sciences, at the same university and with a grant from the Kellogg Foundation, in 1951, obtained a *Master of Arts* degree from Teachers College, Columbia University, New York. In 1952 she was chosen to create and manage the University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, where she remained for almost two decades as its dean. Her outstanding performance as president of the Brazilian Nursing

Association, only ended with her death in 1974, while in the second term as national president of the entity, where she contributed to the scientific and legal advancement of Brazilian nursing. As a leadership model and dedication for the Nursing class Glete de Alcântara has left a great legacy of struggle for Nursing.

Keywords: Nursing, nursing history, nursing schools, nursing societies, biography.

RESUMO

Objetivou-se identificar pontos relevantes na bibliografia da enfermeira brasileira Glete de Alcântara. Trata-se de estudo histórico de biografia, em que se utilizou análise documental. Localizou-se vasto *corpus* documental, com destaque para seu memorial (currículo de 1963), 54 publicações, além de artigos e livros com menção à sua carreira. Por meio da Fundação Rockefeller, graduou-se enfermeira na Universidade de Toronto, Canadá. Lecionou inicialmente na atual Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil; fez Licenciatura em Ciências Sociais na mesma universidade; com bolsa da Fundação Kellogg, em 1951, obteve o grau de *Master of Arts*, no Teachers College, da Universidade Columbia, New York; foi indicada para criar e dirigir a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, onde permaneceu por quase duas décadas como diretora. Sua atuação marcante na Associação Brasileira de Enfermagem só findou com sua morte, em 1974, enquanto estava no segundo mandato como presidente nacional da entidade, onde contribuiu para o avanço científico e legal da enfermagem brasileira. Modelo de liderança e dedicação à classe da Enfermagem, Glete de Alcântara deixou um grande legado de luta em prol da Enfermagem.

Palavras chave: Enfermagem, história da enfermagem, escolas de enfermagem, sociedades de enfermagem, biografia.

RESUMEN

Se objetivó identificar puntos relevantes en la bibliografía de la enfermera brasileña Glete de Alcântara. Se trata de un estudio histórico de biografía, que utilizó análisis documental. Se localizó vasto *corpus* documental, con destaque para su memorial (currículo de 1963), 54 publicaciones, además de artículos y libros que mencionan su carrera. A través de la Fundación Rockefeller, se graduó enfermera en la Universidad de Toronto-Canadá. Fue profesora en la Universidad de São Paulo, Brasil, licenció en Ciencias Sociales, en la misma universidad y con beca de la Fundación Kellogg, en 1951, obtuvo el grado de *Master of Arts*, en el Teachers College, de la Universidad de Columbia, Nueva York. En 1952 fue indicada para crear y dirigir la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, donde permaneció por casi dos décadas como directora. Su actuación excelente en la Asociación Brasileña de Enfermería, sólo se terminó con su muerte, en 1974, mientras estaba en el segundo mandato de presidenta nacional de la entidad, donde contribuyó al avance científico y legal de la enfermería brasileña. Como modelo de liderazgo y dedicación a la clase Glete de Alcântara deja un gran legado de lucha en pro de la Enfermería.

Palabras clave: Enfermería, historia de la enfermería, escuelas de enfermería, sociedades de enfermería, biografía.

PRÓLOGO

Estudar o legado deixado pela Prof.^a Glete de Alcântara constitui árdua tarefa, visto que, em mais de 12 anos de estudos realizados no âmbito do Laboratório de Estudos em História da Enfermagem (LAESHE) sobre sua carreira e obra acadêmica, paira a ideia da impossibilidade de compreender toda a dimensão de seus trabalhos, considerando sua atuação em muitos âmbitos da enfermagem: desde o ensino, a pesquisa, a extensão e a gestão institucional até o campo político, em nível nacional e internacional. Da mesma maneira, é difícil compreender as influências internacionais envolvidas, uma vez que sua formação na graduação, como enfermeira, e sua pós-graduação foram realizadas no exterior. Faz-se inviável também tratar da memória dessa enfermeira sem mencionar sua profícua trajetória dentro da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), instituição que ela criou e dirigiu por quase duas décadas; poder-se-ia mesmo denominar como a “grande casa” de Glete de Alcântara, o lugar em que ela dedicou seus maiores esforços e também alcançou as maiores conquistas acadêmicas, como a defesa da primeira tese de cátedra da América Latina por um enfermeiro.

No presente estudo tem-se como objetivo identificar pontos relevantes na bibliografia da Prof.^a Glete de Alcântara, por meio da análise documental. A pesquisa teve início em 2008, analisando diferentes perspectivas da carreira e o impacto das suas ações que, por sua extensiva massa documental, ainda se encontra em andamento. Nesse sentido, são apresentados os resultados da conclusão da primeira etapa do estudo, os quais compõem a análise documental de sua biografia.

MÉTODO

Trata-se de estudo biográfico, de perspectiva histórica, em que se utilizou da análise documental como perspectiva analítica. A palavra biografia, em sua origem grega βιογραφία, possui significado que pode ser traduzido como “escrever a vida” (Sanna, 2011). A biografia histórica deve ser, em certo grau, a narração de uma vida articulada a eventos individuais e coletivos. Por isso é mais fácil retratar a vida de grandes homens que do homem comum. Muitas têm resultado em retorno às biografias tradicionais, superficiais. Uma biografia verdadeira só é legitimada quando se respeita esse objetivo: apresentar e explicar a vida de uma pessoa dentro da história (Le Goff, 1989).

O presente projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EERP-USP, em 2008, Protocolo n.º 0970/2008. Os locais de pesquisa foram os arquivos da Universidade de São Paulo (USP) e suas duas escolas de Enfermagem, a EERP-USP e a Escola de Enfermagem da USP (EE-USP), situadas, respectivamente, em Ribeirão Preto e em São Paulo, ambas as cidades localizadas no Estado de São Paulo. Como fontes foram utilizados artigos, livros, teses, relatos publicados e outros materiais. Nesse sentido, foi utilizada a análise documental, que explicita técnicas para representação do documento de forma condensada para armazenamento e consulta, operando por classificação e indexação (Bardin, 2011).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a busca e análise documental, foi localizado um vasto *corpus* documental. A considerável produção da Prof.^a Glete de Alcântara mostra a dimensão de seu engajamento com a profissão. A fonte mais

completa sobre a trajetória da docente foi localizada em seu memorial (currículo), produzido em 1963, como exigência para a defesa de concurso de cátedra, no qual a docente relata de forma breve (16 páginas) sua formação, desde o secundário até 1963, atividades didáticas e de gestão, formação científica e atividades de organização e desenvolvimento de centros/núcleos de ensino e pesquisa, títulos universitários, eventos dos quais participou e trabalhos publicados (Alcântara, 1963a). Entretanto, observou-se que algumas de suas produções não estão citadas no referido memorial.

Outra obra localizada que contribuiu para a compreensão de partes da vida dessa enfermeira ocorreu dois meses após a morte da docente, quando a EERP-USP e a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Distrito de Ribeirão Preto, organizaram a Semana de Estudos Professora Doutora Gleite de Alcântara, cuja intenção não teria sido homenagem póstuma, mas, sim, demonstrar a permanência da docente e de sua obra para a instituição e para os participantes. O evento em questão deu origem ao livro Gleite de Alcântara: vida e obra, organizado por duas ex-alunas dela, as quais se tornaram docentes na EERP-USP. A obra é constituída de relatos pessoais de amigos e colegas que conviveram com a mesma no âmbito do trabalho e fora dele (Angerami y Pelá, 1976). Além disso, outra ex-aluna, pesquisadora na área de História da Enfermagem, dedicou um pequeno capítulo à sua memória no livro Enfermeiras do Brasil: histórias de pioneiras (Secaf y Costa, 2007).

Em relação à produção científica da docente, foram localizados 54 textos, algo considerado imponente para a época. Das produções localizadas, a maioria foi concretizada na década de 1960 (21), seguida das décadas de 1950 (18), 1940 (9) e 1970 (6).

Do total, 37 textos foram publicados na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), seguidos da Revista Paulista de Hospitais (4), Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (2) e Revista da Escola de Enfermagem da USP (2). Além disso, houve uma publicação na Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS), The American Journal of Nursing, Ministério da Educação (MEC; Brasil) e Fundação Carlos Chagas.

Em relação ao conteúdo da produção, foram 23 artigos, sendo 3 internacionais, relatórios de suas atividades na ABEn (6), análises de livros internacionais (4), resumos de artigos internacionais (2), discursos (2), aulas inaugurais (2), traduções de artigos na íntegra (2) e folhetos (2). Destaca-se, ainda, seu memorial, tese de cátedra, livro, colaboração em relatório internacional, colaboração em tradução de livro, resumo de relatório internacional, capítulo de livro, currículo, conferência, resumo de tese e mensagem da presidente, os quais tiveram uma produção cada. Grande parte das publicações estão concentradas na REBEn, que nasceu com o nome de Anais de Enfermagem (1932), mudando para Anais de Enfermagem (década de 1940) e, posteriormente, Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn; 1954).

Destaca-se que algumas produções da docente foram replicadas em outros locais, como, por exemplo, o artigo intitulado Currículo de Escolas de Enfermagem-Integração da Escola de Enfermagem na sociedade, publicado na revista Anais de Enfermagem, em 1952 (Alcântara, 1952), reproduzido na Revista Paulista de Hospitais, no ano 1954 (Alcântara, 1954), e traduzido para o espanhol com o título Integración de la escuela de enfermería en la colectividad, no Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, em 1953 (Alcântara, 1953).

Assim como sua colaboração na tradução para o português do livro *Enfermagem para o futuro* (relatório preparado para o Conselho Nacional de Enfermagem dos Estados Unidos da América-EUA), de Esther Lucille Brown, traduzido em parceria com Maria Rosa de Sousa Pinheiro e Maria de Lourdes Verderese, em 1949 (Brown, 1949) e a publicação *Programa de base para una formación completa de la enfermera*, de 1962, no *Cadernos de Saúde Pública*, da OMS, recebeu traduções para o francês, inglês e russo (Alcântara, 1962a).

Na produção científica, foram localizados dois textos em que são abordados aspectos de sua vida ou obra (Mendes, Leite, Leite y Trevizan, 2002; Pinheiro, 1975), além de apresentações de trabalhos não publicados e o discurso da Prof.^a Dr.^a Taka Oguisso durante a mesa-redonda *Convivências e lembranças da Prof.^a Dr.^a Glete de Alcântara*, nas comemorações de seu centenário de nascimento, em novembro de 2010, realizado na EERP-USP (Oguisso, 2010). A Prof.^a Dr.^a Taka Oguisso trabalhou diretamente, como 1.^a tesoureira (1972-1976), com a Prof.^a Glete de Alcântara, quando esta era presidente da ABEnacional, e, também, na EE-USP, no Departamento de Orientação Profissional.

Foram também localizadas as atas do Conselho Universitário da USP e as Atas do corpo docente, de 1948 a 1953, da Escola de Enfermagem de São Paulo, da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo (EEFMUSP). Essa última foi a pasta mais antiga encontrada na Diretoria Acadêmica da instituição. As atas estão datilografadas em papel timbrado e assinadas por Helena de Barros Silveira, secretária. A EE-USP gentilmente permitiu a análise das atas, em 2010. A partir dos documentos mencionados, foi possível levantar parte importante da biografia da docente.

Glete de Alcântara antes da Enfermagem

Glete de Alcântara nasceu em Minas Gerais, em 1910, na cidade de São Sebastião do Paraíso, filha de José Proença de Alcântara e Maria Pimenta de Alcântara (Alcântara, 1963a), primogênita de dez filhos (seis mulheres e quatro homens), aprendeu desde cedo a importância do cuidado, pois, com a morte da mãe, cumpriu a promessa de tornar-se responsável pela educação de seus irmãos (Ferreira-Santos, 1976).

Glete de Alcântara diplomou-se em 1928, pela Escola Normal da Praça da República, posteriormente denominada Instituto de Educação Caetano de Campos. Ela menciona que exerceu o magistério primário por algum tempo, mas não especifica o período. Sua formação a colocava entre um grupo minoritário de mulheres alfabetizadas e que chegavam ao nível do atual ensino médio no Brasil (Alcântara, 1963a).

Segundo o censo de 1940, 56,8% dos brasileiros maiores de dez anos eram analfabetos, sendo que os índices de alfabetização do gênero masculino superavam em muito os do gênero feminino em todo o Brasil. No Estado de São Paulo, onde se encontrava Glete de Alcântara, o índice de alfabetização era de 41,9%, sendo 58,4% homens e 45,7% mulheres (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2000).

Em 1930, ela concluiu o curso de educadora sanitária, no Instituto de Higiene da USP, atual Faculdade de Saúde Pública da USP (Alcântara, 1963a). Essa instituição foi responsável pela aproximação entre Maria Rosa de Sousa Pinheiro e Glete de Alcântara, relação essa descrita em discurso publicado, em razão da outorga do “Prêmio Enfermeira Paulista”, do Governo do Estado

de São Paulo, Brasil, durante a Sessão de Instalação da Semana de Enfermagem de 1970, organizada pela ABEn, Seção de São Paulo (ABEn-SP). Coube a Alcântara discursar sobre a homenageada Maria Rosa de S. Pinheiro (Alcântara, 1970).

Na Escola Normal, ambas se conheceram pela amizade que Gleite de Alcântara tinha com uma irmã de Maria Rosa de S. Pinheiro. Posteriormente, ficaram mais unidas ao frequentarem o curso de Educadora Sanitária e, depois, trabalhando juntas no Serviço de Saúde Escolar, da Secretaria de Saúde da Prefeitura de São Paulo (Alcântara, 1970).

IMAGEM 1. Gleite de Alcântara durante o curso de graduação em Enfermagem, no Canadá, de 1941-1944



Imagem gentilmente cedida pela Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing, Arquivo da Universidade de Toronto, pela diretora da instituição, em 2009, Sioban Nelson, RN, PhD, FAAN, FCAHS, para propósitos de pesquisa

Gleite de Alcântara antes da Enfermagem

Em 1940, a Fundação Rockefeller enviou a enfermeira Mary Elizabeth Tennant para dar início às discussões da criação de uma escola de enfermagem que viria a ser a atual Escola de Enfermagem da USP (EE-USP), em cumprimento à cláusula de convênio firmado, em 1925, entre o Governo do

Estado de São Paulo, Brasil, e a Fundação Rockefeller. A Escola de Enfermagem seria uma das contrapartidas ao financiamento recebido para a construção e dotação de equipamentos da Faculdade de Medicina (FM-USP) (Carvalho, 1980). Houve intermediação do diretor do Instituto de Higiene (IH-USP), Dr. Geraldo de Paula Souza, e do Interventor do Estado de São Paulo, Adhemar de Barros, decidindo-se pela criação de uma escola intitulada inicialmente Escola de Enfermagem de São Paulo, da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo (EEFMUSP), e, posteriormente, EE-USP, com contribuição do governo e da Fundação Rockefeller (Carvalho, 1980).

Para a organização da futura escola era preciso um corpo docente devidamente preparado. A Fundação Rockefeller se dispôs a conceder bolsas de estudo para que educadoras sanitárias pudessem adquirir formação em enfermagem, na América do Norte. A escolha das primeiras bolsistas ficou sob a responsabilidade do Dr. Geraldo de Paula Souza (Pinheiro, 1976), que selecionou Maria Rosa S. Pinheiro, que, na época, era educadora chefe do IH-USP, e Zilda de Carvalho, que trabalhava no mesmo instituto, para início em 1940 (Alcântara, 1970; Pinheiro, 1976). Para as bolsas do ano seguinte, Maria Rosa S. Pinheiro sugeriu a inclusão do nome de Gleite de Alcântara, o que foi aceito de pronto, e de Lucia Jardim, que também trabalhava no IH-USP, para o ano 1941 (Alcântara, 1970).

Nesse contexto, as quatro educadoras sanitárias iniciariam o curso de Enfermagem na Universidade de Toronto. O registro dos motivos que levaram à escolha da Universidade de Toronto, no Canadá, pela Fundação Rockefeller, uma organização tipicamente americana, para encaminhar

bolsistas brasileiras, recupera, ainda que hipoteticamente, os trabalhos de Edith de Magalhães Fraenkel, convidada pela Fundação Rockefeller para organizar e dirigir a EEFMUSP, momento em que a mesma foi subsidiada para visitar escolas americanas e canadenses, como as escolas da Philadelphia e de Toronto, o que permite tal inferência.

Glete de Alcântara descreve a cidade de Toronto como uma típica cidade nórdica, com arquitetura austera e inverno infundável, com padrões culturais muito diferentes dos brasileiros: não era “uma cidade cheia de encantos”. Ressalta que o período teria sido muito mais difícil se não fosse a presença de Maria Rosa de S. Pinheiro, que se tornara legítima líder do grupo das brasileiras (Alcântara, 1970). Com o início da participação dos Estados Unidos da América (EUA) na Segunda Guerra Mundial, todas as bolsas novas foram canceladas a partir de 1942, mantendo-se as que já estavam em curso (Pinheiro, 1976).

Atuação na Escola de Enfermagem da USP

Ao retornar ao Brasil, concluído o curso de Enfermagem Geral e Enfermagem de Saúde Pública, em 1944, Glete de Alcântara revalidou seu diploma na Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ) e engajou-se na EEFMUSP, que já havia começado a funcionar. Para tal foi contratada como professora de Técnica de Enfermagem, entre 1945 e 1952 -a docente menciona ter ampliado os objetivos e trocado o nome para Introdução à Enfermagem. Ela ministrou também Enfermagem Médica, de 1945 a 1947 (Alcântara, 1963a).

No mesmo período, ela buscou ampliar sua formação, obtendo os títulos de Licenciada em Ciências Sociais, pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da

USP. Além disso, recebeu bolsa de estudos da Fundação Kellogg para os EUA, de setembro de 1950 a agosto de 1951, onde obteve o grau de *Master of Arts*, no Teachers College, da Universidade Columbia, New York (Alcântara, 1964; Alcântara, 1963a).

Em relação às Atas do corpo docente, de 1948 a 1953, da EEFMUSP, a mais antiga é datada de 23 de setembro de 1948 e contou com a presença de 12 docentes, inclusive a diretora, Edith de Magalhães Fraenkel, que presidia algumas dessas reuniões, pois, ao final, era designada uma das professoras para presidir a reunião seguinte -uma maneira didática e prática de treinar, dar oportunidade às docentes de presidir e liderar (Atas Escola de Enfermagem da USP, 1953). A Prof.^a Glete de Alcântara estava presente em quase todas as reuniões, que tinham periodicidade quinzenal e, algumas vezes, semanal.

Em 1951, a Comissão de Ensino, do Regimento da USP, apresentou ao Conselho Universitário o relatório sobre a instalação de uma segunda Faculdade de Medicina na USP, a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP), documento no qual menciona a necessidade de inclusão de uma Escola de Enfermagem anexa, pois a enfermagem constituía fator decisivo para o bom funcionamento hospitalar (Universidade de São Paulo, 1951).

A Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP

Em dezembro de 1951, foi criada a FMRP-USP e, anexa a ela, a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP). A Ata do Conselho Universitário da USP, em sua 312.^a Sessão do Conselho Universitário, de 5 de março de 1952, destaca que o Dr. Zeferino Vaz (1908-1981), primeiro Diretor da FMRP-USP, por indicação do Prof. Dr. Paulo César de Azevedo Antunes, convidou a Prof.^a

Glete de Alcântara para organizar e dirigir a nova Escola de Enfermagem.

Em artigo, a Prof.^a Glete de Alcântara defendeu como “inovações” da EERP-USP a necessidade de ensinar as ciências sociais articulada ao ensino da Enfermagem, assim como a importância de correlacionar os aspectos preventivos da Enfermagem a todas as disciplinas do curso e incluir o ensino teórico e prático de administração aplicada à enfermagem, de psicologia educacional e de didática (Alcântara, 1962b).

Ela abriu caminho para enfermeiros, docentes e pesquisadores de enfermagem, com sua tese de cátedra apresentada para concurso à cadeira n.º 4: História da Enfermagem e Ética (Aplicada à Enfermagem), intitulada A Enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade (Alcântara, 1963b) -referência obrigatória em estudos sobre a pesquisa em Enfermagem no Brasil e História da Enfermagem, defendida em 1963. Foi pioneira não apenas no Brasil, mas em toda a América Latina.

Destaca-se que sua tese versou exatamente sobre História da Enfermagem, relevante tema cujo estudo contribui para a formação da identidade profissional e do comprometimento, que demarca uma linha de conduta, ações e atitudes para o campo técnico-assistencial, educação, pesquisa ou administração (Oguisso, 2014).

Em 1971, após 18 anos à frente da direção da EERP-USP, por força do Estatuto da USP, a Dr.^a Glete de Alcântara, já com o título de professora catedrática (atual professor titular), teve que deixar o cargo de diretora, transferindo-o ao médico Prof. Dr. Jorge Armbrust Lima Figueiredo, tornando-se vice-diretora até sua aposentadoria, em 1972 (Mendes, 1993), quando retornou à sua instituição de origem, a EEUSP.

Atividades na Associação Brasileira de Enfermagem

Glete de Alcântara desenvolveu inúmeros trabalhos junto à atual ABEn, sobretudo para fomentar a publicação do órgão de divulgação, a Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), até hoje em circulação. Sua atuação teve início em 1946, quando foi nomeada Presidente da Comissão de Propaganda da REBEn e responsável pelos pedidos de assinatura, cujo trabalho é destacado em relatórios anuais. Tal fato rendeu-lhe o cargo de secretária da Revista, tendo Edith de Magalhães Fraenkel como diretora da mesma (Carvalho, 2008). Nesse período, observa-se a escalada política da Prof.^a Glete de Alcântara dentro da associação.

Em 1948, foi eleita presidente da primeira seção estadual da Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (ABED), em São Paulo, (criada em 1945) (Alcântara, 1964), sucedendo a primeira presidente, a Prof.^a Edith de Magalhães Fraenkel (Carvalho, 2008), sendo reeleita para o período de 1950 a 1952.

Segundo Daisy Caroline Bridges, no livro sobre o Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE), em relatório de 1949, a autora refere que o convite para que as reuniões do Conselho de Representantes Nacionais (CRN), órgão máximo de deliberação do CIE e X Congresso Quadrienal, acontecessem no Brasil, em 1953, teria sido encaminhado pela ABED (atual ABEn) (Bridges, 1967).

É importante destacar também que Daisy Caroline Bridges veio ao Brasil em 1950, a convite da ABED, assistiu ao IV Congresso Nacional de Enfermagem, realizado na Bahia, e participou de discussão com a diretoria da ABED sobre os planos iniciais para o congresso de 1953, sendo a primeira vez que o CIE enviava um membro

executivo à América do Sul. “Em agosto de 1951, houve uma reunião do Grande Conselho (nome antigo do CRN), em Bruxelas, quando o Brasil foi representado por Waleska Paixão, presidente da ABED, por Dulce Pontes (secretária executiva da ABED) e por Glete de Alcântara (vice-presidente da Comissão de Preparativos para o X Congresso Internacional). Glete de Alcântara havia sido convidada como hóspede oficial da Associação de Enfermeiras Suecas não apenas para visitar o país, mas para tomar conhecimento de como a conferência de 1949 havia sido organizada (Carvalho, 2008). A sugestão ao CIE para que o evento fosse realizado em julho de 1953, quando o “clima seria ameno semelhante ao do fim da primavera em países nórdicos” foi feita pela presidente Glete de Alcântara (Bridges, 1967).

Portanto, considerando o documentário sobre a história da ABEn, sua presidente nacional de 1948 a 1950 foi Edith de Magalhães Fraenkel que, de fato, foi quem encaminhou o convite para o CIE, em 1949. Na gestão seguinte, de 1950 a 1952, a presidente foi Waleska Paixão, que fez os preparativos para o evento internacional, com a colaboração de outras enfermeiras, sobretudo das que tinham domínio do inglês. Nesse período, a Prof.^a Glete de Alcântara, como presidente da Seção de São Paulo, da ABED, e vice-presidente da Comissão de Preparativos para o X Congresso Internacional, deve ter colaborado muito no planejamento e preparação desse evento (Carvalho, 2008), que foi o primeiro desse porte no Hemisfério Sul e em um país da América Latina.

As reuniões do Conselho de Representantes Nacionais (CRN-CIE) foram realizadas no auditório da EE-USP, onde foi aprovado o primeiro Código de Ética da Enfermagem do mundo, até hoje existente,

embora atualizado algumas vezes. Nesse congresso foram também admitidos sete novos membros ou associações nacionais (Bridges, 1967).

Glete de Alcântara foi a presidente da Comissão Executiva responsável por organizar o evento com mais de 1.300 participantes de 46 associações nacionais diferentes. O Congresso foi realizado no Hotel Quitandinha, em Petrópolis, Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em julho de 1953. Houve planejamento, pela primeira vez, da interpretação simultânea em português, espanhol e inglês, sendo que as edições anteriores foram apenas em inglês, mas, pouco antes da abertura, o equipamento quebrou (Bridges, 1967).

O desconforto causado pelas baixas temperaturas naquele ano deve ter sido muito grande e inesquecível, pois esse fato foi mencionado em livro sobre a história desse Conselho, considerando que, no convite brasileiro, destacava-se o mês de julho para a realização do evento, pois o clima nessa região do Brasil seria parecido com o final de uma primavera europeia. As participantes foram obrigadas a usar as roupas mais quentes que haviam trazido, pequenos tapetes do hotel e garrafas cheias de água quente, para se aquecerem nas reuniões. Entretanto, os locais escolhidos foram considerados muito bons (Bridges, 1967).

Para as reuniões do CRN, todos os delegados oficiais, inclusive o *staff* do CIE, totalizando mais de 100 pessoas, foram hospedados na residência da EE-USP, aproveitando-se o período de férias das alunas (Bridges, 1967). Foi realmente um ato de coragem e ousadia muito grande sediar um evento dessa envergadura quando, no Brasil, na época, a ABED contava apenas com algumas centenas de associados.

Eleita novamente em 1972, a Dr.^a Glete de

Alcântara estava apenas começando seu segundo mandato de quatro anos como presidente da ABEn quando adoeceu. O que parecia problema menor, na verdade, era grave. Transferida para seu apartamento, na Praça Buenos Aires, no bairro de Higienópolis, em São Paulo, suas colegas e amigas continuaram visitando-a com regularidade, inclusive religiosas amigas como Madre Domineuc e Irmã Maria Tereza Notarnicola, entre diversas outras (Oguisso, 2010). A Dr.^a Glete de Alcântara faleceu no dia 3 de novembro de 1974. O mandato na presidência da ABEn foi concluído pela 1.^a vice-presidente, Maria da Graça Simões Corte Imperial (Carvalho, 2008).

Mas foi nesse período que a Lei n.º 5.905, de 12 de julho de 1973, foi aprovada, criando o Conselho Federal (COFEN) e Regionais (COREn) de Enfermagem no Brasil, e coube a ela encaminhar ao Ministro do Trabalho e Previdência Social, Júlio de Carvalho Barata, a lista tríplice com nomes de enfermeiros de diferentes regiões do Brasil para a nomeação do primeiro plenário do COFEN. Houve tal demora (dois anos) na efetivação da nomeação que o nome do Ministério mudou e também o do ministro, de tal forma que coube a Arnaldo Prieto a nomeação e a posse do primeiro grupo de profissionais para a composição do COFEN, que, afinal, foi implantado em 1975. Nessa ocasião, Maria Rosa de S. Pinheiro foi eleita pelos pares como a primeira presidente do COFEN (Ministério do Trabalho, 1975).

EPÍLOGO

O velório da Dr.^a Glete de Alcântara ocorreu no salão nobre (atual Auditório Maria Rosa Pinheiro) da Escola de Enfermagem (Carvalho, 1974), vestida com sua beca de professora catedrática. As condolências e homenagens se sucederam,

inclusive vindas do próprio CIE, de Genebra. Lamentavelmente, o precoce desaparecimento dessa grande líder da enfermagem constituiu uma lacuna irreparável; porém, ela iluminou muitos caminhos, deixando para todas as gerações de enfermeiras(os) a lição de uma vida dedicada à enfermagem e muitos exemplos de combatividade na luta pelos ideais, principalmente na seara política, discutindo com senadores e deputados sobre o projeto de lei que estava em tramitação, e que resultou na sua aprovação, constituindo-se na Lei n.º 5905/1973, que criou o COFEN e os CORENs, conforme já mencionado (Oguisso, 2010).

A ABEn também lhe rendeu homenagens em editorial duplo, no final de 1974. O primeiro texto, assinado por Amália Correa de Carvalho, intitulado Oração de despedida, trata-se do texto lido durante as homenagens finais à docente. A autora destaca a grande perda da companheira de ABEn e da EE-USP, profissional engajada no aperfeiçoamento de seus alunos que, mesmo após sua aposentadoria na EERP-USP, instituição que criou em Ribeirão Preto, sacrificou seu descanso para trabalhar como chefe do Departamento de Orientação Profissional da EE-USP, voltando à primeira escola em que lecionou, destacando-se também sua persistência e abnegação, com ênfase no seu trabalho na ABEn desde 1947, sua presidência na Seção São Paulo durante dois biênios consecutivos, além da presidência nacional em dois mandatos e a presidência da Comissão de Educação da ABEn durante cinco anos. A luta por seus ideais era também a luta pela enfermagem (Carvalho, 1974).

No mesmo editorial, Circe de Mello Ribeiro, presidente da ABEn-SP à época, destaca a Prof.^a Glete de Alcântara como uma das “mais importantes figuras da

enfermagem brasileira”. Seu exemplo contribuiu para o avanço da enfermagem com seriedade, liderança e capacidade para lidar com assuntos contraditórios ou polêmicos, promovendo a reflexão dos envolvidos, cujo trabalho buscava ser útil às pessoas na assistência em saúde e cujo valor ético-moral seguiria inspirando os enfermeiros (Ribeiro, 1974).

Na primeira edição de 1975, a Revista da EE-USP também prestou homenagem à docente em seu editorial, destacando a volta à EE-USP após sua aposentadoria em Ribeirão Preto, onde também ministrou as disciplinas de Ética e História da Enfermagem, além de presidir a Comissão de Pós-Graduação e o departamento já mencionado. Ainda na homenagem no editorial, são realçadas as conquistas em seu currículo, como sua participação, a partir de 1966, como membro da Comissão de Peritos de Enfermagem, da OMS. A docente é qualificada como sendo culta e inteligente, de senso de humor fino e competente e que sua perda atingiu toda a enfermagem Brasileira (Pinheiro, 1975).

Glete de Alcântara constitui, até hoje, modelo de liderança e de dedicação à classe e à profissão. Cabe às gerações presentes e futuras a missão de continuar sua obra e sua luta em prol da Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- Alcântara, G. (1952). Currículo de Escolas de Enfermagem: integração da Escola de Enfermagem na sociedade. *Anais de Enfermagem*, 5(4), 311-9.
- Alcântara, G. (1953). Integración de la escuela de enfermería en la colectividad. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 35(1), 77-83.
- Alcântara, G. (1954). Currículo de escolas de enfermagem. *Revista Paulista de Hospitais*, Ano 2, 2(6), 21-24.
- Alcântara, G. (1962a). Programa de base para una formación completa de enfermera, 1962. En Organización Mundial de la Salud. *Cuadernos de Salud Pública* no. 4. Enfermería de Salud Pública. Problemas y Perspectivas (pp.95-116). Ginebra: WHO.
- Alcântara, G. (1962b). Resenha Histórica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. *Rev Bras Enferm*, 15(2), 88-91.
- Alcântara, G. (1963a). *Memorial*. 1963. Concurso para Docência. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Alcântara, G. (1963b). *A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira*. (Tese de cátedra). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo.
- Alcântara, G. (1964). Curriculum vitae. *Rev Bras Enferm*, 17(1/2), 42-7.
- Alcântara, G. (1970). Apresentação da enfermeira paulista. *Rev Esc Enferm USP*, 4(1-2), 125-30.
- Angerami, E.L.S. & Pelá, N.T.R. (1976). *Glete de Alcântara: vida e Obra*. São Paulo: Revista dos Tribunais.
- Atas Escola de Enfermagem da USP. (1953). *Atas do Corpo Docente-1948 a 1953*. São Paulo: Pasta arquivada na Diretoria Acadêmica da Escola de Enfermagem da USP.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Bridges, D.C. (1967). *A history of the International Council of Nurses 1899-1964: the first sixty-five years*. London, England: Pitman Medical Publishing.
- Brown, E.L. (1949). *Enfermagem para o futuro*. Relatório preparado para o conselho nacional de enfermagem dos Estados Unidos. São Paulo: Serviço Especial de Saúde Pública.
- Carvalho, A.C. (1974). Oração de Despedida *Rev Bras Enferm*, 27(4), 405-407.
- Carvalho, A.C. (1980). Escola de Enfermagem da USP: resumo histórico 1942-1980. *Rev Esc Enferm USP*, 14(supl.), 209.
- Carvalho, A.C. (2008). *Associação Brasileira de Enfermagem-Documentário, 1926-1976*, 2.ª edição, Brasília: ABEn.
- Ferreira-Santos, C.A. (1976). A Enfermagem moderna como categoria profissional. Obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira. En Angerami, E.L.S., Pelá, N.T.R. *Glete de Alcântara: vida e Obra* (pp.55-71). São Paulo: Revista dos Tribunais.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2000). *Tendências Demográficas: uma análise da população com base nos resultados dos censos demográficos de 1940 e 2000*. Recuperado de <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/li34956.pdf>.

- Le Goff, J. (1989). Comment écrire une biographie historique aujourd'hui? *Le Débat*, 2(54), 48-53.
- Mendes I.A.C. (1993). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo: quatro décadas. *Rev Latino-Am Enferm*, 1 (n. esp.),17-24.
- Mendes, I.A.C., Leite, J.L., Leite, J.L. y Trevizan, M.A. (2002). A REBEn no contexto da história da enfermagem brasileira: a importância da memória de D.^a Glete de Alcântara. *Rev Bras Enferm*, 55(3), 270-4.
- Oguisso, T. (novembro, 2010). Convivências e Lembranças da Profa. Dra. Glete de Alcântara. Em Luchesi, L.B. (Coord.), *1.º Centenário de Nascimento: a vida e obra de Glete de Alcântara e a EERP-USP*, Laboratório de Estudo em História da Enfermagem-LAESHE, Direção, Centro de Memória e Comissão de Cultura e Extensão da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: LAESHE.
- Oguisso, T. Apresentação (2014). En Oguisso T. (org). *Trajetória histórica da Enfermagem* (pp. 11-15. Barueri: Manole.
- Pinheiro, M.R.S. (1975). Editorial: Glete de Alcântara: in memoriam. *Rev Esc Enferm USP*, 9(1), 7-8.
- Pinheiro, M.R.S. (1976). Formação profissional. En Angerami, E.L.S., Pelá, N.T.R. *Glete de Alcântara: vida e obra* (pp. 3-18). São Paulo: Revista dos Tribunais.
- Ribeiro, C.M. (1974). Homenagem póstuma. *Rev Bras Enferm*, 27(4), 408.
- Sanna, M.C. (2011). Biografia. En Oguisso, T., Campos, P.F.S., Freiras, G.F, (Orgs.). *Pesquisa em História da Enfermagem* (pp. 301-38). Barueri, SP: Manole.
- Secaf, V. & Costa, H.C.B.A. (2007). *Enfermeiras do Brasil: história das pioneiras*. São Paulo: Martinari.
- Ministério do Trabalho. (1975). *Conselho Federal de Enfermagem-Enfermagem: criação e instalação de sua autarquia profissional* (Relatório apresentado pelos membros designados pela Portaria n. 3059, de 05-03-1975, do Exmo. Ministro do Trabalho, baixada de acordo com o disposto no art. 21, da Lei 5905, de 12-07-1973. Gestão, 23-04-1975 a 22-04-1976. Anexo 2, p. 37). Brasília: Ministério do Trabalho.
- Universidade de São Paulo [USP]. (1951). *Parecer da Comissão de Ensino e Regimentos sobre a instalação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto* (Relatório do Processo No. 51.1.3320-1-7, Arquivo da Universidade de São Paulo). São Paulo: Universidade de São Paulo.

Antropología

La asistencia personal como nuevo derecho de ciudadanía: una mirada desde el ámbito de los profesionales de la salud

Personal assistance as a new citizens' right: seen from the health professionals' sphere

Assistência pessoal como novo direito de cidadania: um olhar do campo dos profissionais de saúde

Rubén González-Rodríguez¹, Carmen Verde-Diego², Violeta Pérez-Lahoz³

¹Doctor por la Universidad de Santiago de Compostela. Universidad de Vigo, Ourense, España. Correo electrónico: rubgonzalez@uvigo.es

²Doctora por la Universidad de Santiago de Compostela. Universidad de Vigo, Ourense, España. Correo electrónico: carmenverde@uvigo.es

³Doctoranda. Universidad de Vigo, Ourense, España. Correo electrónico: violeta@uvigo.es

Cómo citar este artículo en edición digital: González-Rodríguez, R., Verde-Diego, C. & Pérez-Lahoz, V. (2019). La asistencia personal como nuevo derecho de ciudadanía: una mirada desde el ámbito de los profesionales de la salud. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.11>

Correspondencia: Rubén González-Rodríguez. Facultade de Ciencias da Educación. Campus das Lagoas, s/n. Universidad de Vigo. 32004 Ourense-España

Correo electrónico: rubgonzalez@uvigo.es

Recibido: 26/11/2018; Aceptado: 10/01/2019



ABSTRACT

Objective: The main objective of this research is to familiarize ourselves with the figure of the personal assistant for disabled people. It also seeks to reveal the importance of professionalized care and accompaniment compared with family care.

Methods: Joint research consisting of the review of official databases, as well as the performance of semi-structured interviews with 11 professional nurses belonging to the

Public Health Service of Galicia (Spain).

Results: The results suggest that the figure of the personal assistant is still not predominant in the provision of services for people with disabilities. The interviewed nursing staff considered that the functions of personal assistance should be clearly professionalized due to their specific characteristics.

Conclusions: The results of this study constitute a framework for reflection on

intervention and support for people with disabilities. No doubt, interdisciplinary work is necessary within a joint approach of professionals with health and social training

Keywords: People with disabilities; family; nursing; activities of daily living.

RESUMO

Objetivo: O objetivo principal desta pesquisa é conhecer a figura do assistente pessoal para pessoas com deficiência. Da mesma forma, pretende-se expor a importância do cuidado e o acompanhamento profissionalizado versus cuidado familiar.

Método: Abordagem de pesquisa mista composta pela revisão de bases de dados oficiais, bem como entrevistas semiestruturadas a 11 profissionais de enfermagem pertencentes ao Serviço de Saúde Pública da Galiza (Espanha).

Resultados: Os resultados sugerem que a figura do assistente pessoal continua sem ser uma maioria na prestação de serviços para pessoas com deficiência. A equipe de enfermagem entrevistada considera que as funções de assistência pessoal devem estar focadas em uma profissionalização clara devido às suas características específicas.

Conclusões: Os resultados deste estudo constituem um marco adequado para a reflexão sobre a intervenção e acompanhamento de pessoas com deficiência. Sem dúvida, o trabalho interdisciplinar é necessário dentro de uma abordagem conjunta de profissionais com formação em saúde e social

Palavras chave: Pessoas com deficiência; família; enfermagem; atividades cotidianas.

RESUMEN

Objetivo: El objetivo principal de esta investigación es conocer la figura del asistente personal para personas con

discapacidad. Asimismo, se pretende exponer la importancia de los cuidados y el acompañamiento profesionalizado frente a los cuidados familiares.

Método: Abordaje de investigación mixto consistente en la revisión de bases de datos oficiales, así como la realización de entrevistas semiestruturadas a 11 profesionales de la enfermería pertenecientes al Servicio Público de Salud de Galicia (España).

Resultados: Los resultados apuntan a que la figura del asistente personal continúa sin ser mayoritaria en la prestación de servicios para personas con discapacidad. El personal de enfermería entrevistado considera que las funciones de asistencia personal deben enfocarse hacia una clara profesionalización por sus características específicas.

Conclusiones: Los resultados de este estudio, constituyen un marco propio para la reflexión sobre la intervención y acompañamiento en personas con discapacidad. Sin duda, es necesario el trabajo interdisciplinar dentro de un abordaje conjunto de profesionales con formación sanitaria y social

Keywords: Personas con discapacidad; familia; enfermería; actividades de la vida diaria.

INTRODUCCIÓN

Los últimos datos sobre el número de personas con discapacidad en España, según la encuesta *Discapacidad, Autonomía Personal y Dependencia*, estiman una población alrededor de 3,84 millones en el año 2007 (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2008). Si bien la edad no implica necesariamente una situación de discapacidad o dependencia, si es verdad que con el aumento de la edad se observa

una mayor limitación de la capacidad funcional (Pereira, 2003). Así, de los 3,84 millones a los que previamente se hacía referencia, 2,2 millones son personas de más de 65 años y alrededor de la mitad, personas de 80 y más años (INE, 2008). Como vemos, una población significativa que necesita en muchos casos prestaciones e intervenciones desde diferentes sistemas de protección social, especialmente desde el Sistema de salud y el Sistema de servicios sociales.

En España, no se crea un sistema de protección específico para atender las situaciones de dependencia hasta el año 2007, mediante la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia. Previamente, la protección a las personas mayores y/o con discapacidad, que precisaban de la asistencia de otra persona, se hacía desde otros sistemas de protección social ya existentes (Sempere, 2008).

Si bien las situaciones de discapacidad y dependencia no son equivalentes (González-Rodríguez, 2017), bien es verdad que la dependencia supone el apoyo de una tercera persona para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (Sánchez-Urán, 2009). Por ello, las personas con diversidad funcional constituyen una parte importante de los beneficiarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en España (SAAD).

Dentro de su catálogo de servicios encontramos diferentes tipos de prestaciones. Si las vinculamos con las diferentes tipologías del cuidado que postula Carrasco (2006) podemos establecer las siguientes vías mediante las que se concreta la atención: mercado, sector público y trabajo no remunerado. Según Carrasco (2006), la vía principal de atención en España, es decir, la más representativa, se

materializa a través del trabajo no remunerado que prestan a la persona en situación de dependencia personas de su red familiar e informal. De forma más pormenorizada Fernández-de-Larrinoa *et al.* (2011) detallan que el perfil más frecuente de persona cuidadora corresponde a una mujer de 60 años aproximadamente que, a causa de llevar años realizando esta labor, muestra una percepción de su salud peor que el resto de la población, derivando en una peor calidad de vida.

Dentro del catálogo del SAAD podemos identificar 3 prestaciones que implican unas intervenciones de apoyo en la realización de las actividades de la vida diaria para personas beneficiarias del sistema y que residen en sus hogares: 1) el servicio de ayuda a domicilio; 2) la prestación económica de asistencia personal; y 3) la prestación económica de cuidados familiares.

El *servicio de ayuda a domicilio* es claramente un servicio profesionalizado, prestado por entidades públicas o bien por entidades privadas, que realizan apoyo en actividades de carácter personal y/o doméstico en el propio domicilio de la persona en situación de dependencia. Los/las profesionales que desempeñan esta ocupación laboral cuentan con titulación de formación profesional o bien con un certificado de profesionalidad equivalente.

La *prestación económica de cuidados familiares* supone una cuantía monetaria dirigida a “soportar” los gastos directos extraordinarios que la persona en situación de dependencia tiene a diario. El beneficiario de la prestación es la persona dependiente y no la persona cuidadora. Por ello, cumple los requisitos de cuidado informal que postulan Andersson, Levin y Emtinger (2002): (a) es desarrollado por personas de la red social del receptor del

cuidado y (b) se provee de forma voluntaria, sin que medie ninguna organización ni remuneración. En este último caso, solo tendrá cabida una remuneración o compensación de tipo claramente ocasional (Rogeró, 2010). En esta tipología de cuidados informales continúa prevaleciendo con mayor representatividad el género femenino. Así, según los datos facilitados por el IMSERSO, referidos a 31 de marzo de 2018, el perfil de las personas cuidadoras con reconocimiento de esta prestación está configurado en un 88,8 % por mujeres y un 11,2 % de hombres¹. Mayobre y Vázquez (2015) esgrimen diferentes causas tales como prescripciones de género, posición de clase, obligaciones sociales o imperativos morales, factores que se interiorizan en el proceso de socialización y que les impiden a las mujeres, en muchas ocasiones, plantearse la posibilidad de elegir.

El tercer foco de análisis es la prestación de asistencia personal (PEAP). La *asistencia personal* es un servicio de apoyo a las personas con diversidad funcional, no desarrollado en el ámbito de los servicios sociales de España hasta hace poco, pero que lleva más de 30 años establecido en países como EE.UU., Suecia, Gran Bretaña, Noruega, Brasil, etc. (Rueda, 2013).

En el mundo de la diversidad funcional, una de las organizaciones que más se ha movilizado por la puesta en práctica de la figura de asistencia personal fue, y continúa siendo en la actualidad, el Movimiento de Vida Independiente. Este movimiento, surgido en Estados Unidos (Berkeley) en los años 60, entiende la asistencia personal como un apoyo para las personas con diversidad funcional, para así facilitar la recuperación de su autonomía (Carbonell, 2017). Rodríguez-Picavea define al asistente personal como *"aquella persona que ayuda a otra a desarrollar su vida, esto es, que realiza o*

ayuda a realizar las tareas de la vida diaria a otra persona que, por su situación, bien sea por una diversidad funcional, o por otros motivos, no puede realizarlas por sí misma" (2007, p. 117). Se trata, por tanto, de una figura de apoyo (Arnau, 2006; Planas, 2013) que, asimismo, tiene como objetivo el empoderamiento de las personas con diversidad funcional o en situación de dependencia (Suñe y Martínez-García, 2015).

Al respecto de las tareas que desarrolla un asistente personal, siguiendo a Rodríguez-Picavea y Romanach (2006) podemos dividir las y agruparlas en diferentes áreas: 1) tareas personales; 2) tareas del hogar; 3) tareas de acompañamiento; 4) tareas de conducción; 5) tareas de comunicación; 6) tareas de coordinación; 7) tareas excepcionales; y 8) tareas especiales.

Oliveira, Barbosa, Fernandes y Fernandes (2017) indican que debe mejorarse la promoción de la autonomía, tanto en las personas con diversidad funcional como con las personas mayores, así como una mejor comprensión de sus necesidades individuales, principio que genera un consenso mayoritario entre la comunidad científica. La prestación de asistencia personal supone, en línea con este posicionamiento, un apoyo más amplio que en las propias tareas domésticas o en los cuidados personales, como son por ejemplo la planificación del día a día y la toma de decisiones, apoyo en situaciones especiales de crisis, acompañamientos específicos, así como el apoyo en actividades propias del área afectivo-sexual (González-Rodríguez, Gandoy y Verde, 2014).

La finalidad principal de este trabajo es conocer la implantación en España de la figura del asistente personal para personas con diversidad funcional. Pretendemos, asimismo, analizar si es una figura conocida entre los profesionales de la enfermería, así

como explorar si lo consideran un servicio profesionalizado (frente a los cuidados familiares) que pueda suponer un nuevo nicho de trabajo para este colectivo profesional.

METODOLOGÍA

Para la realización de nuestra investigación se utilizó un abordaje mixto. Por una parte, una explotación de datos secundarios de organismos oficiales para su posterior análisis. Asimismo, se realizó un estudio cualitativo donde se recogieron datos a través de entrevistas semiestructuradas a 11 profesionales de la enfermería. Este personal de enfermería (10 mujeres y 1 hombre, con edades comprendidas entre los 25 y los 53 años) trabaja en el Sistema de salud público de la región de Galicia (noroeste de España). Todos ellos fueron invitados a participar de forma telefónica y, previamente a ser entrevistados, prestaron un consentimiento informado por escrito donde se les explicaban los objetivos y alcance de la investigación a realizar.

RESULTADOS

Características de la muestra

Las principales características sociodemográficas y profesionales de la población objeto de estudio se presentan en la tabla 1. Como puede observarse, la muestra final resultante la conforman 11 enfermeros/as, de las cuales 10 eran mujeres (90,9%). Sus edades estaban comprendidas entre los 25 y los 53 años (M=40; DT=9,7).

Respecto al nivel máximo de estudios alcanzado, prácticamente la mitad (45,45%) están en posesión únicamente de la diplomatura universitaria en enfermería. Dos han obtenido el título de grado en enfermería y cuatro han alcanzado el segundo ciclo universitario (llegando una de ellas a la obtención del doctorado a través de un programa de Antropología Social y Cultural). Como se ha hecho referencia en el apartado Metodología, todos los sujetos que componen la muestra son trabajadores/as en el Servicio público de salud de Galicia. El 45,45% trabajan en atención primaria de salud y el 54,55% en servicios o unidades correspondientes a atención especializada (tanto hospitalaria como ambulatoria).

TABLA 1: Características sociodemográficas y laborales de la muestra

N.º de entrevista	Género	Edad	Mayor grado académico alcanzado	Nivel de atención en el que trabaja
E1	Mujer	25	Grado	Atención primaria
E2	Mujer	53	Diplomatura	Atención primaria
E3	Mujer	46	Diplomatura	Atención primaria
E4	Mujer	34	Máster	Atención especializada
E5	Mujer	27	Grado	Atención especializada
E6	Mujer	49	Diplomatura	Atención especializada
E7	Hombre	36	Máster	Atención primaria
E8	Mujer	43	Doctorado	Atención especializada
E9	Mujer	47	Diplomatura	Atención especializada
E10	Mujer	51	Diplomatura	Atención especializada
E11	Mujer	29	Máster	Atención primaria

Implantación de la figura de asistente personal en España

Como se exponía con anterioridad, el servicio de asistencia personal es una prestación reconocida recientemente desde el ámbito público a través del SAAD y, por tanto, con poco recorrido en la cotidianidad de los profesionales que realizan intervenciones en el ámbito sociosanitario.

Si bien inicialmente se apuntaba a su desconocimiento por parte de los profesionales, se esperaba un mayor desarrollo en su implantación. Sin embargo,

si observamos la evolución en las prestaciones resueltas en el año 2013, respecto a la actualidad del 2018, apenas observamos diferencias significativas. Prestaciones como la Teleasistencia o la Ayuda a domicilio se incrementaron en 3 y 4 puntos respectivamente. Por el contrario, el servicio de asistencia personal pasó de un ínfimo 0,15% a un 0,54%. Continúa siendo la última prestación reconocida de entre todas las incluidas en el catálogo de prestaciones y servicios del SAAD (tabla 2).

TABLA 2: Prestaciones reconocidas dentro del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

Tipología de prestación	2013		2018	
	N.	%	N.	%
Prevención dependencia y promoción de la autonomía personal	20.994	2,22	48.453	4,05
Teleasistencia	120.457	12,75	188.518	15,75
Ayuda a domicilio	120.962	12,80	202.407	16,91
Centros de día/noche	70.343	7,44	91.460	7,64
Atención residencial	130.424	13,80	158.457	13,24
Prestación económica vinculada al servicio	72.029	7,62	114.716	9,58
Prestación económica de cuidados familiares	408.401	43,21	386.511	32,29
Prestación económica de asistencia personal	1.441	0,15	6.463	0,54

Nota.- FUENTE: Datos estadísticos SAAD (IMSERSO, diciembre 2013; marzo 2018)²

Asimismo, si observamos el ámbito territorial donde se están resolviendo estos servicios observamos que, con una diferencia notable, es el País Vasco la comunidad autónoma donde las resoluciones son más significativas, representando un 85,97% respecto de la totalidad de prestaciones de asistencia personal reconocidas en el conjunto del Estado. Si a País Vasco sumamos Castilla y León (10,34%), prácticamente representan todas las prestaciones reconocidas (tabla 3).

Conocimiento del servicio de asistencia personal por parte del personal de enfermería

Las respuestas dadas por el personal de enfermería entrevistado, respecto al conocimiento del servicio de asistencia personal, fueron muy poco homogéneas en muchas ocasiones. Así, mayoritariamente identificaban el servicio de asistencia personal con el servicio de ayuda a domicilio. Una de las entrevistadas manifestaba que “no era conocedora de las diferentes tipologías de servicios y entendía que representaban la misma prestación, siendo proporcionado siempre por personal de ayuda a domicilio” (E9).

TABLA 3: Prestaciones reconocidas de asistencia personal en el SAAD, según el ámbito territorial

Ámbito Territorial	2018	
	N	% ²
Andalucía	9	0,00
Aragón	0	0,00
Asturias (Principado de)	1	0,00
Illes Balears	0	0,00
Canarias	0	0,00
Cantabria	0	0,00
Castilla y León	668	0,57
Castilla-La Mancha	19	0,03
Catalunya	19	0,01
Comunitat Valenciana	6	0,01
Extremadura	0	0,00
Galicia	104	0,16
Madrid (Comunidad de)	79	0,05
Murcia (Región de)	0	0,00
Navarra (Comunidad Foral de)	2	0,01
País Vasco	5.556	7,38
La Rioja	0	0,00
Ceuta y Melilla	0	0,00
TOTAL	6.463	0,54

Nota.- FUENTE: Datos estadísticos SAAD (IMSERSO, marzo 2018)²

La totalidad de las personas entrevistadas asumían que las tareas a realizar, propias de un asistente personal, suponían el apoyo en la realización de las actividades básicas de la vida diaria tales como aseo, alimentación y vestido. Sin embargo, solo tres de ellos (E1, E4 y E8) hacían referencia al respecto del apoyo en la autonomía en la toma de decisiones, acompañamientos en los ámbitos educativo y/o laboral y apoyo en la esfera afectivo-sexual. Asimismo, todos ellos diferenciaban claramente que el servicio de asistencia personal no tiene nada que ver con otros servicios de apoyo a nivel domiciliario y con intervenciones en mayor medida competencia de los servicios de salud, tales como la prestación de

enfermería de atención primaria de salud en el domicilio de la persona u otras prestaciones de salud como la hospitalización domiciliaria.

Al respecto de la edad de las personas en situación de dependencia, resultó significativo que ninguno de ellos contempló la posibilidad de que la persona que necesitaba apoyo pudiese ser una persona menor de edad, esto es, encuadrada en el colectivo etario de infancia y adolescencia. Si bien algunos de ellos/as contemplaron únicamente la prestación para personas jóvenes con discapacidad (E1, E4, E7 y E11), el resto de entrevistados entendió que los beneficiarios de la prestación podrían ser personas con

diversidad funcional, así como personas mayores con necesidades de apoyo específicas.

Una vez explicada la finalidad, objeto y beneficiarios de la prestación de asistencia personal, se indagó sobre qué perfil de titulados/as debería prestar ese servicio. En este punto, sí entendían mayoritariamente que debía exigirse una titulación superior del ámbito social y/o sanitario, como por ejemplo enfermería. Esgrimían argumentos tales como: *“es necesaria una formación específica para intervenir en determinados procesos que puedan suponer una urgencia, por ejemplo, un paciente con medidas de apoyo tales como alimentación artificial u oxigenoterapia”* (E10). Además, en otros perfiles de beneficiario como el caso de personas con enfermedad mental, otra enfermera manifestaba que *“fíjate si es específico que, la atención en enfermedad mental es una especialización propia dentro de enfermería (EIR). Entiendo que quien intervenga con situaciones tan específicas debe tener no solo un conocimiento previo del abordaje clínico adecuado sino también de los procesos de intervención e integración comunitaria”* (E11). Dos de las entrevistadas (E4 y E8) resaltaban la tarea de apoyo en la toma de decisiones. Manifestaban que estas funciones tan específicas podrían suponer dilemas éticos importantes, por lo que entendían que *“para suscitar este tipo de dudas en las intervenciones, era necesario que la formación previa de los profesionales incluyese cuestiones de ética y deontología profesional”*.

Todos ellos manifestaron que consideraban que, entre todas las titulaciones universitarias del ámbito social y sanitario, entendían que también el personal de enfermería podría ser susceptible de desempeñar las funciones de un asistente personal, si bien situaban un encaje vinculado más a patologías físicas y

que precisasen, en mayor grado, medidas de apoyo en salud específicas. En ningún caso se aceptó considerar este servicio dentro del marco de los cuidados informales, entendiendo además que debería ser prestado bien por la administración pública bien por entidades acreditadas especializadas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como podemos comprobar, las vías familiares de cuidado continúan representando un porcentaje elevado de entre los cuidados que se prestan a las personas en situación de dependencia (entre el 30-40%)¹. Por lo tanto, podemos afirmar que los cuidados informales no han sido desplazados por la cobertura de servicios prestados por las Administraciones públicas o por las entidades de naturaleza privada.

De entre los nuevos servicios que ofrecen prestaciones diferentes a las ya clásicamente reconocidas dentro del ámbito sociosanitario se encuentra la de asistencia personal. Sin embargo, parece que solo País Vasco (y Castilla y León en menor medida) han realizado una apuesta clara y específica por el reconocimiento de esta prestación. López-Pérez (2012) realizó un estudio sobre la implantación de la PEAP y ya constataba que el desarrollo de esta prestación resultaba insuficiente. Apuntaba principalmente a la falta de desarrollo normativo específico, la falta de presupuesto económico y también a la falta de voluntad política.

González-Rodríguez *et al.* (2014) indican que, en el caso del País Vasco, esta voluntad política posibilitó el empuje hacia un reconocimiento de esta prestación para potenciar los derechos y la autonomía de las personas con diversidad funcional. Así, en un estudio realizado en la provincia de

Guipúzcoa se ha determinado que, de las 923 solicitudes de PEAP registradas hasta noviembre de 2013, 310 eran "migraciones" de prestaciones económicas de cuidados familiares a prestaciones de asistencia personal (Benedicto, 2013).

A pesar de que, en las últimas décadas, el modelo social y de reconocimiento de derechos para las personas con diversidad funcional va ganando espacio al tradicional modelo médico-rehabilitador entre el profesional técnico y las diferentes instituciones, parece que la materialización de este cambio continúa siendo demasiado lento.

Dadas sus características complejas y que exigen una formación específica importante, es recomendable que los profesionales que realizan funciones de asistencia personal estén debidamente capacitados. En línea con lo mentado por Matus-López (2015), el no control sobre la cualificación del profesional puede suponer una asistencia de baja calidad, llegando incluso a tener consecuencias para ambas partes. Los titulados en enfermería, junto con otros profesionales del ámbito social y/o sanitario, poseen la capacitación necesaria para ejercer este tipo de tareas.

Parece necesario realizar un esfuerzo para difundir e informar sobre la figura del asistente personal, tanto a las familias como entre el profesional técnico que realiza intervenciones en el marco sociosanitario. Sin duda, facilitar la accesibilidad a este tipo de prestaciones supone garantizar y extender el reconocimiento de derechos para las personas con diversidad funcional, para garantizar la igualdad y la integración en la sociedad en condiciones equiparables al resto de la ciudadanía.

BIBLIOGRAFÍA

- Andersson, A., Levin, L-A., y Emtinger, B.G. (2002). The economic burden of informal care. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 18(1), 46-54.
- Arnau, M. S. (2006). Ley de la "in-Dependencia": pasos necesarios para garantizar un nuevo derecho de ciudadanía. *Lan Harremanak*, 15(2), 41-64. Recuperado de http://www.ehu.es/ojs/index.php/Lan_Harremanak/article/view/3116.
- Benedicto, Z. (2013). La prestación económica de asistencia personal en el territorio histórico de Gipuzkoa. *Zerbitzuan*, 54, 67-84. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147.54.04>.
- Carbonell, G. J. (2017). El asistente personal para una vida independiente: una figura en construcción. *Revista de Derecho UNED*, 21, 187-216. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/RDUNED/article/view/21180/17477>.
- Carrasco, C. (2006). Presentación. *Revista de Economía Crítica*, 5, 5-6.
- Fernández-de-Larrinoa, P., Martínez-Rodríguez, S., Ortiz-Marqués, N., Carrasco, M., Solabarrieta, J., y Gómez-Marroquín, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, 23(3), 388-393.
- González-Rodríguez, R. (2017). Discapacidad vs Dependencia. Terminología diferencial y procedimiento para su reconocimiento. *Índex de Enfermería*, 26(3), 170-174.
- González-Rodríguez, R., Gandoy, M. y Verde, C. (2014). Aproximación al servicio de asistencia personal y su implantación en España. Perfil del beneficiario de la prestación en Galicia. *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social*, 21, 119-141.
- Instituto Nacional de Estadística. (2008). *Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia*. Disponible en http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&idp=1254735573175.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 299, de 15 de diciembre de 2006.
- López-Pérez, M. (2012). Prestación económica de asistencia personal: asignatura pendiente de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. *Portularia*, 12(Extra), 111-120.

- Matus-López, M. (2015). Pensando en políticas de cuidados de larga duración para América Latina. *Salud Colectiva*, 11(4), 485-496. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2015.785>.
- Mayobre, P. y Vázquez, I. (2015). Cuidar cuesta: un análisis del cuidado desde la perspectiva de género. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 151, 83-100. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.151.83>.
- Oliveira, S. M., Barbosa, K. T. F., Oliveira, M. R. L., Fernandes, W. A. A. B., y Fernandes, M. G. M. (2017). Determinantes sociales, económicos y ambientales de envejecimiento activo en ancianos atendidos en un centro de atención integral a la salud. *Cultura de los Cuidados* (Edición Digital), 21(49). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.49.17>.
- Pereira, C. (2003). Envelhecimento com dependencia: responsabilidades e demandas da familia. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 733-781. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300009>.
- Planas, M. J. (2013). El asistente personal para las personas con diversidad funcional: una herramienta para el cumplimiento de derechos. *Trabajo Social Hoy*, 1(68), 31-54. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5254333>.
- Rodríguez-Picavea, A. (2007). Reflexiones en torno a la figura del asistente personal para la vida independiente y la promoción de la autonomía de las personas con diversidad funcional (discapacidad). *Zerbitzuan*, 41, 115-128. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2335334.pdf>.
- Rodríguez-Picavea, A., y Romanach, J. (2006). *Consideraciones sobre la figura del Asistente Personal en el Proyecto de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. Recuperado de <http://www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/14123.pdf>.
- Rogero, J. (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Rueda, M. (2013). *Análisis comparativo de las iniciativas de vida independiente en España*. Recuperado de <http://www.forovidaindependiente.org>.
- Sánchez-Urán, Y. (2009). La nueva protección de la dependencia: naturaleza. En R. Roqueta (Coord.). *La situación de dependencia: Régimen jurídico aplicable tras el desarrollo estatal y autonómico de la Ley de Dependencia* (pp. 29-57). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Sempere, A. V. (2008). Presupuestos, antecedentes y gestación de la Ley. En A.V. Sempere (Dir.). *Comentario sistemático a la Ley de la Dependencia* (pp. 77-112). Navarra: Thomson-Aranzadi.
- Suñe, A. y Martínez-García, I. (2015). La figura del asistente social. En E. Ortega (Coord.). *Situación de la Asistencia Personal en España* (pp. 18-22). Madrid: Plataforma representativa estatal de personas con discapacidad física. Recuperado de <http://www.predif.org/sites/default/files/documents/ASISTENCIA%20PERSONAL.pdf>.

NOTAS

⁽¹⁾ Accesibles en http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/saad/sisaad/estadisticas_sisaad/index.htm.

⁽²⁾ El porcentaje indicado en cada uno de los ámbitos territoriales no corresponde al porcentaje relativo del total de prestaciones del Estado, sino al porcentaje relativo de resoluciones de asistencia personal en cada una de las comunidades autónomas.

La violencia obstétrica bajo la perspectiva de los profesionales de enfermería involucrados en la asistencia al parto

Obstetric violence under the perspective of nursing professionals of the birth care

Violência obstétrica na perspectiva dos profissionais de enfermagem envolvidos na assistência ao parto

Samara Teles de Alexandria¹, Maria do Socorro Santos de Oliveira²,
Sabrina Martins Alves³, Maria Misrelma Moura Bessa⁴, Grayce
Alencar Albuquerque⁵, Milana Drumond Ramos Santana⁶

¹Enfermeira. Faculdade de Juazeiro do Norte, Brasil. Correo electrónico: samarateles2014@outlook.com

²Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Docente da Faculdade de Juazeiro do Norte, Brasil. Correo electrónico: maria.mariadosocorro.santos@hotmail.com

³Enfermeira. Especialista em Segurança do paciente e Docência do Ensino Superior. Docente da Faculdade de Juazeiro do Norte, Brasil. Correo electrónico: sabrina-m.alves@hotmail.com

⁴Doutora em Ciências da Saúde. Docente da Universidade Regional do Cariri, Brasil. Correo electrónico: mel_lang@hotmail.com

⁵Doutora em Ciências da Saúde. Professora permanente do Mestrado acadêmico em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, Brasil. Correo electrónico: geycyenfga@gmail.com

⁶PhD em Ciências da Saúde. Diretora acadêmica da Faculdade de Juazeiro do Norte, Brasil. Correo electrónico: mildrumond@hotmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Alexandria, S.T., Oliveira, M.^a S.S., Alves, S.M., Bessa, M.M.M. Albuquerque, G.A. & Santana, M.D.R. (2019) La violencia obstétrica bajo la perspectiva de los profesionales de enfermería involucrados en la asistencia al parto. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.12>

Correspondencia: Maria do Socorro Santos de Oliveira. Juazeiro do Norte, CE, Brasil

Correo electrónico de contacto: maria.mariadosocorro.santos@hotmail.com

Recibido: 11/11/2018; Aceptado: 24/01/2019



ABSTRACT

Objective: Evaluate the knowledge of nursing professionals involved in childbirth care about obstetric violence.

Method: This was a qualitative study in which nurses met the following inclusion criteria: being a nurse in the maternity hospital of the study, graduating for a minimum period of six months and working directly in childbirth care. A semi-structured

interview was performed using the data saturation criterion to close the collection. For the organization of the results the content analysis technique was used.

Results: The participating nurses pointed out the techniques, practices and manoeuvres they consider to be obstetric violence. It was identified from the experiences of professionals that the occurrence of obstetric violence is still quite

practiced. It was noticed that nursing professionals have knowledge about obstetric violence, as well as their practices.

Conclusion: Thus, it is pointed out that these problems, in their assistance, can be reduced through strategic actions and assistance protocols.

Keywords: Humanizing childbirth, obstetric nursing, midwifery, delivery rooms.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o conhecimento de profissionais de enfermagem envolvidos na assistência ao parto sobre violência obstétrica.

Método: Estudo de natureza qualitativa em que participaram da pesquisa enfermeiros(as) que atenderam aos critérios de inclusão: ser enfermeiro(a) da maternidade lócus do estudo, possuir graduação por um período mínimo de seis meses e trabalhar diretamente na assistência ao parto. Realizou-se entrevista semiestruturada, utilizando-se do critério de saturação dos dados para encerramento da coleta. Para a organização dos resultados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo.

Resultados: Os enfermeiros participantes apontaram quais as técnicas, práticas e manobras que consideram ser violência obstétrica. Foi identificado diante das experiências dos profissionais que a ocorrência da violência obstétrica ainda é bastante praticada. Percebeu-se que profissionais da enfermagem possuem conhecimentos acerca da violência obstétrica, como também as suas práticas.

Conclusão: Aponta-se assim a necessidade de que tais agravos, em sua assistência, possam ser reduzidos a partir de ações estratégicas e protocolos assistenciais.

Palavras-chave: Parto humanizado, enfermagem obstétrica, tocologia, salas de parto.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el conocimiento de profesionales de enfermería involucrados en la asistencia al parto acerca de la violencia obstétrica.

Método: Se trata de un estudio cualitativo en que participaron enfermeros que atendieron a los criterios de inclusión: ser enfermero (a) de la maternidad locus del estudio, poseer graduación por un período mínimo de seis meses y trabajar directamente en la asistencia al parto. Se realizó una entrevista semiestructurada, utilizando el criterio de saturación de los datos para el cierre de la recolección. Para la organización de los resultados se utilizó la técnica de análisis de contenido.

Resultados: Los enfermeros participantes apuntar cuáles son las técnicas, prácticas y maniobras que consideran ser violencia obstétrica. Fue identificado ante las experiencias de los profesionales que la ocurrencia de la violencia obstétrica todavía es bastante practicada. Se percibió que profesionales de enfermería poseen conocimientos acerca de la violencia obstétrica, así como sus prácticas.

Conclusión: Se apunta así la necesidad de que tales agravios, en su asistencia, puedan ser reducidos a partir de acciones estratégicas y protocolos asistenciales.

Palabras clave: Parto humanizado, enfermería obstétrica, tocología, salas de parto.

INTRODUÇÃO

A violência, provavelmente, sempre fez parte em algum momento da vida humana. Na atual conjuntura, esta é uma temática muito discutida, atingindo grupos populacionais, detidamente os mais vulneráveis (mulheres, crianças, idosos, minorias sexuais). Detidamente na mulher,

a violência obstétrica tem se tornado um assunto de importante pauta.

O conceito internacional de violência no parto define qualquer ato ou intervenção direcionada à parturiente ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências (Ferreira, Viana, Mesquita, 2014).

Sabe-se que, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeitos e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Esse tratamento viola o direito a vida, a saúde e a integridade, o que caracteriza-se como violência obstétrica, que pode ser definida por violência física, abusos verbais, humilhação profunda, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais do trabalho de parto, que causem a perda de autonomia e da capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade (Brasil, 2014).

Desta forma, ao direcionar os cuidados obstétricos antes, durante e após o parto, deve-se levar em consideração que toda mulher tem o direito legal a receber tratamento livre de danos e maus-tratos, obter informação, consentimento esclarecido com possibilidade de recusa e garantia de respeito às suas escolhas e preferências, incluindo acompanhante durante toda a internação na unidade obstétrica, privacidade e sigilo, ser tratada com dignidade e respeito, receber tratamento igual, livre de discriminação e atenção equitativa, receber cuidados profissionais e ter acesso ao mais alto nível possível de saúde com liberdade, autonomia, autodeterminação e não coerção (Diniz *et al.*, 2015). Atuar nestas perspectivas está em consonância com o processo de humanização da assistência.

Diante deste contexto, a humanização da assistência ainda se configura um desafio para os profissionais de saúde, para as instituições e para a sociedade no tocante ao trabalho de parto. Priorizar a humanização é uma forma de trazer benefícios à mãe e ao bebê, pois respeita os direitos da parturiente ao resgatar seu papel como protagonista, o que incentiva o parto natural. Conhecer as necessidades e características individuais de cada parturiente contribui não apenas para a melhoria da qualidade da assistência, como também para reduzir suas ansiedades e temores, permitindo um parto com pleno êxito (Brasil, 2013).

Desta forma, o cuidado obstétrico e o papel da enfermagem tem merecido destaque no estabelecimento da atenção humanística a parturiente, e vem contribuindo ao incentivo à fisiologia do parto e nascimentos humanos, reconfigurando o campo obstétrico com a perspectiva da humanização do parto (Ferreira, Viana, Mesquita, 2014).

Assim, cabe aos profissionais de enfermagem envolvidos com o trabalho de parto atuar de forma holística e humanizada, compreendendo as nuances deste momento único na vida da mulher, reduzindo potenciais danos e evitando ações que se materializem em atos de violência, devendo saber como evitá-los.

Diante deste contexto indaga-se: qual o conhecimento de profissionais envolvidos com a assistência ao parto sobre a violência obstétrica?

Pela expertise própria daqueles que prestam atenção ao parto, pelo incentivo através de políticas públicas e capacitações nas tentativas de qualificar o atendimento ao pré-parto e parto, é esperado que haja nos profissionais, conhecimento acerca de uma assistência humanizada, caracterizada por ações holísticas, livres de quaisquer atos

violentos e que possam garantir à parturiente a segurança de um trabalho de parto exitoso.

Por se tratar de uma temática incipiente, são necessários mais estudos acerca desse fenômeno, tendo em vista as repercussões materno-fetais que a violência obstétrica pode causar. Assim, este estudo pode contribuir para melhoria na assistência ao parto na perspectiva de proteger a mulher em um momento tão delicado na vida reprodutiva feminina.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento de profissionais de enfermagem envolvidos na assistência ao parto sobre violência obstétrica.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo. A pesquisa foi desenvolvida em uma maternidade de referência do município de Juazeiro do Norte, região Sul do Ceará, Brasil. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a maio do ano de 2017.

A população-alvo foi composta por 10 dos 15 enfermeiros do setor, que atenderam aos critérios de inclusão: ser enfermeiro (a) da maternidade de escolha, possuir diploma de graduação por um período mínimo de seis meses e trabalhar diretamente na assistência a mulher no período que antecede o parto, no momento do parto e pós parto.

Inicialmente solicitou-se à instituição lócus permissão para realização da coleta de dados. Após autorização concedida, realizou-se levantamento da lotação dos enfermeiros por escala na unidade de saúde. Desta forma o pesquisador se deslocou nos três turnos (manhã, tarde e noite) objetivando entrar em contato com os profissionais, avaliar os critérios de inclusão e convidar para participar da pesquisa. Após contato inicial e autorização para

participar da pesquisa, agendou-se as coletas. Dos 15 enfermeiros contatados realizou-se coleta com 10, visto que neste momento identificou-se a saturação dos discursos, ou seja, a repetição dos dados apresentados.

Para instrumento de coleta de dados foi realizado uma entrevista semiestruturada. O investigador possuía em mãos uma lista de questões ou tópicos para serem preenchidos ou respondidos, como se fosse um guia. Esse guia norteou a forma para a comunicação entre o pesquisador e o profissional. A aplicação do instrumento de pesquisa aconteceu após explicação de todos os procedimentos da pesquisa e demais informações referentes ao tema estudado, e a mesma ocorreu de forma individual e numa sala da unidade utilizada para as palestras e reuniões, arejada e com boa iluminação, garantindo-se a privacidade no fornecimento de informações. Ainda, objetivando o sigilo das informações, os profissionais entrevistados foram nomeados com nomes relativos à ENF1 a ENF10.

Para a organização dos resultados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2011), definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens em três fases: 1) Pré-análise; 2) Exploração do material; 3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Após a organização emergiram as seguintes categorias: Categoria 1.- Conhecimento dos profissionais sobre o conceito de violência obstétrica; Categoria 2.- Práticas, técnicas e manobras que os profissionais consideram como violência obstétrica; Categoria 3.- Violência obstétrica nos serviços de saúde: direitos das parturientes.

O estudo respeitou as exigências formais

contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade de Juazeiro do Norte com o número: 1.974.449.

RESULTADOS

De acordo com os profissionais da pesquisa, a maioria dos participantes era do sexo feminino, predominando-se a faixa etária entre os 27 e 36 anos de idade. Evidencia-se também que grande parte considera-se da cor parda e que dentre eles a maioria são casados. Já em relação ao tempo de atuação dos profissionais na maternidade e o tipo de especialização que possuem pôde-se identificar que apenas 20% dos profissionais que prestam assistência ao trabalho de parto possuem especialização na área que atuam.

A seguir, discute-se o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre violência obstétrica de acordo com sua experiência na maternidade no período de pré-parto, parto e pós-parto.

Categoria 1: Conhecimento dos profissionais sobre o conceito de violência obstétrica

A violência na atenção obstétrica vem ocorrendo em diversos espaços de saúde, sendo praticadas pelos próprios profissionais que realizam intervenções e práticas desnecessárias resultando em violações dos direitos da cliente (Brasil, 2014).

Desta forma é de suma importância que os profissionais expressem como concebem violência obstétrica, como exposto: *São práticas realizadas por qualquer profissional que preste assistência a mulher que inclui o trabalho de parto em si, agressões verbais, recusar*

atendimentos, privação de acompanhante (ENF1). Atitudes ou ações da equipe, que descumprem os direitos da parturiente, abusos verbais intervenções e praticas desnecessárias (ENF2). É sobre tudo a apropriação dos corpos, e dos processos naturais do trabalho de parto por profissionais envolvidos neste processo (ENF6). Agressões físicas ou verbais contra a mulher, abuso de medicação, atendimento desumanizado durante o período de pré-parto, parto e pós-parto por profissionais que prestam assistência a cliente (ENF7). Todo tratamento para com a cliente, que exponha a mesma ou que vá contra seus princípios e vontades (ENF10).

Diante dos relatos, percebeu-se amplo conhecimento dos profissionais enfermeiros acerca desse tipo de violência na atenção obstétrica, ato este o qual é praticado contra as parturientes na maternidade, seja no período de pré-parto, parto e pós-parto.

Categoria 2: Práticas, técnicas e manobras que os profissionais consideram como violência obstétrica

A partir do questionamento de quais práticas, técnicas e manobras realizadas durante a assistência as mulheres durante o trabalho de parto e parto, as quais são consideradas violência obstétrica, surgiram várias respostas: *Separar a mãe do recém-nascido saudável, tricotomia, episiotomia e jejum (ENF2). Recusa da admissão na maternidade, realizar cesariana sem indicação médica ou sem consentimento da cliente, privação de alimentos e episiotomia sem comunicar a cliente (ENF4). Manobra de kristeller, ocitocina rotineira, tricotomia sem consentimento da cliente, agressões verbais (ENF5). Episiotomia, palavras ofensivas, toque vaginal excessivo, proibir a entrada de acompanhante (ENF6). Não informar a mulher sobre o procedimento realizado, negação farmacológica ou não farmacológica para alívio da dor, kristeller (ENF8).*

Categoria 3: Violência obstétrica nos serviços de saúde: direitos das parturientes

A prática de humanização do parto prevê uma assistência holística à cliente em processo parturitivo e a contemplação de direitos sexuais e reprodutivos. No entanto, esses direitos muitas vezes são negados, pelos profissionais e instituições, o que se configura como violência obstétrica. No entanto, observou-se conhecimento dos profissionais enfermeiros sobre os direitos das parturientes, como mostram os relatos: *Direito à alimentação, direito a acompanhante de livre escolha, direito a medicação para alívio da dor, direito a sala restrita para não espor sua privacidade. Acho que apenas alguns desses direitos são respeitados (ENF2). Direito a acompanhante, direito a posição de parir, direito a um bom atendimento. Acho que esses direitos são respeitados nos serviços de saúde (ENF4). Direito a assistência digna, direito a informações sobre os procedimentos realizados, direito a alimentação e acompanhante de livre escolha. Acho que alguns desses direitos são respeitados (ENF5). Direito a admissão na maternidade, direito a acompanhante durante toda internação, direito a alívio da dor farmacológica ou não farmacológica, direito a vínculo entre mãe e filho. Acho que os direitos são respeitados (ENF9). Direito a parir da forma que deseja, direito a alimentação, direito a profissionais habilitados para cuidados com sua saúde, direito a atendimento respeitoso. Acho que os direitos são respeitados (ENF10).*

DISCUSSÃO

Sabe-se que o conceito de violência obstétrica é expresso principalmente pela negligência na assistência, discriminação social, violência verbal, física e psicológica, sendo também considerado ato de violência obstétrica, o uso inadequado de tecnologias

e a adoção de procedimentos durante o ciclo gravídico-puerperal sem o consentimento explícito e informado da gestante/parturiente, ferindo os princípios dos direitos individuais da mulher. Esses atos de violência podem ser cometidos por profissionais ou até mesmo por instituições, e ainda podem contribuir para complicações ou efeitos indesejáveis ao binômio mãe-filho (Andrade *et al.*, 2016).

Os achados corroboram com os conceitos acima, em que profissionais de saúde apresentam conhecimento quanto à violência obstétrica. Em sua maioria, os participantes apontaram que as agressões verbais são as principais formas de manifestação de violência obstétrica, com potencial dano ao estabelecimento de comunicação com a paciente, a partir da adoção de palavras constrangedoras e citações irônicas não apropriadas para a prestação de um serviço de saúde (Diniz, 2014).

Assim, atitudes para minimizar atos de violências obstétricas devem ser apresentadas a toda a equipe multiprofissional de saúde. Mas para esse reconhecimento é necessário mais conhecimento sobre práticas irregulares e desrespeitosas praticadas pelos próprios profissionais (Luz, Assis, Rezende, 2015), tendo o enfermeiro destaque nesse momento, por ser o profissional que na maioria das vezes mantém maior contato com a puérpera.

De fato, a Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza que o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados e recomenda uma maior participação do enfermeiro na atenção ao parto, tomando como referência a ideia de que sua formação é orientada para o cuidado, e não para a intervenção (Brasil, 2014).

Assim, o enfermeiro pode contribuir efetivamente para a melhoria da qualidade da saúde materno-infantil. Como membro de uma equipe multiprofissional, e sendo sua assistência a mais frequente durante o processo de parturição, o enfermeiro como protagonista do cuidado, tem o papel de gerir na sua equipe os princípios de uma atenção isenta de violência.

Então, o conhecimento da enfermagem sobre violência obstétrica, já que este possui maior vínculo com a paciente, pode fundamentar ações dos profissionais de saúde livre de danos, e contribuir efetivamente para a melhoria da qualidade da saúde materno-infantil (Diniz *et al.*, 2014).

Desta forma, percebe-se o quanto é necessário que os profissionais que prestam assistência ao parto possuam conhecimentos acerca da violência obstétrica, para que assim a sua assistência seja humanizada e de forma holística (Brasil, 2013) e para isto, uma maior difusão acerca dos tipos de violência obstétrica seria essencial para minimização dessa prática. Muitas vezes pode existir o desconhecimento sobre práticas/atos de violência obstétrica, o que pode acarretar uma maximização de sua ocorrência (Luz, Assis, Rezende, 2015), a exemplo da mecanização da assistência e a falta de comunicação antes e durante os procedimentos.

Em estudo realizado por Teixeira e Pereira (2006) foi possível observar que as práticas que são conduzidas dentro dos serviços de saúde, revelam profissionais que desenvolvem as atividades que lhe competem de forma técnica, aumentando a morbidade e mortalidade maternas e colocando em risco as vidas das mulheres parturientes e de sua prole, mesmo que estas pensem que estão tendo uma assistência “mais segura” dentro do hospital.

Para além desta prática, é importante

ressaltar outras que são consideradas violência, destacando-se procedimentos e manobras que são realizados rotineiramente em trabalhos de parto e que podem estar associados com a ocorrência desta violência.

Para tanto, evidenciou-se que os profissionais de saúde apontam quais as técnicas, práticas e manobras consideram ser violência obstétrica como revelado nos resultados.

Uma destas práticas é a episiotomia, termo referente a uma incisão no períneo e que auxilia na saída do feto, que acontece de forma indiscriminada e rotineira, muitas vezes sem o consentimento prévio da parturiente e que constitui uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher e uma violação da integridade corporal feminina. A grande questão reside no fato de muitas vezes ser realizada sem um aviso prévio o que pode configurar alguma violência (Zacher, 2015).

Outro procedimento comentado foi a utilização da ocitocina. Terapêutica usada de forma rotineira e repetidamente com a finalidade de abreviar o trabalho de parto ou acelerar o nascimento e que em sua maioria elevam a dor durante o trabalho de parto em decorrência da infusão intravenosa desse medicamento (Santos, 2012).

A manobra de Kristeller, que pode ser compreendida como uma compressão mecânica do abdome para tornar mais rápida a expulsão do feto, além do aspecto físico da dor, pode oferecer riscos de lesões tanto para a paciente quanto para o feto (Tesser, Knobel, Andrezzo, 2015). Médicos afirmam que os riscos potenciais do uso dessa manobra “incluem a ruptura uterina, lesão do esfíncter anal, fraturas em recém-nascidos ou dano cerebral, dentre outros”. Por conta disso, o Ministério da Saúde classificou a Manobra de Kristeller como sendo uma prática claramente prejudicial ou

ineficaz que deve ser eliminada (Leal *et al.*, 2014).

Já o toque vaginal excessivo é um procedimento invasivo e doloroso que pode provocar sequelas físicas e emocionais, muitas vezes praticado repetidamente sem justificativa. O aceleração do parto através do uso de ocitócitos e a ruptura artificial de membranas que quando realizadas sem necessidade clínica se caracterizam como violência no momento do parto (Zacher, 2015).

Outro procedimento considerado desnecessário realizados apontado como violência obstétrica é a tricotomia, procedimento comum que visa diminuir os índices de infecção e facilitar a sutura perineal em caso de laceração ou episiotomia. Estudos comprovam que o potencial de complicações provenientes de tricotomia, trazem mais malefícios que benefícios (Leal *et al.*, 2015).

Dado a possibilidade de ocorrência de tais práticas violentas, é essencial o conhecimento dos profissionais acerca das mesmas, para que além de evitá-las, consiga-se identificar essas práticas nos serviços de saúde (Santos, 2012).

Já em relação ao atendimento dos direitos das mulheres no intuito de não se promover violência obstétrica, verifica-se que os profissionais enfermeiros (as) entrevistados (as) tem conhecimento quanto aos mesmos, embora apontem que em alguns momentos acreditam que estes são negados dentro de instituições de saúde, podendo tal fato estar relacionado tanto à assistência que os profissionais prestam as pacientes quanto à própria filosofia que a instituição adota. Em todos os casos é necessária uma abordagem adequada que permita um parto humanizado (Zacher, 2015).

Para tanto, as parturientes têm o direito de serem atendidas assim que procuram um

serviço de saúde, serem transferidas em transporte adequado e seguro, e principalmente ter a presença de profissionais habilitados para realização de cuidado (Leal *et al.*, 2015).

Já em relação às técnicas de analgesia medicamentosa e não medicamentosa como massagem, uso de óleos, mudanças de posições que favorecem o trabalho de parto, estudos aponta que rotineiramente não são utilizadas nas maternidades onde as mulheres muitas vezes são obrigadas a permanecer deitada na posição horizontal, que além de retardar o trabalho de parto, aumenta as dores (Leal *et al.*, 2014).

O direito de ir e vir também muitas vezes é infringido. A liberdade para caminhar e para mudar de posição é benéfica para a mulher em trabalho de parto, pois favorece o aumento das contrações uterinas, diminui as dores. A posição de cócoras, por exemplo, diminui o comprimento do canal de parto, aumenta a abertura da pélvis e torna o trabalho de parto mais eficiente e a utilização de água morna, seja por imersão em uma banheira ou em um chuveiro quente, ajuda no alívio a dor (Texeira, Pereira, 2006).

Quando há despreparo de profissionais e déficit de conhecimento das gestantes sobre o assunto, existe maior possibilidade para ocorrência de violência obstétrica. Isso, por exemplo, é observado diante a não permissão para se ter acompanhante, fato que é previsto em lei e faz parte das diretrizes de Política de Humanização do Parto e Nascimento (Kampt, 2013). Embora a lei 11.108/05 garanta as parturientes o direito à presença de acompanhante de sua escolha no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS e a portaria GM/MS 2418/05 estenda este mesmo direito às mulheres assistidas nas instituições privadas, esta não é a realidade

de grande parte dos hospitais brasileiros (Brasil, 2006).

Por fim, com o desenvolvimento de novas tecnologias houve progresso no atendimento obstétrico. Dessa forma as intervenções que deveriam ser realizadas em situações específicas, passaram a ser rotina no atendimento. Com todo esse avanço e atualizações, ainda se verifica negligência na prestação da assistência as mulheres no momento de parturição (Brasil, 2014). E essa realidade é passível de ocorrência no universo da enfermagem, responsável pelo cuidar.

Vale ressaltar que o cuidar não se limita apenas ao aspecto técnico, à realização de uma tarefa ou procedimento, engloba atitudes que possibilitam atender o outro com dignidade humana, envolvendo ações, atitudes que se fundamentam no conhecimento científico, técnico, pessoal, cultural, social, econômico, buscando a promoção, manutenção e recuperação da saúde, considerando-se a tecnologia do cuidado como um conjunto de técnicas, ferramentas e saberes científicos aplicados nas ações de enfermagem (Texeira Pereira, 2006).

Assim, nota-se que a violência obstétrica é uma temática que merece ser mais abordado no contexto da saúde, pois é um importante problema na saúde pública, considerando as altas taxas de violência obstétrica que são praticados e muitas vezes subnotificados. As diversas interfaces desse contexto devem ser analisadas para que a execução de um cuidado integral e humanizado a parturiente seja executado de forma correta e efetiva.

CONCLUSÃO

Percebeu-se que há amplo conhecimento dos profissionais da enfermagem

envolvidos na assistência ao parto acerca da violência obstétrica, quais as práticas que caracterizam esta violência e quais direitos são necessários ser respeitados para sua não ocorrência.

Embora com resultados relevantes, há de se considerar algumas limitações do estudo, como a amostra, embora considerada a saturação dos dados. Assim, há a necessidade de desenvolvimento de novos estudos com maior número de participantes e em outros cenários, afim de obter uma compreensão ampliada da problemática em questão. Além disso, o método de estudo adotado, de abordagem qualitativa, permite referir-se apenas a um universo restrito, pequeno, porém com elevada profundidade.

REFERÊNCIAS

- Andrade, P.O.N., Silva, J.Q.P., Diniz, C.M.M.D. & Caminha, M.F.C.C. (2016). Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em recife, Pernambuco. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, 16(1), 29-37.
- Bardin, L. *Análise de conteúdo*. (2011). São Paulo: Edições 70.
- BRASIL. Lei 11.108, de 7 de abril de 2005. (2006). Dispõe sobre o direito de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm.
- Diniz, S.G., Salgado, H.O., Andrezzo, H.F.A., Carvalho, P.G.C., Carvalho, P.C.A. & Aguiar, C.A. (2015). Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Revista Brasileiro Crescimento Desenvolvimento Humano*, 25(3), 377-84.
- Diniz, S.G. (2014). O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso. *Interface Botucatu*, (48),217-20. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1801/180130050020.pdf>.
- Ferreira, K.M., Viana, L.V.M. & Mesquita, M.A.S.B.

- (2014) Humanização do parto normal: uma revisão de literatura. *Revista Saúde Foco*, 1(2), 134-48. Recuperado de <http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/sau-deemfoco/article/view/245>.
- Kampf, C. (2013). Modelo obstétrico brasileiro ignora evidências científicas e recomendações da oms na assistência ao parto. *Com Ciência*, 10(7), 87-92.
 - Leal, M.C., Pereira, A.P.E., Domingues, R.M.S.M., Filha, M.M.T., Dias, M.A.B., Nakamura, P.M., Bastos, M.H. & Gama, S.G.N. (2014). Ampliando o debate. *Cad. Saúde Pública*, 30(1), 43-47. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0043.pdf>.
 - Leal, M.C., Theme, F.M.M., Moura, E.C. & Santos, L.M.P. (2015). Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia legal e no nordeste. *Revista brasileira de saúde materno infantil*, 15(1), 91-104.
 - Luz, N.F., Assis, T.R. & Rezende, F.R. (2015). Puérperas adolescentes: percepções relacionadas ao pré-natal e ao parto. *ABCS Health Sci*, 40(2), 210-16. Recuperado de: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs>.
 - Ministério da Saúde (BR). (2013). *Constituição de 1988 é marco na proteção às mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde.
 - Ministério da Saúde (BR). (2014). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
 - Ministério da Saúde (BR). (2014). *Projeto de lei 7633/14. Sobre a humanização da assistência à mulher parturiente e ao neonato*. Brasília: Ministério da Saúde.
 - Santos, L.M. & Pereira, S.S.C. (2012). Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 22(1), 77-97. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a05.pdf>.
 - Tesser, C.D., Knobel, R. & Andrezzo, H.F.A. (2015). Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 10(35), 1-24.
 - Texeira, N.Z.F. & Pereira, W.R. (2006). Parto Hospitalar-Experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. *Rev. Brasileira de Enfermagem*, 59(6), 740-44. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a04.pdf>.
 - Zacher, L. (2015). Obstetrics in a time of violence: mexican midwives critique routine hospital practices. *Med Anthropol Quarterly*, 29(4), 437-54.

Experiencias de cuidado de las mujeres boyacenses, sometidas a mastectomía por cáncer de mama

Experiences of caring for Boyaca women submitted to mastectomy by cancer de seno

Experiências do cuidado às mulheres Boyaca apresentadas à mastectomia pelo cancer de seno

Marianne Arlette Durán Avendaño¹, Carmen Helena Ruiz de Cárdenas²

¹Magister en enfermería, Universidad de la Sabana; Especialista en Salud Ocupacional y Protección de riesgos laborales Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia; Enfermera, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia; Docente Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Correo electrónico: marianne.duran@uptc.edu.co

²Magister en Enfermería énfasis cuidado materno perinatal, Universidad Nacional de Colombia; Especialista en Enfermería perinatal, Universidad Nacional de Colombia; Enfermera, Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario; Docente Maestría en Enfermería, Universidad de la Sabana. Correo electrónico: ccruizd@unal.edu.co

Cómo citar este artículo en edición digital: Durán Avendaño M.A. & Ruiz de Cárdenas C.H. (2019). Experiencias de cuidado de las mujeres boyacenses, sometidas a mastectomía por cáncer de mama. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.13>

Correspondencia: Carrera 3.ª, numero 3.ª-10 barrio Coservicios Tunja Boyacá, Colombia
Correo electrónico de contacto: marianne.duran@uptc.edu.co

Recibido: 16/11/2018; Aceptado: 12/01/2019



ABSTRACT

Objective: To describe the core experiences of Boyaca women, undergoing mastectomy for breast cancer, during 2017.

Methodology: Qualitative ethnographic type according to the small-scale ethnography, of Leininger's transcultural theory. The participants included ten women key informants and eight general informants. The analysis of the information obtained in the interviews was developed in four phases: 1. Collection, description and documentation of raw data; 2. Identification and categorization of the descriptors and components; 3. Contextual and pattern

analysis; 4. Central themes, research findings, theoretical formulations, and recommendations. The analysis was made taking into account the guide proposed by Leininger. The factors of the social and cultural structure, of the model of the rising Sun The experiences of care experienced by women were described identifying a total of two hundred and eight codes and twenty recurring patterns, which were analyzed and according to the level of coding were labeled and coded giving rise to six themes: 1. The accompaniment an important part in the care of the woman subjected to Mastectomy; 2. The strength of faith; 3.

Unpleasant effects of treatment; 4. Experience lived; 5. Importance of care in recovery; 6. Feeding basic support in recovery.

Key Words: Mastectomy, cultural care, breast cancer.

RESUMO

Objetivo: Descrever as experiências de cuidados que têm as mulheres Boyacenses submetidas a mastectomia por câncer de mama durante 2017.

Metodologia: Qualitativa etnográfica de acordo com etnofermagem pequeno intervalo, a teoria transcultural de Leininger. Os participantes incluíram 10 informantes-chave e 8 informantes gerais. A análise das informações obtidas nas entrevistas foi desenvolvida em 4 fases: 1. Coleta, descrição e documentação de dados brutos; 2. Identificação e categorização dos descritores e componentes; 3. Análise contextual e padrão. Temas centrais, resultados de pesquisas, formulações teóricas e recomendações. A análise foi feita levando em consideração o guia proposto por Leininger. Os fatores da estrutura social e cultural, do modelo do Sol nascente. Cuidar experiências vividas por mulheres que identificam total de 208 códigos e 20 padrões recorrentes que foram analisados e codificação nível rotulados e codificados dando origem a seis questões: 1. Acompanhando uma parte importante no cuidado descrito mulher submetida a mastectomia; 2. A força da fé; 3. Efeitos desagradáveis do tratamento; 4. Experiência vivida; 5. Importância do atendimento na recuperação; 6. Alimentar suporte básico na recuperação.

Palavras chave: Mastectomia, cuidado cultural, câncer de mama.

RESUMEN

Objetivo: Describir las experiencias de cuidado que tienen las mujeres Boyacenses, Sometidas a mastectomía por cáncer de mama, durante el año 2017.

Metodología: Cualitativo de tipo etnográfico según la Etno enfermería de pequeño alcance, de la teoría transcultural de Leininger. Participaron 10 mujeres informantes claves y 8 personas informantes generales. El análisis de la información obtenida en las entrevistas, se desarrolló en 4 fases: 1. Recolección, descripción y documentación de datos en bruto; 2. Identificación y categorización de los descriptores y componentes; 3. Análisis contextual y de patrones; 4. Temas centrales, hallazgos de investigación, formulaciones teóricas, y recomendaciones. El análisis se realizó teniendo en cuenta la guía propuesta por Leininger. Los factores de la estructura social y cultural, del modelo del Sol naciente. Se describieron las experiencias de cuidado vividas por las mujeres identificando en total 208 códigos y 20 patrones recurrentes, que se analizaron y según el nivel de codificación se etiquetaron y codificaron dando origen a seis temas: 1. El acompañamiento una parte importante en el cuidado de la mujer sometida a Mastectomía; 2. La fuerza de la fe; 3. Efectos desagradables del tratamiento; 4. La experiencia vivida; 5. Importancia del cuidado en la recuperación; 6. Alimentación soporte básico en la recuperación.

Palabras clave: Mastectomía, cuidados culturales, cáncer de seno.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama está asociado a diversos factores genéticos, medioambientales y conductas humanas, que van desde la dieta,

la reducción de ejercicios, la obesidad, la exposición al humo del tabaco, hasta la postergación de la maternidad y la disminución de la lactancia. También se atribuye el cáncer de mama a las emociones reprimidas, la depresión, el aporte nutricional deficiente, y el excesivo consumo de cafeína. Estas creencias son frecuentes, erróneas y tienden a provocar sentimientos de culpabilidad (Mejía 2011). La mujer influenciada por su entorno construye significados sobre el cáncer, sus secuelas frente a su imagen y al afrontamiento de cambios, lo cual es decisivo en el manejo y desarrollo de tratamientos. En ese sentido, en el proceso de adaptación influye el escenario sociocultural representado por dos condiciones: el apoyo social y los imaginarios simbólicos sobre el significado del cáncer, las cuales facilitan u obstaculizan el proceso de adaptación. (Carvalho-Fernández 2005). “Las mamas de la mujer son consideradas un símbolo esencial de la feminidad desde tiempos remotos”. La mastectomía incluye trastornos como, depresión, sensación de falta de feminidad, una imagen corporal negativa y la pérdida del interés sexual. La mujer que se somete a reconstrucción mamaria, suele obtener una sensación de apariencia física mejorada, con aumento de la confianza en sí misma y de la autoestima. (Mejía 2012). La cultura influye en el modo como la mujer vivencia el cáncer, especialmente con la mastectomía, menciona, que, en el modo de ver el mundo, las apreciaciones de orden moral y valorativo, los diferentes comportamientos sociales e incluso las posturas corporales son productos de una herencia cultural, es decir, el resultado de la operación de una determinada cultura (Calvo-Gil en el 2008).

El impacto emocional no sólo depende del pronóstico médico, sino que se basa en las creencias previas que tenga la paciente

respecto al cáncer de mama, estas creencias provocan sentimientos de culpabilidad en la mujer. Así mismo existen variables individuales que influyen en la duración de dicho impacto, tales como: la edad, importancia en la apariencia física y las creencias sobre los tratamientos; dependiendo del tipo de intervención dependerá el tipo de respuesta emocional que experimenta la paciente. (Mejía, 2012). Las mujeres que son diagnosticadas con cáncer de seno requieren de cuidados de enfermería donde se den espacios para reconocer creencia, valores espirituales, expresar emociones de tal forma que las emociones positivas en ellas mejoren y aumenten su periodo de vida, disminuyan el estrés, mejoren su respuesta inmunológica y predisposición a tener hábitos de vida sanos (Rodríguez Y., en el 2013). Dentro del contexto del Departamento de Boyacá, son de importancia sus características sociodemográficas, geográficas y climáticas influyentes en las costumbres de sus poblaciones, al ser uno de los departamentos en Colombia con mayor número de municipios (123 agrupados en 11 provincias) y al estar en el centro del país, recibe variedad de influencia cultural por los departamentos aledaños; es así que hacia el norte se mezcla la cultura de los Santanderes, hacia occidente con la cultura llanera de Colombia y de Venezuela y más arriba hacia al nor-occidente con la cultura indígena U'wa y también al sur oriente con Cundinamarca y parte de Antioquia.

En todo el departamento se encuentran elementos culturales que mezclan las tradiciones de los pueblos aborígenes que habitaron la región con las costumbres españolas, impuestas durante la colonia (Seminario conciliar de Tunja, 2012). Las creencias sobre la medicina popular y la herbología son la base fundamental para las

curaciones. Los campesinos boyacenses creen con fervor en los yerbateros, curanderos y mediquillos, la medicina popular tradicional presenta una gran difusión en Boyacá; se relaciona con el curanderismo y el yerbaterismo que tienen hondas raigambres indígenas y españolas. (Araque, 2013). En el campo religioso también se mantiene la tradición oral a través de las costumbres y expresiones lingüísticas particulares de los yerbateros, los hechiceros o brujos, que aún hoy, subsisten en las diferentes provincias del departamento de Boyacá. (Araque, 2013). Con respecto al manejo de otras enfermedades y específicamente al manejo del cáncer de mama en nuestra región no se ha logrado encontrar suficiente información, esto fundamenta la necesidad de conocer desde un abordaje cultural las experiencias de cuidado en las mujeres que han sido sometidas a una mastectomía por cáncer de seno.

Las principales consecuencias de no tener presente los enfoques culturales en los sistemas de asistencia de Enfermería son: Pacientes que reciben un cuidado por parte de Enfermería el cual no está relacionado con sus creencias, valores y estilos de vida, creando conflictos culturales, insatisfacción, tensiones, así como preocupaciones éticas o morales; Cuando se realiza un diagnóstico de Enfermería sin tener en cuenta los factores culturales de los pacientes, se puede obtener un resultado desfavorable, en muchas ocasiones con consecuencias graves frente a las metas propuestas. El conocimiento cultural para Enfermería implica proveer un cuidado cultural, en el cual el profesional debe poseer habilidades que faciliten la competencia cultural en el mismo, lo que significa aceptación y respeto por las diferencias culturales; sensibilidad para entender como esas diferencias influyen en las relaciones enfermero- paciente y

viceversa, y habilidad para buscar estrategias que mejoren los encuentros culturales de acuerdo a las necesidades manifestadas por el paciente (Ibarra Mendoza y Siles González, 2006). Objetivo: Describir las experiencias de cuidado que tienen las mujeres Boyacenses, Sometidas a mastectomía por cáncer de seno, durante el año 2017.

MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

Para el marco conceptual se tuvo en cuenta los conceptos emergentes desde el fenómeno, estableciendo los conceptos de; experiencias de cuidado influenciadas por la cultura y mujer sometida a mastectomía por cáncer de seno; así como establecidos en la teoría de los cuidados culturales de Madeleine Leininger como son cuidado genérico o étnico, cuidado profesional o ético y los tres modos de acción (Leininger, 2006).

Metodológicamente esta investigación se realizó con un enfoque cualitativo de tipo etnográfico el cual aplica los elementos básicos de la Etnoenfermería de pequeño alcance, de la teoría transcultural de Leininger.

Tipo de muestreo: La recolección de la información fue progresiva y estuvo sujeta a resultados de los hallazgos, por lo cual propone 5 elementos: pertinencia, adecuación, conveniencia, oportunidad y disponibilidad. (Sandoval, 1996)

Técnicas de recolección de la información: Se utilizó la entrevista a profundidad de Spradley, estableciendo preguntas descriptivas, estructurales y de contraste, también, el diario de campo como herramienta de corroboración y contraste, y entre otros, los facilitadores establecidos por Leininger como son Extraño amigo, OPR (Observación, Participación, Reflexión) y el

Modelo del sol Naciente.

Procedimiento: Se llevó a cabo por medio de la inmersión al campo, posteriormente las Entrevistas y por último la transcripción de la información.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Características de los participantes: Fueron 10 mujeres sometidas a mastectomía como informantes clave y 7 informantes generales que aportaban informacional adicional o corroboraban la recibida por las informantes clave. La edad de las informantes clave oscilaba entre los 35 y más de 60 años; todas las mujeres residen en el

departamento de Boyacá desde hace más de 5 años, la procedencia de las mujeres correspondía a 8 mujeres del departamento de Boyacá de su área rural y urbana de las diferentes provincias del departamento, y 2 mujeres procedentes de Santander y Cundinamarca; al finalizar la investigación 2 mujeres fallecieron por complicaciones del cáncer. El promedio de entrevistas fue de 1 a 4 y los informantes generales fueron principalmente los hijos, la madre y el esposo.

Análisis de datos: El análisis se dio según las fases establecidas por Leininger el cual se describe en la siguiente tabla:

TABLA 1: Análisis por fases según Leininger

PRIMERA FASE	
RECOLECCIÓN, DESCRIPCIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE DATOS EN BRUTO	TRANSCRIPCIÓN ESTABLECIMIENTO DE DESCRIPTORES
SEGUNDA FASE	
IDENTIFICACIÓN Y CATEGORIZACIÓN DE LOS DESCRIPTORES Y COMPONENTES	CODIFICACION-MEMOS Y CATEGORIAS
TERCERA FASE	
ANÁLISIS CONTEXTUAL Y DE PATRONES	Se identificaron en total 208 códigos y 20 patrones recurrentes, que se analizaron y según el nivel de codificación se etiquetaron y codificaron dando origen a seis temas
CUARTA FASE (ÚLTIMA FASE)	
TEMAS CENTRALES, HALLAZGOS DE INVESTIGACIÓN, FORMULACIONES TEÓRICAS, Y RECOMENDACIONES	<ol style="list-style-type: none"> 1. El acompañamiento una parte importante en el cuidado de la mujer sometida a Mastectomía, 2. La fuerza de la fé 3. Efectos desagradables del tratamiento 4. La experiencia vivida 5. Importancia del cuidado en la recuperación 6. Alimentación soporte básico en la recuperación.

FUENTE: Marianne Durán

DESCRIPCIÓN DE LOS TEMAS

TEMA 1. EL ACOMPAÑAMIENTO UNA PARTE IMPORTANTE EN EL CUIDADO DE LA MUJER SOMETIDA A MASTECTOMIA

PATRON 1. ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR

PATRON 2. ACOMPAÑAMIENTO

PATRON 3. ACOMPAÑAMIENTO DE ENFERMERIA

El acompañamiento una parte importante en el cuidado de la mujer sometida a mastectomía, permitió observar la relación estrecha entre el acompañamiento de la familia como parte vital del proceso para la mujer, así como el acompañamiento profesional experimentando por las mujeres de forma positiva y también con algunas observaciones para mejora.

“... Pero entonces mi familia. Pues el deseo de que me recuperara insistían y jodían... en el

proceso mi familia fue muy importante pues todos me ayudaban en lo que podían. Me dieron moral sabe que sobre todo con mis nietos...” EC5P4Pf4.

“Ellas si te canalizaban y ponían las quimios pero pues contacto no mucho, ellas hacían lo que les tocaba y ya” EC3P5Pf3.

“la enfermera no mucho, más que todo con los doctores y pues si de las niñas que nos colaboran si para los procedimientos y eso... Pero pues no veo mucho el de enfermería” EC2P4Pf1.

TEMA 2. LA FUERZA DE LA FÉ

PATRON 1. FÉ EN DIOS

PATRON 2. FÉ EN LA VIRGEN

PATRON 3. LA ORACION Y EL USO DEL AGUA BENDITA

PATRON 4. FÉ EN MÉDICOS BRUJOS

La fuerza de la fe, corroboró el fuerte arraigo en la cultura boyacense del factor religioso y su influencia en la salud de las mujeres y sus familias, y como la vivencia del cáncer aumenta de forma significativa el acercamiento a la religión y la Fe en Dios, uso de la oración y fe en médicos brujos y misas de sanación.

“eso yo digo todo gracias a Dios que me permite hacer cosas por mí misma, que me dio fuerzas y no me dejo deprimirme” EC2P3Pf3.

“encomendarse a papito Dios, el sana si tiene uno fe” EC2P8Pf4.

“también voy a mis misas de sanación en Soraca... al divino niño en Tunja y al Topo y pues la misa del domingo eso es sagrado mi Diosito está conmigo siempre” EC9P4Pf1.

“la verdad he tratado con todo lo que se también...y en el terminal de Tunja hay un médico brujo muy bueno... el llanero estaban le dicen, me da unas bebidas muy buenas y me hace unos rezos...” EC9P4Pf1.

TEMA 3. EFECTOS DESAGRADABLES DEL TRATAMIENTO

PATRON 1. EFECTOS DE LA QUIMIOTERAPIA

Los efectos desagradables son más fuertes en la quimioterapia presentando alteraciones de orden físico y psicológico. La radioterapia considerada como menos agresiva, con la mastectomía se encontró incomodidad sin alteraciones físicas, con gran impacto con respecto a su imagen personal y efectos en su autoestima.

“a mí el cabello sí, no se me quería caer, entonces eso fue lo que me dolió si, el médico me dijo se lo quita porque se tiene que caer”
EC1P6Pf.

Los vómitos uno de los efectos más desagradables:

“los vómitos a veces me daban a veces no, así sea frecuente uno a eso si no se acostumbra”
EC2P4Pf2.

PATRON 2. EFECTOS DE LA RADIOTERAPIA

Otros efectos menos comunes fueron expresados:

“ya iba yo por la mitad de las quimios, se me cayeron un día dos dientes” **EC1P6Pf1.**

“Por la medicina mis uñas eran negras, Empecé a notar la medicina por las uñas de manos y pies. Eso fue lo que me dio rarísimo”.
EC1P6Pf6.

Con respecto a la radioterapia las mujeres pueden presentar diversos síntomas entre ellos cansancio y alteraciones dermatológicas:

“porque con las radios la piel se le pone a uno horrible tiesa y rasposa y la cremita sirve mucho” **EC2P8Pf3.**

TEMA 4. LA EXPERIENCIA VIVIDA

PATRON 1. IDENTIFICANDO POSIBLES CAUSAS

PATRON 2. SÍNTOMAS INICIALES

PATRON 3. DIAGNOSTICO

PATRON 4. DECISION DEL TRATAMIENTO

PATRON 5. IMAGEN CORPORAL

PATRON 6. COMPARTIR CON OTROS

La experiencia vivida, permite ver como las participantes identifican las posibles causas, siendo el factor genético el más predominante, las mujeres tomaron la decisión de realizarse la mastectomía bilateral total como prevención de futuras

reapariciones, Frente a la imagen personal se observó como para las mujeres la mastectomía generó sentimientos de mutilación, estar feas e incompletas y sentirse poco mujeres, pero todas coincidían en la importancia de la pérdida con respecto

al mejoramiento de su salud. El compartir con otros esta experiencia generó en las mujeres, motivación de ayuda y colaboración para prevenir en las personas sentimientos negativos experimentados por ellas como la incertidumbre, el dolor y la falta de información.

“A mis dos tías maternas y unas primas les encontraron el gen, es decir el gen viene por la parte materna...” EC3P1Pf3.

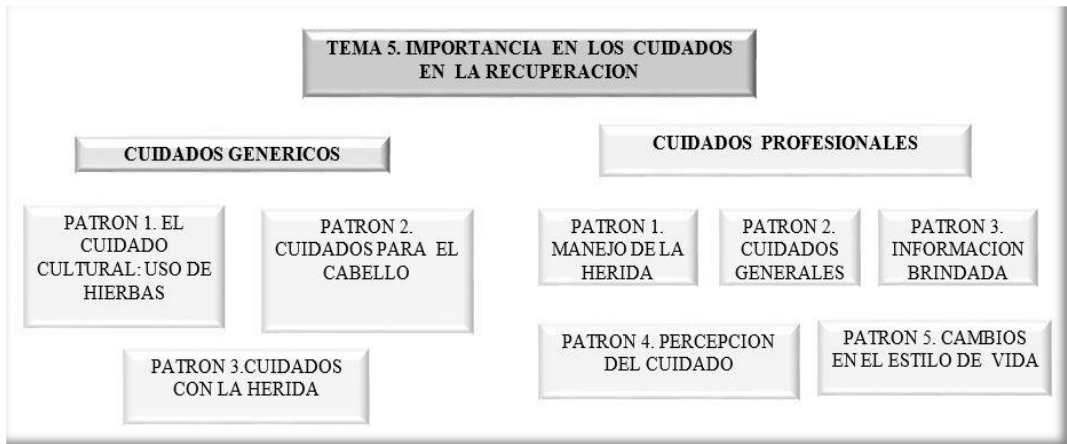
Cada una de las participantes expreso la forma como identificaron el cáncer:

“Miro la blusa y verde, me mire y todo verde... verde y los dos senos” E1P12Pf6.

“Mire uno de mujer los senos son

importantes pero créame que yo creo que a todos con pasa bueno ya a mí no, ver los senos como belleza únicamente cuando me iban a hacer la cuadrantectomía uno entra en que... virgen del Carmen... lo primero es pensar y ahora seré fea incompleta” EC2P9Pf2.

“bueno yo las ayudo dándoles consejos sobre mi experiencia, como van a sentir, como si nos cuidamos podemos prevenir el cáncer, no solo con mis compañeras de las quimios sino con mi familia y conocidos para que no les llegue a dar cáncer de ningún tipo, cuando no padezcan de nada no les pase nada que uno tenga, entonces que ellas también se cuiden y que estoy muy pendiente a veces de las personas... también que ellas estén bien que no se vayan a enfermar” EC4P7Pf2.



Se identificaron cuidados culturales con el uso de hierbas en infusión o en emplastos para el manejo de la herida, para disminuir efectos gastrointestinales, para calmar los nervios y favorecer la digestión, y para evitar la deshidratación.

Se encontró que estos cuidados tradicionales las mujeres los complementaban con el cuidado profesional recibido, siendo los dos cuidados para ellas muy confiables y primordiales para su recuperación.

Dentro del cuidado cultural podemos diferenciar varios códigos entre ellos **el uso de hierbas:**

“ya de vez en cuando compro el agraz bueno para prevenir anemia... sopas aguas de hierbas y me daban... de hierbas normales manzanilla limonaria y hierba buena para mantener las defensas además que son ricas y siempre tomo...porque no me gusta el tinto entonces sabían que mis agüitas si... si desde antes del cáncer” EC6P3Pf2.

Las hierbas en infusiones o fueron un factor predominante en las participantes, se encontró, la manzanilla como anti inflamatorio, la caléndula tomada y en emplastos para cicatrizar, diente de león y salvia para limpiar la sangre y para el vómito, agua con canela para la deshidratación, limonaria y hierba buena para mejorar las defensas, marihuana fumada para el dolor en una señora en etapa terminal, jengibre con limón y miel para las defensas, él té verde para la digestión y otros tipos de té para los nervios, otro cuidado referido aunque no es una hierba el uso del agua de arroz para la deshidratación después de los vómitos y el agua de piña como diurético. Todas las mujeres refirieron que la utilización y preparación fue obtenida principalmente por recomendación de las madres o aprendido por ellas o sus abuelas y que la mayoría vienen de tradiciones familiares, y que en muchos casos ellas ya la habían utilizado con anterioridad tanto en enfermedades diferentes al cáncer, en ellas

mismas como de sus hijos y familiares.

La **información recibida** por parte de los profesionales de la salud:

“Pues que me explicaran todo y todo lo que me dijeron hice pero pues que le digan como más sobre las cosas que pueden molestar que le expliquen a uno mejor y bien” EC2P6Pf3.

Frente a la **percepción del cuidado** la mayoría de las mujeres se sintieron cuidadas, tenidas en cuenta así como para otras se hace necesario un cuidado más individualizado y humano:

-Las experiencias positivas de las mujeres:

“me aplicaban los medicamentos las enfermeras, una era la jefe muy querida y habían auxiliares que nos ayudaban en cositas, todos muy queridos” EC1P8Pf5.

-Y también otras no tan positivas:

“mi caso ahorita por el diagnostico que estoy pasando solamente el papel de la enfermera es el momento de la quimioterapia...” EC3P6Pf1.

TEMA 6. LA ALIMENTACIÓN SOPORTE BÁSICO EN LA RECUPERACIÓN

PATRON 1. ALIMENTACIÓN SANA

La alimentación como soporte básico en la recuperación fue el tema de mayor relevancia en la investigación establecido alimentarse sano y la alimentación saludable.

Encontramos algunos testimonios frente a la alimentación sana:

“pues lo bueno para el cáncer y para evitar que vuelva pues comer son mucha fruta verdura

PATRON 2. ALIMENTACIÓN SALUDABLE

y carne pero de pollo o pescado y evitar galguerías gaseosas y el azúcar refinada...” EC6P3Pf3.

Frente a la alimentación saludable:

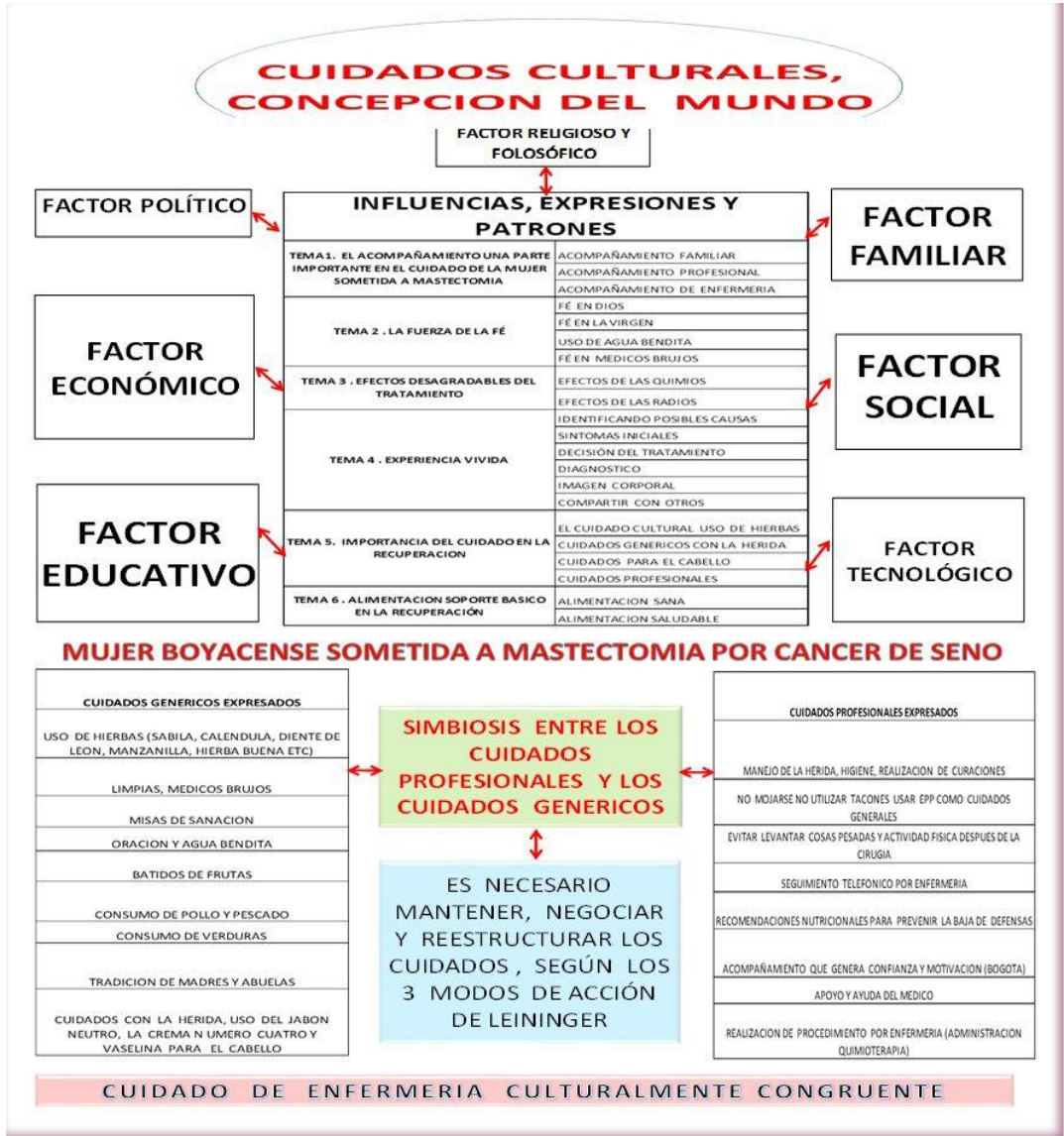
“de la alimentación todo era muy nutritivo... pescado pollo... atún pero en agua... jugos de mora, de naranja, de remolacha para fortalecer el sistema inmunológico, la emulsión de Scott también y los micronutrientes...” EC10P3Pf3.

RELACIÓN CON EL MODELO DEL SOL NACIENTE:

Todos los temas resultantes tienen una interacción específica con los factores relacionados por Leininger en el modelo del sol naciente, en donde el **factor familiar y social** fueron predominante en todos los

temas, el factor económico, el factor tecnológico con el manejo de información en internet y el factor religioso y filosófico y el factor político solamente fueron evidentes en el tema de acompañamiento, como se muestra en la siguiente gráfica:

GRÁFICA 1: Relación con el modelo del sol naciente



CONCLUSIONES

- Las experiencias de cuidado de las mujeres boyacenses, sometidas a mastectomía por cáncer de seno, presentan una gran influencia cultural adquirida de generación en generación específicamente de las madres y abuelas, las mujeres participantes mostraron como complementan los cuidados profesionales recibidos con la práctica de cuidados tradicionales percibidos como benéficos para su salud física emocional y espiritual y evidenciado con la literatura.
- Es necesario establecer estrategias de mejoramiento frente al cuidado médico y especializado y más frente al cuidado de Enfermería culturalmente congruente a las mujeres sometidas a mastectomía por cáncer de seno en Boyacá.
- Para las mujeres la experiencia del cáncer y la mastectomía genero cambios importantes en su estilo de vida estableciendo mayor positivismo frente a la vida, cambio radical y muy positivo en la forma de alimentación y les permitió mayor unión y mejoramiento de las relaciones familiares, el único aspecto negativo para ellas fue la disminución de la actividad física por los efectos posteriores a los tratamientos como era la pérdida de la fuerza. Se pudo observar la simbiosis que realizan las mujeres entre el cuidado cultural o émic practicado y el cuidado profesional o étic recibido, siendo para ellas en algunos aspectos como el cuidado de la herida el cuidado profesional el predominante y el cultural complementario, mientras que en los demás aspectos era el cuidado cultural el principal y el profesional visto como complementario.

RECOMENDACIONES

- Continuar indagando sobre el tema propuesto, además realizarla en otras zonas geográficas y otros informantes para poder identificar similitudes y diferencias en el cuidado émic como lo plantea la teoría de Madeleine Leininger.
- Establecer evidencia del beneficio de algunos cuidados culturales además del manejo de las hierbas.
- Para la práctica de la Enfermería en Boyacá se recomienda capacitación inicial sobre el cuidado de pacientes oncológicos a nivel clínico y comunitario, paralelo el reconocimiento de prácticas culturales de cada región.
- Dentro del proceso de formación del Profesional de Enfermería es importante rescatar las tradiciones culturales regionales.
- Continuar enriqueciendo la teoría de Leininger con investigación que evidencie la importancia y la visibilidad de la disciplina en los aportes que pueden orientarse desde los hogares, haciendo acciones directas que deben lograr preservar, mantener o negociar expresiones de cuidado.
- El conocimiento de cuidado profesional y genérico realizado por las mujeres sometidas a mastectomía constituye en una herramienta muy importante para el planteamiento de un Plan de cuidado de Enfermería enfocado en el contexto cultural como aporte al conocimiento disciplinar y ampliando con esto el desarrollo del cuidado culturalmente congruente a la mujer Boyacense sometida a mastectomía por cáncer de seno.

Limitaciones

- Las limitación presentada para esta investigación tuvieron que ver más con los tiempos y la disponibilidad de la participantes específicamente debido a la presencia de síntomas generado por los tratamientos.
- **Agradecimientos:** Agradecemos a las mujeres participantes y sus familiares por permitir conocer sus experiencias, así como a Colombiana de Salud por su colaboración con la Información.
- **Financiación:** La investigación realizada fue financiada.

BIBLIOGRAFÍA

- Agüero, L. (2001). *Algunos factores que influyen en el distress psicosocial y autoestima en mujeres mastectomizadas*. Tesis. Valdivia: Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina.
- Anderson, M.S. & Johnson, J. (1994). Restoration of body image and self-esteem for women after cancer treatment. *Cancer Pract.*, 5, 345-9. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7697072>.
- Araque, J. (2013). Tradición oral en la cultura boyacense. *Revista Economía y Sociedad*. 2(1), 1. Recuperado de <http://www.revistasjdc.com/main/index.php/deys/o/article/view/266>.
- Aungus, J., Miller, K. & McKeever, P. (2006). Studying delays in breast cancer diagnosis and treatment: critical realism as a new foundation for inquiry. *Oncol Nurs Forum* E62-70. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16858449>.
- Blanco, S. (2010). Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Index Enferm.* 19(1), 24-28.
- Calvo, M. & Narváez, P. (2008). Experiencia de mujeres que reciben diagnóstico de Cáncer de Mamas. *Index Enferm.* 17(1), 30-33.
- Carvalho, A.F., Mesquita, E., Almeida, I.M. et al. (2005). Aspectos culturales en el proceso de padecer cáncer de mama. *Avances en Enfermería*, 23, 28-35.
- Ceballos, G. & Giraldo, C. (2011). Autobarreras de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama. *Aquichan*, 11(2), 140-157.
- Daly, H. & Collins, C. (2007). Barriers to Early Diagnosis of Cancer in Primary Care: A Needs Assessment of GPs. *Irish Med J*. Recuperado de <http://cancer.ie/pdfs/IMI%20-%20S3952%20Barriers%20to%20Early.pdf>.
- Fernández, A. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psico oncología*, 1(2), 169-180.
- Giménez, M, A. (1998). Pesquisa do enfrentamento na pratica psico-oncologica, en Carvalho, M.M.M.J, *Psico-oncologia no Brasil; resgatando o viver*, Sao Paulo: Summus, 232.
- Giraldo, C., Arango, M.E. (2009). Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención del cáncer de mama. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27(2), 191-200.
- Grana, G. (1998). Ethnic Differences in Mammography Use among Older Women: overcoming the Barriers. *Ann Intern Med*, 128(9), 773-775.
- Herrera, Z., Conde, L., Correa, M. y Bernal, A. (2014). La competencia cultural como elemento importante de la práctica de cuidado brindado al paciente, por el profesional de enfermería de la Unidad Intermidia de San Javier de la ciudad de Medellín. 1st ed. Medellín: Corporación Universitaria Adventista. Recuperado de <http://repository.unac.edu.co:8080/jspui/handle/11254/151>.
- Hewitt, M., Herdman, R. & Holland, J. (2004). *Meeting psychosocial needs of women with breast cancer*. National Research Council. Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) National Cancer Policy Board.
- Ibarra, T.X. & Siles, J. (2006). Competencia Cultural: Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería Cultural. Index de enfermería. Recuperado de <https://doaj.org/article/7d1506286dea4374a6422c44eda4f82b>.
- INGE (2015). Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer de mama. México: Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/mama0.pdf>.
- Instituto Nacional de estadística y geografía. (2015). Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer de mama. México: INEM. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/mama0.pdf>.
- Leininger, M. (1985). *Qualitative research methods in nursing*. Orlando: Grune & Stratton.
- Leininger, M. & McFarland, M. (2006). *Culture care diversity and universality: a Worldwide nursing theory*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

- López, Z., González, J., Gómez, M. & Morales, M. (2008). Impacto psicológico y social de la mastectomía en pacientes operados de cáncer de mama. *Rev méd electrón* 30(2). Recuperado de URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol2%202008/tema01.htm>.
- Marriner A. & Raile, M. Modelos y Teorías de Enfermería. 6.ª ed. *Op. cit.*, pp. 477-479.
- Mejía, M. (2012). *Incertidumbre, Calidad de Vida e imagen corporal en mujeres sometidas a Mastectomía. (disertación)*. Bogotá: Universidad nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Programa de Doctorado en Enfermería.
- Monroy, A. (2002). Cáncer de mama un puente difícil de cruzar. *Revista Prometeo*; fuego para el propio conocimiento. 31, 39-45. Recuperado de <http://www.revistaprometeo.com/prometeo/publicaciones/>.
- Pérez, P. & Florenzano, A. (2016). *Mastectomía y sexualidad*. Recuperado de <http://www.psicosexual.com/2008/03/deseo-sexual.html>.
- Psillakis, J. (1986). Reconstrucción de mamas en pacientes mastectomizadas. En: Coiffman, F., *Cirugía plástica, reconstructiva y estética*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Rivillas, G. & Ospina, M. (2015). Observatorio Nacional de Cáncer Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 33.
- Salas, C. & Grisales, H. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 28(1), 9-18.
- Stein, J., Fox, S. & Murata, P. (1998). The influence of ethnicity, socioeconomic status, and psychological barriers on use of mammography. *J Health Soc Behav*, 32 (2), 101-113.
- Suh, E. (2013). Cultural models of female breasts and breast cancer among Korean women. *Open Journal of Nursing*, 3, 404-413. DOI: 10.4236/ojn.2013.35055. Recuperado de <https://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=36916>.
- Terrasse, V. (2016). La batalla mundial contra el cáncer no se ganará únicamente con tratamiento. *Who.int*. Recuperada de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/cancer-report-20140203/es/>. Informe mundial sobre el cáncer 2014, IARC.
- Tobin, M.B., Lacey, H.J., Meyer, L. & Mortimer, P. (1993). The psychological morbidity of breast cancer-related arm swelling. Psychological morbidity of lymphoedema. *Cáncer*. 72, 32-48. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8242549> [PubMed].
- Vargas, E. & Pulido, S. (2012). Significado de las vivencias de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. *Revista ciencia y cuidado*. 1, 65-78. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3986765>.
- Vázquez, J., López Tarruella-Cobo, S. & Martín, M. (2004). *Manual de Cuidados Continuos*. Sociedad Española de Oncología Médica, Sección de cuidados continuos, 379, 90. Recuperado de <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/cuidCont/cuidadosContinuos01-20.pdf>.

La organización social del cuidado de la infancia en sectores vulnerables de Bogotá

The social organization of child care in vulnerable sector of Bogotá

A organização social do atendimento infantil vulnerável em Bogotá

Claudia Isabel Córdoba Sánchez¹, Patricia de las Mercedes Vásquez Sepúlveda², Lina María Gutiérrez Valencia³, Yisella Gordillo Velásquez⁴, Catherine Grisales Salamanca⁵

¹Doctorada en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Enfermera. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: ccordoba8@areandina.edu.co

²Especialista en Promoción de la Salud y Desarrollo Humano. Enfermera Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia Correo electrónico: pmvasquez@fucs.salud.edu.co

³Estudiante de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia

⁴Estudiante de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia

⁵Estudiante de Enfermería

Cómo citar este artículo en edición digital: Córdoba-Sánchez, C.I., Vásquez-Sepúlveda, P.M., Gutiérrez-Valencia, L.M., Gordillo-Velásquez, Y., Grisales-Salamanca, C., (2019). La organización social del cuidado de la infancia en sectores vulnerables de Bogotá. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.14>

Correspondencia: Claudia Isabel Córdoba Sánchez Carrera 14 A No. 70 A 34. Bogotá, Colombia
Correspondencia: Claudia Isabel Córdoba Sánchez Fundación Universitaria Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia

Correo electrónico de contacto: ccordoba8@areandina.edu.co

Recibido: 12/12/2018; Aceptado: 20/01/2019



ABSTRACT

Introduction: Child care has been supported in a Judeo-Christian family model, so that the division of roles between the couple is functional: the man provides and the woman cares. However, this division of roles does not conform to new family configurations and even less to contemporary social dynamics.

Objective: To study the social organization of child care, from the perspective of the mothers of vulnerable sectors in Bogotá.

Method: Narrative hermeneutic design,

which used in-depth individual interviews, which were subjected to a coding and categorization process for the final construction of the narrative.

Results: The care of the infants continues being an exclusive responsibility of the women, they, in poverty conditions, also assume the family supply in partial or total absence of the father. And although there are some state programs related to care, these women do not get access to the benefits due to ignorance of their existence or because these programs do not have adequate coverage.

Conclusions: Poor women must

simultaneously assume the roles of providing and caring for infants without being able to benefit from the scarce care programs offered by the State.

Key Words: Social organization of care, vulnerable childhood, gender perspective, care.

RESUMO

Introdução: O cuidado da criança tem sido apoiado em um modelo de família judaico-cristã, de modo que a divisão de papéis entre o casal é funcional: o homem fornece e a mulher cuida. No entanto, essa divisão de papéis não se ajusta às novas configurações familiares e muito menos às dinâmicas sociais contemporâneas.

Objetivo: Estudar a organização social do cuidado infantil, na perspectiva das mães de setores vulneráveis em Bogotá.

Método: Desenho hermenêutico narrativo, que utilizou entrevistas individuais em profundidade, as quais foram submetidas a um processo de codificação e categorização para a construção final da narrativa.

Resultados: O cuidado dos lactentes continua sendo de responsabilidade exclusiva das mulheres, que, em condições de pobreza, assumem também a oferta familiar em ausência parcial ou total do pai. E embora existam alguns programas estaduais relacionados à assistência, essas mulheres não obtêm acesso aos benefícios devido ao desconhecimento de sua existência ou porque esses programas não possuem cobertura adequada.

Conclusões: As mulheres pobres devem simultaneamente assumir o papel de prover e cuidar de bebês sem poder se beneficiar dos programas de atendimento escassos oferecidos pelo Estado.

Palavras chave: Organização de assistência social, infância vulnerável, perspectiva de

gênero, cuidado.

RESUMEN

Introducción: El cuidado de la infancia ha estado soportado en un modelo de familia judeo-cristiana, en la que la división de roles entre una pareja resulta funcional: el hombre provee y la mujer cuida. Sin embargo, esa división de roles no se ajusta a las nuevas configuraciones familiares y menos aún a las dinámicas sociales, económicas y políticas contemporáneas.

Objetivo: Estudiar la organización social del cuidado de la infancia, desde la perspectiva de las madres de sectores vulnerables en Bogotá.

Método: Diseño hermenéutico de corte narrativo, que utiliza las entrevistas individuales en profundidad que fueron sometidas a un proceso de codificación y categorización para la construcción final de la narrativa.

Resultados: El cuidado de los infantes continúa siendo una responsabilidad casi exclusiva de las mujeres, ellas, en condiciones de pobreza, asumen también la proveeduría de familia en ausencia parcial o total del padre. Y aunque existen algunos programas estatales relacionados con el cuidado, estas mujeres no logran acceder a los beneficios por desconocimiento de su existencia o porque estos programas no tienen cobertura adecuada.

Conclusiones: Las mujeres pobres deben asumir simultáneamente los roles de proveeduría y cuidado de los infantes sin que puedan resultar beneficiadas de los escasos programas de cuidado ofrecidos por el Estado.

Palabras clave: Organización social del cuidado, infancia vulnerable, perspectiva de género, cuidados.

INTRODUCCIÓN

El cuidado es una cualidad y una actitud propia de la especie humana que tiene como propósito la conservación de la vida (Tronto, 2009). Para esta investigación, el cuidado de los infantes fue seleccionado como categoría central, en tanto la vida y el bienestar de quienes se encuentran en los extremos de la vida, dependen directamente de los cuidados de otros con quienes inevitablemente se vinculan en relaciones de afecto, protección y/o dependencia. Para el caso particular de los infantes, estas relaciones se conciben en el sentido planteado por Sen (2000) al decir que son un acompañamiento en el proceso de formación requerido por los más pequeños, para que puedan desarrollar las capacidades necesarias, ejercer sus libertades y disponer de una vida digna que merezca la pena ser vivida. Sin embargo, en las actuales condiciones, el cuidado de los infantes se modifica en tanto lo hacen también las estructuras y las dinámicas familiares. Recientemente, en una publicación de la Revista Semana (2013) se afirmó que las familias en Colombia están en crisis. Esta aseveración es el resultado de un ejercicio de investigación que muestra que el 53% de los infantes en el país vive con sus padres, el 35% lo hace solo con uno de ellos y el 12% con otras personas.

Por su lado, en 2010, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) que caracteriza a los hogares y a la población colombiana, aseguró que en las familias se ha incrementado la jefatura femenina, no solo en las zonas urbanas, sino también en las rurales. Del total de hogares investigados, el 10% corresponde a hogares unipersonales, el 35% a hogares nucleares completos, el 12% a hogares nucleares incompletos (ausencia del padre o la madre) y el 8% a hogares conformados por parejas

sin hijos.

El incremento de las familias monoparentales con jefatura femenina ha motivado que las mujeres se incorporen al campo laboral para obtener el sustento que les permita satisfacer las necesidades de los miembros de la familia. Esa jefatura femenina está ocurriendo especialmente en los hogares pobres y vulnerables, en los que son pocos los recursos sociales para conformar redes de apoyo que permitan cumplir simultáneamente con las funciones de proveeduría y cuidado, poniendo en riesgo la integridad, la salud y la vida de los infantes. En efecto, en esta dinámica productiva-reproductiva, la mujer debe conciliar sus actividades laborales con las actividades de cuidado que, en ausencia de la figura masculina en el hogar, le implica un doble esfuerzo. Esa sobrecarga en las mujeres provoca en la mayoría de los casos que la participación laboral femenina sea inequitativa con respecto a la participación que tienen los hombres en el mercado laboral. Según el Informe sobre Desarrollo Humano (2015) que evaluó la actividad económica, referida a la medición de la participación en el mercado laboral de las mujeres y hombres, la participación femenina en este mercado es del 55,8% con respecto al 79,7% de los hombres que se explica por las actividades de cuidado que las mujeres deben cumplir. Esta situación implica una pérdida de posibilidades para el desarrollo humano de las mujeres y sus hijos, debida a la desigualdad entre los diferentes logros que ellas y los hombres pueden alcanzar.

A pesar que la participación de la mujer es menor que la del hombre en el mercado laboral, las estadísticas también muestran que cada vez más mujeres deben trabajar. La ENDS (2015) muestra que el porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que trabajó en los

últimos doce meses pasó de 66,3% en 2010 a 71,2% en 2015 aunque ello no significa una reducción en su responsabilidad de cuidado familiar. Esto indica que aunque la mujer asume cada vez más la proveeduría del hogar, no se reducen sus responsabilidades ni los tiempos dedicados al cuidado. Así, la mujer no solo experimenta una doble carga derivada del trabajo y el cuidado de los infantes y otros integrantes de la familia, sino que también debe dedicar tiempo para el funcionamiento del hogar. Esta triple responsabilidad genera en ella tensión física y emocional que puede desencadenar en *un déficit de cuidado de los infantes* que se encuentran a su cargo. Los estudios señalan que las madres que emplean tiempo para las tareas de cuidado y atención del hogar, pero que además son responsables de la proveeduría dada la ausencia de los padres, vivencian tensiones que llevan a padecer depresión, angustia y sensación de soledad. Ejemplo de ello es la tensión relacionada con la organización de los tiempos de las mujeres con respecto de los tiempos escolares de sus hijos, pues el trabajo fuera del hogar, puede provocar un abandono de los hijos frente a sus necesidades, dejando así de lado a los infantes que requieren mayor atención. Estas dinámicas que se viven al interior de las familias, invitan a estudiar la organización social del cuidado en general y el cuidado de la infancia en particular para obtener mayor información sobre este fenómeno para buscar una actuación más efectiva por parte del Estado, a través de la creación de políticas públicas que brinden mayor oportunidad a las familias más vulnerables de la sociedad. Y aunque el Estado ha legislado para la construcción de programas de cuidado, aún son precarios los proyectos que apoyan la labor de los cuidadores primarios. La Ley 1098 de 2006, particularmente en su artículo

2, asegura que el nuevo Código de Infancia y Adolescencia:

“... tiene por objeto establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes; garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, en la Constitución Política y en las leyes; así como su restablecimiento. Esa garantía y protección será obligación de la familia, la sociedad y el Estado” (2006, 1).

Así, el artículo abre las puertas para garantizar el cuidado de los infantes y responsabilizar al mismo Estado, la familia y la sociedad en esa tarea. Luego, con la Ley 1361 de 2009, se reconoce el papel de la familia como unidad esencial de la sociedad y el papel del Estado frente a ella al asegurar que se fortalecerá y garantizará:

“... el desarrollo integral de la familia, como núcleo fundamental de la sociedad. En desarrollo del objeto se contempla como deber del Estado proveer a las familias y a sus integrantes, herramientas para potenciar sus recursos afectivos, económicos, culturales, de solidaridad y criterios de autoridad democrática, de manera que los programas de atención a la familia y a sus miembros prioricen su unidad y la activación de recursos para que funcione como el instrumento protector por excelencia de sus integrantes” (2009, 1).

Más tarde, se reconoce el trabajo del hogar como una contribución importante a la economía del país y con la Ley 1430 del 11 de noviembre del 2010 se propuso:

“... incluir la economía del cuidado conformada por el trabajo del hogar no remunerado en el Sistema de Cuentas Nacionales, con el objeto de medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social del país y como

herramienta fundamental para la definición e implementación de políticas públicas” (2010, 1).

Finalmente, con la Ley 1822 del 2017, en su artículo 236 se plantea que “toda trabajadora en estado de embarazo tiene derecho a una licencia de dieciocho semanas en la época de parto, remunerada con el salario que devengue al momento de iniciar su licencia” (2017, 1). El propósito de la Ley era promover el vínculo madre e hijo y aumentar la lactancia materna en los primeros meses de vida de los infantes. Sin embargo, las mujeres que se vinculan al sector informal, que para en el caso del estudio son casi todas, no tienen derecho a disfrutar de esta licencia. Y aunque se ha legislado para mejorar el cuidado de los infantes y se han diseñado algunas políticas y programas con ese propósito, persiste insuficiencia en esta materia y aún existen amplias brechas si se tienen en cuenta la estratificación social y la región del país.

OBJETIVOS

Estudiar la organización social del cuidado de la infancia vulnerable en Bogotá, desde la perspectiva de las madres en los siguientes términos: caracterización de las madres, descripción de las dinámicas familiares para la organización del cuidado e identificación de los apoyos estatales para el cuidado.

METODOLOGÍA

Se planteó un estudio hermenéutico de corte narrativo (Pérez, 2016), en el que se privilegió el diálogo con las madres para comprender la experiencia de cuidado de los infantes. Se contactaron 50 madres que cumplieran con los criterios de inclusión: 1. ser cuidadora primaria de los infantes en

etapa escolar (6 y 12 años de edad) que estuvieran vinculados a las instituciones educativas del estudio; 2. Consentir la participación y revisión de las historias familiares que reposaban en las instituciones educativas; y, 3. Pertenecer a familias de estratos 1 y 2 de Bogotá. Una vez configurada la muestra se realizaron 50 entrevistas cualitativas en profundidad con las madres, integrantes de grupos familiares con distinta tipología; y se recogió información proveniente de las historias familiares que reposaban en las instituciones educativas. La información se recolectó a través de la grabación de las entrevistas en audio, la transcripción de las entrevistas en texto y la organización de los datos mediante codificación abierta. Para el caso de las historias familiares, que en total fueron 100, se diseñó una matriz en Excel en la que fueron recogidos los datos cuantitativos. El análisis e interpretación de los datos cualitativos se realizó a partir de la generación de códigos y categorías que fueron la base para la construcción de la narrativa final. La información cuantitativa fue interpretada a través de la estadística básica.

El trabajo investigativo fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital San José en Bogotá y se tuvo en cuenta el consentimiento de las personas entrevistadas para la grabación y utilización de los datos con fines académicos e investigativos. Se garantizó la confidencialidad y anonimato de los participantes quienes lo hicieron voluntariamente.

RESULTADOS

Estos resultados son los preliminares obtenidos de las primeras entrevistas en profundidad realizadas a los cuidadores

primarios de la infancia en sectores vulnerables de Bogotá. Como se dijo, el estudio hace parte de la investigación institucional “*La organización social del cuidado de la infancia vulnerable en Bogotá*”. Los hallazgos se orientaron hacia la caracterización de los cuidadores, las dinámicas familiares para la organización del cuidado y los apoyos de otros en estas dinámicas de cuidado.

Las características de los cuidadores

La recolección de los datos se realizó a partir de 100 historias familiares que reposaban en los archivos de las instituciones educativas y que luego fueron vertidos en una base construida para el análisis. Este análisis permitió establecer que las cuidadoras en su totalidad fueron las madres y abuelas de los infantes. El 37% correspondió a cuidadoras entre los 20 y 29 años, el 43% entre 30 y 39, el 10% entre 40 y 49 años, y el 10% fueron cuidadoras de más de 50 años. Los resultados son consistentes con los hallados en la literatura que asegura que, en las actuales condiciones económicas, políticas y sociales del país, los abuelos configuran un grupo social muy importante a la hora de cuidar a los infantes (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2015). En nuestro estudio, las franjas de 40 a 49 años y los mayores de 50 años correspondían a los abuelos de los infantes. Según los resultados de una investigación realizada por el Centro Nacional de Consultoría (2012), en los hogares colombianos, la presencia de abuelos paternos o maternos resulta de gran valor, no solo para el cuidado de los infantes, sino para aliviar la carga de las mujeres que cumplen con dos o más roles. Más aún, en las familias pobres y vulnerables, los abuelos son especialmente importantes en el hogar porque mientras sus hijos trabajan, ellos se encargan de cuidar a

los nietos y atender las necesidades de la casa.

Con respecto al nivel socio-económico, se trabajó con grupos poblacionales de estratos 1 y 2 de manera que el 33% de las familias pertenecía al estrato 1, el 39% al estrato 2, el 5% aseguró no conocer su estratificación social y el 23% no tenía registrada esta información en su archivo de historia familiar. En términos de cuidado de la infancia, esta característica puede tener gran implicación, debido a que las parejas pobres por lo general cursan con inestabilidad en sus relaciones debido a que son débiles y de corta duración (Ghirardi, 2012; Secretaría de Planeación, 2013; Alcaldía Mayor de Bogotá, 2013). Es frecuente encontrar además que las madres cuidadoras con estas características suelen tener varias uniones a lo largo de su vida y tener hijos en cada una de ellas (Matía, 2017; Echeverry, 2017).

El estudio señala que las abuelas cuidadoras usualmente no se encuentran vinculadas al sector productivo formal, aunque algunas de ellas recibían un pago, en efectivo o en especie, de parte de sus hijas por el cuidado de sus nietos. Por su lado, las madres cuidadoras en un 75% no tenía un trabajo estable, de manera que ellas se desempeñaban en áreas relacionadas con la ebanistería, la construcción, los servicios domésticos y la venta informal; el 25% manifestó trabajar formalmente en empresas como cuidadoras en calidad de auxiliares de enfermería y auxiliares en jardines infantiles, entre otros. Las dificultades económicas derivadas del trabajo informal afectan directamente las dinámicas de cuidado pues, como lo asegura la literatura (Ullmann *et al.*, 2014), el perfil laboral del jefe de hogar determina la satisfacción de las necesidades del grupo familiar y en consecuencia del cuidado. A este respecto, las estadísticas 2016 del Departamento

Administrativo Nacional de Estadística (Dane) señalan que a nivel nacional, la incidencia de pobreza en los hogares cuyo jefe de hogar se encuentra desocupado, es del 48%; cuando el jefe de hogar es patrón, es del 35,7%; cuando el jefe de hogar no ha alcanzado la secundaria, es del 38,6%; y cuando el jefe de hogar no está afiliado al sistema de seguridad social, es del 38%. En efecto, en Colombia el 25% de los niños y niñas menores de 18 años vive en una familia con ingresos menores al 50% de los ingresos medios de la población en general y debido a los bajos ingresos e índices elevados de pobreza, las familias no logran satisfacer todas las necesidades del grupo que, para el caso de los infantes, produce desnutrición que ocupa el 11% de las principales patologías en la infancia (Huarcaya, 2014).

De otra parte, se sabe que el acceso y las oportunidades de trabajo tienen una directa relación con el nivel educativo de las personas y la capacidad para desarrollar tareas dentro de la sociedad. En efecto, los niveles de escolaridad de los proveedores familiares influyen en la capacidad de respuesta para obtener los recursos que permitan soportar los gastos para las necesidades de alimentación, salud, crianza y cuidado de los infantes. Para este caso se encontró que de los cuidadores primarios estudiados el 15% tenía estudios de bachillerato completo, el 8% bachillerato incompleto, el 23% contaba con estudios de nivel técnico y el 54% no refirió ningún tipo de estudio a la hora de realizar la entrevista o consultar la historia familiar. Estos datos se relacionan con los reportados por el Dane (2016) y el Ministerio de Educación (2010) cuando aseguran que los jefes de familia pobres en Bogotá tienen en un 21,6% estudios primarios, el 33,3% tiene estudios de educación secundaria y 22% ha cursado

algún tipo de educación técnica y/o universitaria.

En suma, los jefes de hogar son madres cabezas de familia quienes se encuentran desvinculadas del sistema laboral formal, no tienen un buen nivel educativo y carecen de afiliación a la seguridad social. Estas características de las cuidadoras de los infantes revelan grupos familiares en condiciones de pobreza y vulnerabilidad que impactan el cuidado y bienestar de los infantes.

Las dinámicas familiares para la organización del cuidado

Las actuales transformaciones sociales afectan la conformación de los grupos familiares que dejan ver una gran variabilidad. Algunos estudios señalan que para el 2015, el 11,1% de los hogares fue identificado como unipersonal, el 19,1% estaba constituido por dos personas y el 23,3% por tres (Gaviria *et al.*, 2016). Además, se han identificado tendencias a la disminución de los hogares con familias extendidas, al aumento sostenido de parejas sin hijos y a la aparición de hogares sin núcleo conyugal (Dane, 2011; Secretaría Distrital de Integración Social, 2012; Alcaldía Mayor de Bogotá, 2017). En contraste, nuestro estudio señala que los grupos familiares de los sectores pobres de Bogotá, presentan como características la alta tendencia a la configuración de familias nucleares monoparentales con jefatura femenina; la conformación de familias extensas con jefatura femenina, en las que la figura de los abuelos cobra importancia en las dinámicas del cuidado; y a configuraciones familiares en las que existen arreglos de convivencia que no incluyen el parentesco. Si bien, la presencia de la figura paterna se mantiene en buena parte de los grupos familiares, conformando las

tradicionales familias nucleares, llama la atención la tendencia a la baja de la presencia del padre, que puede indicar la menor estabilidad de las parejas en los sectores populares y la mayor responsabilidad de las mujeres con los miembros de su familia.

Así, las familias nucleares monoparentales con jefatura femenina corresponden al 57% de los casos estudiados, y en ellas el cuidado de los infantes es gestionado por las madres, es decir, que la responsabilidad del cuidado es asumida en su totalidad por las madres aunque ellas no sean las que ofrezcan directamente este cuidado. Las mujeres suelen delegar el cuidado en otras personas que por lo general son familiares, pues las acciones de cuidado no pueden ser concentradas en tiempos precisos. Sin embargo, las madres asumen la planeación y definición de actividades, horarios y recursos necesarios para el cuidado que será ejecutado por otro.

De manera simultánea al cuidado de los hijos, estas mujeres realizan las tareas domésticas propias del hogar, las cuales suelen concentrar en horarios en los que los demás miembros de la familia duermen. De igual forma, ellas asumen sus actividades de trabajo para proveer los recursos del grupo familiar, cumpliendo horarios extenuantes que muchas veces van más allá de la jornada habitual, debido a que un buen número de ellas están vinculadas a trabajos informales que demandan más de 8 horas diarias de trabajo.

Estos hogares monoparentales con jefatura femenina, por lo general, tienen una incidencia de pobreza mayor que aquellos con jefatura masculina. A este respecto, los datos nacionales revelan que el 31% de las personas que pertenecía a un hogar con jefatura femenina era pobre, mientras que el 26,3% de las personas que vivían en hogares

con jefatura masculina no lo eran. (Informe sobre Desarrollo Humano, 2015; Dane, 2016). El trabajo de campo realizado permite señalar que estas familias pobres con jefatura femenina tienen menos ingresos en la actualidad que cuando vivían en pareja. Las madres además aseguran que la pobreza les obliga a recortar en gastos relacionados con vivienda y vestido, pero especialmente en la consecución de una alimentación adecuada para sus hijos. Esto coincide con los estudios que relacionan directamente la pobreza con la mala nutrición infantil y la falla en los procesos de crecimiento y desarrollo de los niños (Meléndez y Solano, 2017). Aunque los datos de la Secretaría Distrital de Salud, más específicamente de su Sistema de Vigilancia en Salud Pública, señalan que de acuerdo con los criterios de clasificación de la Organización Mundial de la Salud, el indicador de desnutrición infantil ha venido presentando una tendencia decreciente en los últimos años ya que, en el 2005, la desnutrición crónica se hallaba en 21,6% y en 2010 disminuyó hasta el 19,3% (Durán-Strauch y Valoyes, 2009; Caballero, Moctezuma y Maqueo-Ramírez, 2014; Minujin *et al.*, 2015).

De otra parte, la literatura relacionada con el cuidado señala que las mujeres que viven en sectores pobres de la sociedad, suelen recibir apoyos vecinales para el cuidado (Espinosa y Jofre, 2012), pero este no fue el caso de nuestro estudio. Las familias con jefatura femenina no cuentan con otros apoyos distintos a los de sus familiares cercanos y por lo general, tampoco cuentan con una pareja estable que les ayude en la economía familiar, las labores del hogar o el cuidado de los hijos. Además, en este tipo de grupos familiares, las mujeres cabeza de familia suelen establecer relaciones de pareja de corta duración que dejan hijos quienes usualmente se quedan con la madre.

Las familias extensas con jefatura femenina fue otro tipo de configuración familiar encontrada. En estos grupos, las madres y sus hijos suelen convivir bajo el mismo techo con los abuelos de los niños y otros parientes cercanos. Para estos casos, la figura de los abuelos, pero especialmente de las abuelas, cobra gran importancia en las dinámicas de cuidado, pues son ellas quienes asumen la atención de los infantes mientras sus madres trabajan.

La participación de las abuelas en las dinámicas del cuidado de los infantes resulta de gran valor especialmente para las familias con jefatura femenina. Las abuelas además de proveer cuidado, ayudan a la transmisión de valores sociales, culturales y emocionales, aunque en las últimas décadas, este rol ha pasado de ser voluntario a una obligación que les implica un esfuerzo sobre agregado en los aspectos físicos, emocionales y económicos (Huarcaya, 2014).

En estos casos, las madres gestionan todo lo que tiene que ver con el cuidado de sus hijos y las abuelas brindan el cuidado presencial. Son ellas las que suelen levantar a los niños, bañarlos y vestirlos, alimentarlos, llevarlos y recogerlos en el colegio, acompañarlos en las áreas escolares y en sus actividades de juego. Algunas madres al llegar al hogar comparten tiempo con sus hijos, evalúan el cuidado que ha brindado la abuela y proveen los elementos necesarios para el cuidado. En ocasiones, algunas abuelas reciben pagos en efectivo o en especie por el cuidado de los niños aunque no suele común.

En un bajo porcentaje se encontraron *grupos familiares en los que existen arreglos de convivencia que no incluyen el parentesco*. En este tipo de familias las madres que viven con sus hijos comparten la vivienda con otras personas que no son sus familiares. En estos casos, las madres fungen como

proveedoras y no cuentan con el apoyo de sus familiares por lo que delegan el cuidado en estas personas. Esta delegación del cuidado generalmente se hace por lapsos de tiempos cortos y delimitados, por ejemplo, desde que los infantes regresan a casa del colegio hasta que la madre llega al hogar. En estos casos, estas personas no suelen asumir actividades de alimentación, higiene o apoyo en las áreas del niño, más bien, suele ser una actividad de vigilancia poco cercana.

Vale la pena mencionar que, no solo en este tipo de configuraciones familiares, existe una alta participación de los propios hijos en las actividades de cuidado. Por lo general el hijo mayor asume el cuidado de sus hermanos menores en ausencia de la madre aunque exista una supervisión lejana de otra persona. En la mayoría de los casos, ese hijo no solo realiza acciones de cuidado de otros niños, sino que asume labores propias del hogar (calentar y/o preparar alimentos, limpiar la casa, planchar, lavar la losa, lavar los baños, cuidar a las mascotas u otros animales, etc.), el cuidado de otras personas dependientes (discapacitados, adultos mayores) y realizar sus labores escolares. Los niños están entonces adquiriendo responsabilidades de cuidado en ausencia de las madres, debido a que las madres no encuentran otras posibilidades para cuidar. En estos casos, los niños suelen pasar largas jornadas sin la supervisión de un adulto responsable, lo que lleva a que se produzcan situaciones de riesgo que ya son muy conocidas por todos a través de los noticieros (Observatorio Social, 2015; Secretaría Distrital de Integración Social, 2010). En estos casos, las madres, sin que tengan otras alternativas, incurren en déficit de cuidado que pone en riesgo la integridad física y la vida misma de los hijos.

En las *familias nucleares* conformadas por padre, madre e hijos se encontró que muchas

mujeres trabajan para aportar a la economía familiar aunque esto no las libera de sus actividades de cuidado a los hijos y de las labores del hogar. En estos grupos, aunque se vislumbra cierto aporte de los padres, la responsabilidad de cuidado está aún centrada en las mujeres. Son ellas las que gestionan el cuidado y a la vez brindan ese cuidado con su presencia física en el hogar. Muchas de estas mujeres deben renunciar a trabajar jornadas completas y se vinculan solo por medio tiempo.

En términos generales, el estudio permite afirmar que independientemente de las configuraciones familiares, en estas poblaciones pobres, el cuidado directo de los hijos está a cargo de las madres en el 38% de los casos, de los padres en el 5% de los casos, de los abuelos en el 31% de los casos, de otros niños en el 16%, tíos 5% y otros 5%, aunque son las madres las que asumen en su totalidad la gestión del cuidado. Así, persiste entonces la desigualdad de género con respecto a los tiempos invertidos para el cuidado de los otros por parte de las mujeres. El Informe de Desarrollo Humano (2015) y el Observatorio de Asuntos de Género (2015) señalan las diferentes condiciones de desigualdad en cuanto a la labor familiar y a la participación social, pues en las últimas décadas, el rol de las mujeres como amas de casa y responsables del cuidado de sus hijos ha sufrido transformaciones importantes; la tendencia muestra que cada vez más mujeres se incorporan al mercado laboral y contribuyen al sustento del hogar sin que se les libere de las otras actividades que por costumbre venían realizando.

De igual forma, se puede establecer que las dificultades relacionadas con la provisión de cuidado de los infantes en estos grupos familiares, al derivar en gran medida de los bajos ingresos y de la vinculación al sector

informal de la economía productiva, genera en estas mujeres tensiones emocionales ocasionadas por la necesidad de dejar a sus hijos al cuidado de otros. Por lo general, en estas madres se produce un aumento de los niveles de estrés que lleva a presentar a su vez relaciones conflictivas y desestabilidad emocional. Dentro de los múltiples factores que afectan y elevan la tensión en los núcleos familiares se han identificado dificultades para la toma de decisiones con respecto al cuidado de los hijos, especialmente, cuando no se cuenta con recursos económicos para derivar este cuidado. En 2015 el Observatorio de Políticas de Familia (OPF) aseguró que las mujeres requieren de una entrada económica fija para garantizar ese cuidado, de lo contrario, muchas de ellas, el 12% en nuestro estudio, dejan de trabajar y se dedican por completo al cuidado de los hijos. En efecto, el pago justo por el esfuerzo de trabajar fuera del hogar muchas veces no se logra y la mujer opta por abandonar su trabajo.

Como se ha dicho, las mujeres del estudio se encuentran por lo general vinculadas al sector informal de la economía, de manera que aquellas madres que fungen como mujeres jefes de hogar y que no cuentan con el apoyo de otros miembros de la familia para el cuidado, suelen llevar a sus hijos pequeños al trabajo, donde realizan simultáneamente acciones derivadas del trabajo y del cuidado. Esto genera una presión adicional para las mujeres, debido a que no resulta sencillo conciliar estas dos actividades. Es claro que con los salarios devengados, las mujeres pobres rara vez pueden pagar a otros por el cuidado de sus hijos pequeños y ello implica un traslado del cuidado directo de los infantes al campo laboral. Adicionalmente, la vinculación al sector informal les impide a estas mujeres

disfrutar de las licencias de maternidad o contar con la cobertura del sistema seguridad social que ellas merecen (Guataquí-Roa, García-Suaza y Rodríguez-Acosta, 2011).

En términos generales, las mujeres continúan asumiendo todas las acciones derivadas del cuidado de los hijos. La distribución de tareas no siempre las favorece y en condiciones de pobreza, desempleo y soledad son ellas las que continúan al frente de las familias. Así, desde la perspectiva de género, las condiciones de las mujeres distan mucho de lo deseado y la configuración de una sociedad igualitaria y equitativa aún pertenece al mundo de los ideales.

Los apoyos estatales para el cuidado

Con los datos obtenidos en el estudio se puede afirmar que independientemente de las configuraciones familiares, las madres no poseen suficiente información relacionada con los programas gubernamentales que alivian el trabajo de cuidado o que mejoran la práctica de cuidado a los infantes. Las mujeres reconocen que es poco lo que saben sobre la existencia, funcionalidad y cobertura de servicios como los comedores comunitarios¹, cuyo propósito es brindar una alimentación adecuada a niños, mujeres gestantes y ancianos de los sectores más pobres y vulnerables de la capital. A su vez, es poco lo que las madres saben sobre las guarderías públicas y aquellas que las conocen creen que éstas no ofrecen la seguridad requerida para el cuidado de sus hijos. Esta percepción está relacionada con la información que transmiten los medios de comunicación acerca de los casos de violación de infantes o muertes por accidentes que se han presentado en estos lugares. Este hallazgo coincide con lo reportado por la ENDS (2010) que afirma

que la razón principal por la cual los niños y niñas del Distrito Capital no asisten a ningún programa de atención a la infancia es porque el 71% de los padres prefieren cuidarlos en la casa. Durante las entrevistas, las mujeres aseguraron que el cuidado de los hijos, especialmente de los más pequeños, es una responsabilidad que solo le atañe a la familia, y que es al interior de este grupo que se deben resolver todos los asuntos relacionados con el cuidado. De igual forma se logra percibir que son las mismas mujeres las que consideran que el cuidado es un asunto femenino, mientras que los hombres deben apoyar el cuidado pero no asumirlo en su totalidad porque ellos poco saben de eso.

Y aunque la mayoría de las madres del estudio no utilizan los programas estatales, existe un número reducido de mujeres que sí lo hacen. Pero a pesar de la existencia de algunos programas estatales que ayudan al cuidado de los infantes, las madres perciben como escasa la ayuda por parte del Estado. Ellas coinciden al afirmar que la principal dificultad que tienen frente a las acciones de cuidado, es garantizar las tres alimentaciones diarias para sus hijos y que no es fácil enviarlos solos a los comedores comunitarios porque no hay quien los vigile durante los desplazamientos. Así, la carga de trabajo y en consecuencia el poco tiempo que las madres pasan en el hogar, pone en riesgo la integridad física y emocional de los infantes por cuanto no están garantizadas las acciones de cuidado.

Para el caso de los hijos más grandes, en especial, los que se encuentran entre los 6 y 12 años de edad, los programas de cuidado ofrecidos por el Estado son más limitados. Este grupo de infantes solo cuenta con programas recientes como los restaurantes escolares de los colegios públicos, la educación gratuita y en jornada completa y

el programa de jóvenes en acción que brinda un recurso económico a la familia a cambio de mantener a los chicos escolarizados y afiliados al sistema de salud subsidiado (Lima, Guerra y Salvador, 2016). Sin embargo, el porcentaje de población que se beneficia de estos programas aún sigue siendo muy bajo.

La escasa participación del Estado en los cuidados de los infantes está en contra de las órdenes jurídicas que se construyen en el marco de la normativa internacional, la Constitución Política de Colombia y el Código de la Infancia y la Adolescencia. En cada uno de estos mandatos se reconoce la responsabilidad política, social e institucional del Estado para garantizar la protección integral de la infancia y la adolescencia. Esta protección Integral contempla cuatro tipos de acción afirmativa de los derechos, conforme a lo estipulado en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño: reconocimiento, garantía, prevención y restablecimiento de derechos (Unicef, 2013).

La situación en Colombia con respecto a políticas estatales eficaces para aliviar la carga del cuidado de las mujeres pobres, contrasta con los avances que en materia de políticas se han logrado en otros países latinoamericanos como Argentina, Chile y Uruguay (Ley 26061/5 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en Argentina; Ley 20595 de 2012 que crea el Subsistema de Protección y Promoción Social, en Chile; Ley 17.823 o Código de la Niñez y la Adolescencia de Uruguay).

CONCLUSIONES

Aunque existen algunos programas del Estado colombiano que intentan apoyar el cuidado y educación de los infantes, las

acciones de cuidado aún se encuentran familiarizadas y centradas en la mujer como principal responsable. Sin embargo, el trabajo sostenido de sectores sociales que incluyen a la academia, las organizaciones sociales de mujeres y los grupos movilizados por los derechos de la mujer y la infancia, han favorecido que algunos Senadores de la República estén trabajando una propuesta para la formulación de una política pública de cuidado. Para ello, se requiere que se atienda a los resultados de las investigaciones que han tratado este tema, pues se trata de construir un buen vivir para las personas y colectivos que configuran el capital humano para el desarrollo de este país. En efecto, las políticas de cuidado deberán tener en cuenta la gran variedad de características culturales de los cuidadores primarios, las implicaciones que sobre el cuidado tiene el nivel social y económico que se ocupe, las bajas oportunidades laborales de las mujeres más pobres, las extenuantes jornadas de trabajo para las mujeres cabezas de familia, la persistencia de la vinculación de las mujeres pobres al sector informal de la economía, la inexistencia de redes sociales de apoyo para el cuidado de los infantes y la persistencia de actitudes de prepotencia de los varones con respecto de las mujeres.

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestros agradecimientos a la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, FUCS, por el apoyo en la ejecución de esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcaldía Mayor de Bogotá (2013). *Rostros y rastros: razones para construir ciudad*. Bogotá: Dirección de Equidad y Políticas Poblacionales.

- Alcaldía Mayor de Bogotá (2015). *Encuesta Multipropósito 2014. Principales resultados en Bogotá y la Región*. Bogotá: Dirección de Políticas Públicas.
- Alcaldía Mayor de Bogotá (2017). *Marco para las políticas públicas y lineamientos para el planeamiento del desarrollo de la infancia y la adolescencia en el municipio*. Bogotá: Secretaría de Integración Social.
- Caballero, J.A., Moctezuma, G., Maqueo-Ramírez, M.S. (2014). Programa Seguro Médico Siglo XXI: una propuesta de política pública para fortalecer el derecho a la salud de la primera infancia en México *Revista Derecho del Estado*, 33, 173-204.
- Centro Nacional de Consultoría (2012). ¿Cómo es la nueva familia colombiana? *Revista Credencial*. Recuperado de <http://www.revistacredencial.com/credencial/noticia/actualidad/como-es-la-nueva-familia-colombiana>.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2011). *Encuesta de comportamientos y actitudes sobre sexualidad en niñas, niños y adolescentes escolarizados*. Bogotá: Dane.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2016). Boletín Técnico: Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia, 2015. Cód.: DIE-020-PD-01-r7_v2. Bogotá: Dane.
- Durán-Strauch, E., Valoyes, E. (2009). *Perfil de los niños, niñas y adolescentes sin cuidado parental en Colombia*. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* 7(2), 12-18.
- Echeverri L. (2017). *Tendencias o rupturas de la familia colombiana. Una Mirada retrospectiva y prospectiva*. Bogotá: Departamento de Antropología Universidad Nacional de Colombia.
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2010). *Características generales de los hogares y la población*. Bogotá: INEC.
- Espinoza, M., Jofre, K. & Aravena, V. (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y enfermería*, 18(2), 23-30.
- Gaviria, A., Correa, L., Dávila, C.; Burgos, G., Girón, S., Osorio, E. & Corredor, J. (2016). *Resumen Ejecutivo Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015*. Bogotá: Ministerio de Salud y Profamilia.
- Ghirardi, M. (2012). Parejas conyugales en transformación. *Revista Latinoamericana de Población*. 6 (11), 135-139.
- Guataquí-Roa, J.C., García-Suaza, A. & Rodríguez-Acosta, M. (2011). *El perfil de la informalidad laboral en Colombia*. 2011. Recuperado de http://www.urosario.edu.co/urosario_files/84/84048d18-e754-4f80-afc5-f80d4b092260.pdf.
- Huaracaya, G. (2014). *Mapa mundial de la familia 2013: Los cambios en la familia y su impacto en el bienestar de la niñez. Un informe de Social Trends Institute and Trends Child* Lima: Trends Child.
- Ley 1098 de 2006, Por la cual se expide el Código de Infancia y Adolescencia. Bogotá, 2006.
- Ley 1361 de 2009. Por medio de la cual se crea la Ley de Protección Integral a la Familia. No. 47.552. Bogotá, Diciembre 3 de 2009.
- Ley 1413 del 11 de noviembre del 2010. Por medio de la cual se regula la inclusión de la economía del cuidado en el sistema de cuentas nacionales. Bogotá, 2010.
- Ley 1822. Por medio de la cual se incentiva la adecuada atención y cuidado de la primera infancia, se modifican los artículos 236 y 239 del código sustantivo del trabajo y se dictan otras disposiciones. Enero 4 de 2017.
- Ley 20595 de 2012 que crea el Subsistema de Protección y Promoción Social, en Chile.
- Ley 26061/5 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en Argentina.
- Ley N.º 17.823. Código de la niñez y de la adolescencia. Uruguay.
- Lima, M., Guerra, M. & Salvador, J. (2016). *Relación entre el funcionamiento familiar y los estilos de vida de los adolescentes en edad escolar*. Madrid: Elsevier Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862116301280-5200> (Consultado 20-05-2017).
- Matía, N. (2017) *Las uniones libres: análisis legislativo y jurisprudencial*. Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Meléndez, L. & Solano, V. (2017). La desnutrición y el estrés van a la escuela: pobreza infantil y neurodesarrollo en América Latina. *Innovaciones Educativas*. 19(27), 34-44.
- Ministerio de Educación. (2010). *Atención a población vulnerable*. Recuperado de <http://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-235112.html>.
- Minujín, A., Bagnoli, V., Osorio, A. & Aguado, L. (2015). *Primera infancia cómo vamos*. Recuperado de https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/librol_primera_infancia_completo_gidr.pdf.
- Observatorio de Asuntos de Género. (2015). *Tolerancia social e institucional de las violencias contra las mujeres en Colombia*. Bogotá: Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer. Recuperado de http://www.equidadmujer.gov.co/oag/Documents/oag_boletin-19-marzo2015.pdf.
- Observatorio de Políticas de las Familias (2015). *Tipologías de Familias en Colombia: Evolución 1993-2014*. Recuperado de [https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Portals/0/Tipologias%20evolucion_dic3%20\(2\).pdf](https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Portals/0/Tipologias%20evolucion_dic3%20(2).pdf).



- Observatorio Social (2015). *La primera infancia en Argentina*. Recuperado de <http://www.observatoriosocial.com.ar/images/articulos/infancia-en-la-argentina.pdf>.
- Pérez Serrano, G. (2002). *Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes. Técnicas y análisis de datos*. Madrid: La Muralla.
- Revista Semana (2013). *La Familia en Colombia está en crisis*. Disponible en <http://www.semana.com/vida-moderna/articulo/la-familia-colombia-esta-crisis/351347-3>.
- Secretaría de Planeación. (2013) *Actualización de estratificación en Bogotá para más de 35 mil viviendas nuevas*. Bogotá: Departamento Distrital de Planeación.
- Secretaría Distrital de Integración Social (2010). *Política pública para las familias de Bogotá 2011-2025*. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Secretaría Distrital de Integración Social (2012). *Proyecto 735: desarrollo integral de la primera infancia*. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Buenos Aires: Planeta.
- Tronto, J. (2009). *Care démocratique et démocraties* du care, en: Pascale, M., Laugier, S., Paperman, P. *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- Ullmann, H., Maldonado-Valera, C. & Rico, M.N. (2014). *La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010. Los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado*. Recuperado de https://www.unicef.org/lac/S2014182_es.pdf.
- Unicef (2013). *Cuadro sobre legislación en materia de Infancia y Adolescencia*. Recuperado de <http://unicef.cl/web/cuadro-sobre-legislacion-en-materia-de-infancia-y-adolescencia/> (Consultado 26-09-2017).

NOTA

- ⁽¹⁾ Los comedores comunitarios en Bogotá se consolidan en el gobierno del alcalde mayor de la capital Luis Eduardo Garzón. Su programa *Bogotá Sin Hambre* pretendía satisfacer las necesidades alimentarias de 625.000 ciudadanos en condición de pobreza.

Estudio de casos sobre la mutilación genital femenina «Jadare» en la cultura fulbe (Guinea Bissau)

Cases studies about female genital mutilation «Jadare» in the culture fulbe (Guinea Bissau)

Estudo de caso sobre mutilação genital feminina «Jadare» na cultura fulbe (Guinea Bissau)

Cadidjato Baldé¹, Almudena Arroyo Rodríguez²

¹Enfermera. Asistente Honoraria en el Semillero de Investigación "José Bueno O.H." Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios, Universidad de Sevilla. Miembro del Grupo de Investigación de "Enfermería y Cultura de los Cuidados (EYCC)", Universidad de Alicante. Correo electrónico: cadidjatobalde@gmail.com

²Enfermera, Licenciada en Antropología Social y Cultural, Doctora por la Universidad de Sevilla, Profesora en Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios, Universidad de Sevilla. Miembro del Grupo de Investigación de "Enfermería y Cultura de los Cuidados (EYCC)", Universidad de Alicante. Correo electrónico: almudena.arroyo@sjd.es

Cómo citar este artículo en edición digital: Baldé, C. & Arroyo, A. (2019). Estudio de casos sobre la mutilación genital femenina "Jadare" en la cultura fulbe (Guinea Bissau). Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.15>

Correo electrónico de contacto: cadidjatobalde@gmail.com

Recibido: 16/11/2018; Aceptado: 12/01/2019



ABSTRACT

Objective: Female genital mutilation covers all procedures that, intentionally and for non-medical reasons, alter or damage, partially or totally, the female genital organs whether for cultural or religious reasons.

It is estimated that between 100 and 140 million girls and women around the world have suffered one of the first three types of female genital mutilation. "In Europe, it affects approximately 500,000 girls, and in countries such as Spain, around 17,000 girls are at risk of suffering from this practice.

The main objective of the study is to describe the female genital mutilation/*jadare* from the perspective of the Fulbe culture, in order to provide strategic measures, which

help the health professional to carry out an appropriate intervention.

A case study has been carried out. The data were obtained from the semi-structured interviews conducted with 5 subjects of the Fulbe culture, three women and two men; of informal conversations and thorough observation of the participants.

Currently, in fulbe culture, traditions such as FGM are common practices that they maintain despite their prohibition. Within the Fula community, *Jadare* is the term used to refer to those activities carried out as a process of initiation into adulthood for girls, before their first menstruation and subsequent marriage. The meaning of this day within the Fulbe culture differs

substantially from the meaning that in Spain and other European countries attribute to FGM.

After carrying out an exhaustive observation and several interviews, we can confirm that female genital mutilation is a practice implemented within the Fulbe culture by tradition "*Co Fina Tauwa*". That is the reason why some reject its prohibition.

Keywords: Genital mutilation, circumcision female, culture, transcultural nursing.

RESUMO

Objetivo: A mutilação genital feminina (MGF) inclui todos os procedimentos que, intencionalmente e por razões não médicas, alteram ou afetam parcial ou totalmente os órgãos genitais femininos, seja por razões culturais ou religiosas. Estima-se que entre 100 e 140 milhões de mulheres e mulheres em todo o mundo tenham sido um dos primeiros tipos de mutilação genital feminina. Na Europa, aproximadamente 500.000 meninas e em países como a Espanha, cerca de 17.000. O principal objetivo deste estudo é descrever a mutilação genital feminina/Jadare na perspectiva da cultura, a fim de fornecer medidas estratégicas, ajudar o profissional de saúde a realizar uma intervenção adequada.

Foi realizado um estudo de caso. Os dados foram obtidos a partir das entrevistas semiestruturadas realizadas com 5 sujeitos da cultura Fulbe, três mulheres e dois homens; de conversas informais e observação minuciosa dos participantes.

Atualmente, na cultura fulbe, tradições como a MGF são práticas comuns que mantêm apesar de sua proibição. Dentro da comunidade Fula, Jadare é o termo usado para se referir às atividades realizadas como um processo de iniciação na idade adulta para meninas, antes de sua primeira

menstruação e casamento subsequente. O significado deste dia dentro da cultura Fulbe difere substancialmente do significado que na Espanha e outros países europeus atribuem à MGF.

Após a realização de uma observação exaustiva e várias entrevistas, podemos confirmar que a mutilação genital feminina é uma prática realizada dentro da cultura Fulbe pela tradição "*Co Fina Tauwa*". É por isso que alguns rejeitam sua proibição.

Palavras chave: Mutilação genital feminina, ablação, cultura, enfermagem intercultural.

RESUMEN

La mutilación genital femenina (MGF) comprende todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan de forma parcial o total los órganos genitales femeninos, ya sea por motivos culturales o religiosos. Se estima que entre unos 100 y 140 millones de niñas y mujeres de todo el mundo han sufrido algún tipo de mutilación genital femenina. En Europa, afecta aproximadamente a unas 500.000 niñas, y en países como España en torno a 17.000 están en riesgo de sufrir dicha práctica.

El principal objetivo de este estudio, es describir la mutilación genital femenina/jadare desde la perspectiva de la cultura fulbe, con el fin de aportar unas medidas estratégicas, que ayuden al profesional de salud a realizar una intervención adecuada.

Se ha llevado a cabo un estudio de casos. Los datos se han obtenidos de las entrevistas semiestructuradas realizadas a 5 sujetos de la cultura fulbe, tres mujeres y dos hombres; de las conversaciones informales y de observación exhaustiva de los participantes.

Actualmente, en la cultura fulbe, tradiciones como la MGF son prácticas habituales que mantienen a pesar de su

prohibición. Dentro de la comunidad fula, *Jadare* es el término usado para referirse a aquellas actividades llevadas a cabo como proceso de iniciación a la edad adulta para las niñas, antes de su primera menstruación y posterior matrimonio. El significado de este día dentro de la cultura Fulbe difiere sustancialmente del sentido que en España y otros países europeos atribuyen a la MGF.

Palabras clave: Mutilación genital femenina, ablación, cultura, enfermería transcultural.

1.- INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), *“la mutilación genital femenina (MGF) comprende todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan de forma parcial o total los órganos genitales femeninos u otras lesiones de los órganos genitales, ya sea por motivos culturales o religiosos”* (OMS, 2018). Aunque este término fue acuñado en 1990 por el Comité Inter Africano para las prácticas tradicionales que afectan a mujeres e infancia (Elise, 2016).

1.1.- Justificación

El principal motivo de elección de este tema, la mutilación genital femenina en la cultura fulbe (Guinea Bissau), es debido a la clara necesidad de conocer las experiencias de hombres y mujeres relacionadas con la MGF; nos interesa conocer las opiniones y discursos sobre la MGF desde diferentes perspectivas, es decir, desde la perspectiva de las mujeres y de los hombres fula. Del mismo modo, pretendemos explorar las medidas de actuación en este campo que llevaba a cabo una antigua curandera o *“fanateca”* así como las prácticas de un médico residente en la población de estudio todo ello contextualizado en la cultura fulbe,

dentro sus tradiciones y costumbres relacionadas con la MGF.

La inquietud por este tema incluye también un cierto grado de desconocimiento por parte de los profesionales sanitarios en relación con la mutilación genital femenina (García Aguado & Sánchez López, 2013), lo que dificulta que se pueda realizar un abordaje terapéutico acorde a las necesidades de estas personas. Y para poder establecer medidas de prevención adecuadas destinadas a erradicar este tipo de prácticas, se hace necesaria la elaboración de este tipo de estudios que ayuden a comprender este fenómeno desde dentro de la cultura para atender de forma adecuada a la población de niñas y mujeres, que estén en riesgo de ser mutiladas, o a aquellas que ya hayan sido sometidas a la Ablación (A)/MGF.

Se estima que entre unos 100 y 140 millones de niñas y mujeres de todo el mundo han sufrido algún tipo de mutilación genital femenina (García Sedano, 2017). Dichas estimaciones indican que 91,5 millones de mujeres y niñas mayores de 9 años en África sufren actualmente las consecuencias de dicha práctica, y se estima que unos 3 millones de niñas están en riesgo de ser mutiladas cada año (Alcaraz, González & Ruiz, 2015).

La mutilación genital femenina se encuentra implantada en 28 países de África, y en países de Asia y Oriente Medio, así como en Indonesia, Malasia y en determinados grupos étnicos de América Central y del Sur (Sequi, Touray & Piniella, 2013).

1.2.- Antecedentes y lagunas de conocimiento

1.2.1.- Información del país

Guinea Bissau es un país que se localiza en África occidental y, según datos estadísticos

publicados por la OMS en 2015, cuenta con una población total de 1.844.000 habitantes. El idioma oficial es el portugués, ya que Guinea fue colonizada por los portugueses, aunque en 1973 logró la independencia; y actualmente el Criollo es el idioma más hablado del país (OMS, 2015).

Guinea Bissau forma parte de uno de los 28 países africanos en los que se realiza la MGF, y afecta a una amplia población de niñas y mujeres (Unicef, 2009).

La ablación del clítoris resulta ser una de las prácticas más frecuentes en Guinea Bissau (Ruiz, 2015).

1.2.2.- Motivaciones y complicaciones de la MGF

Según datos publicados en un estudio de la revista *Nuberos*, las principales causas por las cuales se realiza la MGF engloban diferentes razones (Saiz & Gómez, 2015):

- Sociológicas: representa un ritual de iniciación para las niñas a la edad adulta e integración en el grupo familiar y social al que pertenecen.
- Higiénicas y estéticas: a muchas niñas y mujeres se les somete a estas prácticas por considerar que sus genitales son sucios y antiestéticos.
- Sexuales: con el objetivo de disminuir el deseo y controlar la sexualidad femenina.
- Sanitarias: prevenir enfermedades y mejorar la fertilidad y supervivencia.
- Religiosas: aunque la prevalencia procede de la cultura, en muchos otros países se basan en que es un requisito religioso que forma parte de un rito de iniciación a la edad adulta; en este sentido, el Corán no hace alusión a la ablación en sus escritos, a diferencia de la Biblia en relación con los hombres.
- Socioculturales: la MGF forma parte de un requisito indispensable antes del

matrimonio.

Es importante destacar que, a pesar de la creencia falsa de que estas prácticas se ejecutan por motivos religiosos relacionados con el Islam, debemos recalcar que no aparece reflejada la MGF en ningún libro sagrado de esta religión; y además, es practicada no sólo por musulmanes, sino también por cristianos y judíos (Elise, 2016).

En cuanto a las complicaciones, las podemos clasificar en (Jiménez, Almansa, Pastor & Pina, 2012):

- A) **A corto plazo:** hemorragia, infección, sepsis, daño de tejidos cercanos a la zona circuncidada -vagina, uretra, recto, y shock, que puede provocar la muerte como consecuencia del intenso dolor no controlado.
- B) **A largo plazo:** a su vez, las podemos clasificar en:
 - Físicas: provocan infecciones del tracto urinario, infertilidad, fístulas, infecciones de la pelvis, quistes, ETS y dismenorrea, entre otras.
 - Psicológicas-Psicosomáticas: trastornos de la alimentación, insomnio, alteraciones del estado de ánimo, pesadillas recurrentes relacionadas con la experiencia vivida, ansiedad, ataques de pánico, disminución de la capacidad para concentrarse, problemas de aprendizaje; y en el ámbito sexual, dolor durante las relaciones sexuales, sangrado, deseo sexual reducido, insatisfacción y necesidad de cirugía en el primer intento de establecer relaciones sexuales.

En el proceso de parto, en muchas ocasiones se debe hacer una *episiotomía*, es decir, una incisión en el perineo femenino,

con el fin de ampliar la zona del canal *blando* para facilitar la salida del bebé durante el parto, cuya herida corre un riesgo elevado de infección. Asimismo, se dificultan las exploraciones obstétricas, hay una mayor frecuencia de cesárea, partos prolongados, aumento del riesgo de mortalidad tanto de la madre como del feto, hemorragia tras el parto y mayor posibilidad de reanimación del recién nacido (Yassin, Hadeel, Ali & Abdel Aziem, 2018).

1.2.3.-Lo que aporta nuestro estudio

Tras explorar las diferentes bases de datos, tales como Scopus, Web of Science, Cuiden Plus, Dialnet, Pubmed, Scielo y Cinahl, también se exploraron fuentes documentales de ámbito nacional e internacional (bibliotecas de la Universidad de Sevilla y páginas webs de organizaciones como la OMS, UNICEF, UNFPA, y la ONG Pueblos en Marcha; no se ha encontrado ninguna publicación en la que se incorporen las perspectivas de las personas que realizan la MGF y tampoco sobre la cultura fulbe. Por ello, en nuestro estudio hemos incorporado el testimonio de una antigua *fanateca*, es decir, una curandera que realizaba la mutilación genital femenina en Guinea Bissau, y que actualmente no lo hace por las razones que pretendemos averiguar. Creemos que es la persona clave para lograr la erradicación de la MGF mediante la incorporación de nuevos datos y perspectivas que pueden ser necesarias para la realización de una adecuada prevención e intervención de manera integral en los diferentes ámbitos en los que se lleva a cabo.

1.3.-Marco teórico y conceptual

Este caso se plantea desde la convicción de que la mutilación genital femenina es el resultado de una práctica que se realiza bajo un conjunto de normas, tradiciones y

costumbres sociales que se han ido manteniendo a lo largo del tiempo en una sociedad determinada; y se ha ido transmitiendo de una generación a otra, independientemente de la influencia de la religión y del conocimiento que se tengan acerca de los posibles daños físicos y psicológicos que pueden sufrir las mujeres y niñas sometidas a dicha práctica (Pastor Bravo, Almanza Martínez, Jiménez Ruiz & Pastor Rodríguez, 2015).

La complejidad de la mutilación genital femenina varía en función de su gravedad y depende del tipo (Ruiz, Almansa Martínez & Bravo, 2016).

Este tipo de prácticas engloban un fuerte carácter cultural y de género, lo que dificulta su erradicación (Jiménez R., Almansa, Pastor & Pina, 2012). Ya que la cultura, desde la perspectiva de la antropología del cuidado, incluye un conjunto de comportamientos, ideas, valores, creencias, y sentimientos (Alcaraz, González & Ruiz, 2013); y por ello, es necesario escuchar las opiniones y diferentes perspectivas, tanto de una antigua curandera "*Fanateca*", como de un médico fula íntimamente relacionados con este tipo de prácticas dentro de la cultura Fulbe, ya que ello permitirá al profesional obtener información que le ayude a elaborar un plan de detección y prevención adecuada desde los centros de atención al paciente, sobre todo desde el área de enfermería.

Para ello, es requisito indispensable incorporar la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales de Madeleine Leininger, la cual establece que las personas que proceden de otras culturas diferentes a las del profesional de enfermería pueden aportar información valiosa para orientar al profesional, con el fin de que éste pueda ofrecerles unos cuidados adecuados y acordes a sus

necesidades (Leininger, 2007).

1.4.- Objetivos

- ❖ Describir la cultura de los Fula, pertenecientes al poblado de Paunca (Guinea Bissau).
- ❖ Describir la mutilación genital femenina/*jadare* desde la perspectiva de la cultura Fulbe.

2.- DESCRIPCIÓN DEL CASO

Teniendo en cuenta los objetivos marcados, procederemos a realizar una descripción densa de los resultados tras realizar una observación de forma exhaustiva, y las entrevistas, enfocadas al estudio de casos planteado sobre la mutilación genital femenina en la cultura fulbe (Guinea Bissau).

Durante el trabajo de campo, las técnicas utilizadas para la recolección de la información han consistido en conversaciones informales, entrevistas semiestructuradas con informantes claves, así como con nuestros participantes.

En primer lugar, y para facilitar una mejor comprensión de la redacción a lo largo del transcurso del trabajo, vamos a dar un nombre ficticio a cada una de las personas que han sido entrevistadas, con el fin de mantener su anonimato. Es por ello que a la mujer fula con MGF la llamaremos Gale, a la *fanateca* Mariama, al hombre fula, Ussumane, Tai a la ex novia de éste, y, por último, al médico fula de Paunca, lo llamaremos Malam.

Para la realización de las entrevistas, fue necesario trasladarse desde España (lugar de residencia de la investigadora principal) hasta Portugal (lugar de residencia de las personas entrevistadas). Durante las entrevistas, se siguió en todo momento el

guion que se había establecido previamente en relación con los objetivos del estudio, aunque a medida que transcurrían las entrevistas, surgía información tan relevante que hacía necesario realizar otro tipo de preguntas, aprovechando de esta forma la riqueza del contenido que ofrecían.

Todas las entrevistas se realizaron en fula, lengua hablada por la cultura fulbe, y en nuestro caso, tanto Ussumane como Malam hablaban además el portugués. Sin embargo, Gale hablaba, además del fula, Criollo, y Mariama sólo el fula. Y la gran dificultad añadida en este trabajo es que las entrevistas realizadas en fula, además de transcribirlas fueron traducidas al español por parte de la investigadora principal del trabajo, nativa de Guinea Bissau.

El fula es una lengua hablada que no sigue unas reglas gramaticales como ocurre en otros idiomas, ya que no tiene artículo ni género, y sus sonidos vocales se escriben usando consonantes de otras lenguas, como es el caso del criollo o portugués. De hecho, algunos sonidos de las palabras no pueden escribirse, al no existir una conjugación de consonantes para formar esas palabras.

Por ello, el trabajo ha requerido una mayor dedicación de la que se esperaba para la transcripción.

Tras las entrevistas, Malam nos comenta que tiene sesenta años, y que lleva ejerciendo su profesión desde hace más de veinte años. Es residente en Portugal, pero con nacionalidad de Guinea Bissau. En cuanto a Mariama afirma que siempre vivió en Paunca, apenas ha salido del pueblo más de dos años. Nos cuenta que actualmente reside en Portugal por problemas de salud. En 2017 acudió a la tradicional peregrinación de La Meca, donde sufrió una caída que le provocó una fractura de cadera; por ello, debe quedarse en Portugal en compañía de su hijo hasta recuperarse.

Comenta que, a sus sesenta y ocho años, no soporta el frío de Europa, y que preferiría volver a Guinea, a pesar de que allí carece de medios para recuperarse lo más pronto posible, pero se queda por voluntad de su hijo. Gale asegura que trabaja en servicios de limpieza en hoteles y que además, lo compagina con su puesto de peluquería haciendo trenzas en las calles durante el verano. No tiene hijos/as ya que aún no está casada; también afirma que lleva viviendo en Portugal desde hace cuatro años, que desea visitar a Guinea lo más pronto posible. Ussumane trabaja como cocinero en un pequeño restaurante Italiano en Portugal, y además suele trabajar como pintor ya que el sueldo que obtiene como cocinero, no le permite cubrir todos los gastos del mes. Afirma que la falta de estudios le dificulta para encontrar un trabajo estable. Nos comenta la admiración que siente hacia Tai (su ex novia), a la cual describe como trabajadora y una mujer luchadora.

A continuación, hemos realizado el análisis de los datos y su posterior triangulación de desde las cinco perspectivas (entrevistas individuales); y hay que tener en cuenta que esta estrategia se ha establecido, porque los resultados obtenidos de las entrevistas ofrecen respuestas similares en cuanto a la descripción de la cultura fulbe y el ritual *jadare*.

2.1.- Descripción de la cultura

Como sabemos, Guinea Bissau es un país africano que se localiza al este del Océano Atlántico y limita con Senegal al norte, y al sur con Guinea. La moneda que utiliza es el Franco CFA, y el idioma hablado por todos los habitantes es el criollo, aunque convive con muchos dialectos nativos, entre los que cabe destacar el Fula.

Al noreste de Bissau, en la región de Gabu

se localiza un amplio grupo de fulas en un pequeño poblado llamado Paunca; de hecho, sus habitantes se hacen llamar Fulbe Paunca o Fulas de Paunca, para recalcar de dónde proceden.

A través de censos realizados en 2015 por la ONG Pueblos en Marcha, sabemos que Paunca cuenta con un total de 680 habitantes de fulas, todos pertenecientes al Islam, entre los cuales predomina principalmente la población joven (0-20 años), ya que la esperanza de vida ronda entre los 60-65 años.

Malam nos cuenta que el pueblo tiene un pequeño hospital, al que solamente se puede acceder previo pago de los costes de la asistencia sanitaria. Afirma que tiene su clínica privada en su domicilio, y atiende a los usuarios con posibilidad de pago posterior con algún animal -en el caso de que la persona no se lo pueda permitir- o dinero.

Los sujetos de estudio refieren que a las niñas las casan muy jóvenes (15-16 años), tras su primera menstruación; y el matrimonio se contrae a veces con la pedida de mano al padre, y otras veces en concordancia con la esposa, o en su mayoría, con la persona que decidan sus padres a cambio de algún beneficio económico, ya sea una vaca, tierra, dinero, etc.

Como parte de la tradición, antes de casarse, a las niñas se les debe practicar el ritual *Jadare* a la edad que oscila entre los seis meses y los nueve años de edad por la "Curandera" (*Jadinodo-oh/Fanateca*).

Según indica Mariama, en la cultura fulbe la mujer fula, una vez casada, debe ir con un pañuelo que le cubra la cabeza y parte de la cara, siempre que sea fuera del domicilio. Sin embargo, a diferencia de las mujeres ancianas, la mayoría de mujeres jóvenes y casadas suelen salir con el pelo descubierto, o simplemente cubierto de forma parcial.

Este perfil de mujer fula casada no varía

mucho del de la adolescente aún en casa de sus padres, ya que, a las niñas desde pequeñas se les enseña cómo llevar una casa, cocinando desde la edad de los nueve años, lavando la ropa de los hermanos, barriendo la casa, y en cierto modo haciendo diversas tareas que en el futuro deberá realizar sola. Ésta es una de las principales razones por las que muchas niñas abandonan los estudios.

Prácticamente toda mujer fula casada se traslada a vivir al domicilio del marido junto con el resto del grupo familiar, ya que en la cultura fulbe toda la familia se aloja en el mismo domicilio, es decir, suegros/as, hermanos/as, nietos/as, etc. Por ello, las casas suelen ser muy amplias -en el caso de aquellas familias que se lo puedan permitir- o en chabolas, la casa típica de familias con pobreza. Al no haber problemas en la distribución de terreno, se puede encontrar a un solo grupo ocupando hasta tres casas.

Hasta hace algunos años, un solo hombre podría tener hasta cerca de veinte hijos/as de madres distintas, pero actualmente en la población joven la perspectiva está cambiando, es decir, rara vez se encuentra a un hombre joven con tres esposas. Lo normal es encontrar a maridos con dos esposas, y con un número inferior de hijos/as.

En la cultura fulbe, como en todo el ámbito de la religión musulmana, cada año se practica el Ramadán durante un mes, es decir, el mes sagrado de todos los musulmanes en el que no se come ni se puede beber nada a lo largo del día -durante las horas de sol- en un periodo de un mes, aunque tanto el inicio del mes como la hora varían en cada país.

Durante esta etapa, es un deber de todo musulmán llevar a cabo esta práctica, no pudiendo además mantener relaciones sexuales incluso con la propia esposa. Y dentro de la cultura fulbe, las niñas en edad

de crecimiento no suelen hacer el ramadán sin antes haber sido practicadas la A/MGF, por no considerarse mujeres adultas y puras.

El último día del mes, se celebra la fiesta del Mubarak (Ramadán), en el que hay reencuentros familiares, una celebración similar a la Navidad católica.

Otra de las celebraciones es la fiesta del cordero, un día del año muy especial para los musulmanes, que representa el sacrificio de un cordero como agradecimiento a Dios "Allah".

En Paunca el sacrificio del cordero normalmente lo realiza el hombre con más edad del grupo familiar, y por cuestiones culturales rara vez suele hacerlo una mujer.

2.2.- Descripción de la MGF/Jadare desde la perspectiva de la cultura fulbe

Después de describir la cultura fulbe, procederemos a indicar de forma pormenorizada las diferentes perspectivas en relación con la MGF. En primer lugar, realizaremos un breve resumen de las características del procedimiento basado en la información obtenida de las entrevistas.

Dentro de la comunidad fula, *Jadare* es el término usado para referirse a aquellas actividades llevadas a cabo como proceso de iniciación a la edad adulta para las niñas, antes de su primera menstruación y posterior matrimonio. El significado de este día dentro de la cultura Fulbe difiere sustancialmente del sentido que en España y otros países europeos atribuyen a la MGF. Dentro de la cultura fulbe, la celebración de esta etapa implica una festividad, en la que se produce una aportación de regalos a la niña circuncidada, y la celebración del paso a la edad de la madurez, así como pureza. En caso de las niñas de seis meses de edad, la festividad es menos relevante, en este caso, lo habitual es realizar una comida

familiar a la semana de ser circuncidada.

Preguntamos tanto a Malam como a Mariama sobre el procedimiento a seguir para la realización de la MGF, *Jadare* para ellos. En primer lugar, Malam, que ha ejercido durante años la circuncisión masculina, y tratándose de ceremonias similares, nos comenta que se llevan a las niñas en grupos de cinco -normalmente suelen agruparse por algún parentesco familiar- el día anterior a la casa de la *Fanateca*. Allí esa noche las lavan y las visten con ropa nueva. La edad de las niñas suele ser muy similar.

El día de la ceremonia hay tambores, fiestas, cantos y bailes. Al mediodía normalmente las llevan en hombros de hombres seleccionados por la *Fanateca* a la zona de la selva, donde hay un árbol enorme "sagrado". Pero, cuando faltan unos doscientos metros para llegar, la *Fanateca* y sus ayudantes -tres mujeres más- ordenan a la comitiva que acompañan a los tambores que se den la vuelta en dirección al pueblo, ya que ningún hombre puede llegar a ese lugar sagrado, únicamente mujeres, y niñas que ya hayan sido circuncidadas.

Una vez allí, llevan a las niñas una a una -no pueden estar las demás presentes durante el momento de la mutilación-, una de las mujeres se queda con el resto de las niñas, y las otras dos ayudan y sujetan a la niña para que la *Fanateca* pueda realizar el corte sin provocarle más lesiones con el cuchillo en otra parte del cuerpo.

Después de la realización de la mutilación, el grupo regresa de nuevo al pueblo, pero se quedan en casa de la *Fanateca*, que cuida de ellas durante una semana. Justo el día que se cumple la semana, se realiza una ceremonia en casa de cada una de ellas, en la que se les dan los regalos.

DISCUSIÓN

Tras el análisis de los datos obtenidos de las entrevistas y la observación exhaustiva de los participantes durante el transcurso de la misma, se puede afirmar que hay una clara existencia de un choque cultural entre dos fenómenos que, desde diferentes perspectivas culturales, hacen referencia a una misma práctica. La OMS como ya hemos mencionado, define la MGF como "*todo procedimiento que, de forma intencional y por motivos no médicos, altera o lesiona de forma parcial o total los órganos genitales femeninos u otras lesiones de los órganos genitales* (OMS, 2018), y gran parte de la población a nivel mundial así lo considera. Sin embargo, parte de la comunidad fula entiende esta definición como una agresión, una ofensa para su cultura, ya que para ellos la práctica a la que denominan *Jadare* tiene otro significado, otro valor sagrado en su ámbito cultural, es decir, rito purificador de paso a la edad adulta.

Es importante destacar que, tras las entrevistas, observamos que existe un inmenso miedo por parte de las personas íntimamente relacionadas con estas prácticas, temen lo que conlleva su ejecución, la pena de prisión y por ello lo realizan a escondidas. Y opinamos que una forma de actuación adecuada para su definitiva erradicación, incluye la información en todos los medios de comunicación de estos países respecto a las consecuencias de infringir las leyes, y dar formación relacionada con las consecuencias negativas relacionadas con estas prácticas. En el estudio de Belchía, Ruiz, Bravo & Martínez (2016), se indican unas medidas de actuación que pueden ayudar al profesional a prevenir la realización de la MGF, por ejemplo el uso y conocimiento de la existencia de protocolos en la detección prevención de la MGF. En este sentido, desde la enfermería como cualquier otra

área de salud, se puede contribuir a ello aprovechando cualquier contacto con personas residentes en España que procedan de países en los que se llevan a cabo la MGF.

Por último, debemos afirmar que existe un problema cultural de fondo en todo el ámbito que engloba la mutilación genital femenina. Frente a la opinión de las personas que entienden la mutilación genital femenina como una agresión o una violación; en otras culturas africanas, como la cultura fulbe, interpretan el *Jadare* como algo sagrado, algo significativo, e interpretan el término MGF como una ofensa. Y finalizamos añadiendo que, a pesar de nuestra perspectiva en relación con la MGF, tendremos mayor probabilidad de acceso a estas personas si desde un primer momento nos ponemos en el lugar de ellas, es decir, empleando la perspectiva Emic y entender que esa persona conoce estas tradiciones desde que nació, y carece de formación para tener nuestra misma visión de la situación.

La MGF es un problema de salud pública (Rey, 2016), por ello, nuestro papel como profesionales sanitarios es relevante gracias a las opiniones que en zonas como Paunca se dan acerca de los conocimientos que posee el personal sanitario europeo, ya que en estas zonas la palabra del profesional con formación tiene gran peso. Aprovechemos esta visión de nuestro conocimiento como algo positivo y como herramienta para el cambio y la erradicación de estas prácticas.

3.- CONCLUSIONES

De forma general, tras haber indagado sobre la cultura fulbe, podemos afirmar que, al noreste de Bissau, se localiza un pequeño poblado llamado Paunca con aproximadamente 680 habitantes pertenecientes a la cultura fulbe donde se

practica la MGF. Señalar que la MGF/*Jadare*, forma parte de una práctica que -dentro de la cultura fulbe- es llevada a cabo sólo y exclusivamente por mujeres, excluyendo la intervención del hombre.

Actualmente, en la cultura fulbe, tradiciones como la MGF son prácticas habituales que mantienen a pesar de su prohibición. Dentro de la comunidad fula, *Jadare* es el término usado para referirse a aquellas actividades llevadas a cabo como proceso de iniciación a la edad adulta para las niñas, antes de su primera menstruación y posterior matrimonio. El significado de este día dentro de la cultura Fulbe difiere sustancialmente del sentido que en España y otros países europeos atribuyen a la MGF. Para ellos forma parte de sus tradiciones, transmitidas de generación en generación, siendo un rito de purificación propio de su cultura.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcaraz, M. R., González, J. S. & Ruiz, C. S. (2013). Attitudes towards female genital mutilation: an integrative review. *International Council of Nurses*.
- Alcaraz, R., González, S. & Ruiz, S. (2015). A mixed-method synthesis of knowledge, experiences and attitudes of health professionals to Female Genital Mutilation. *John Wiley & Sons Ltd*.
- Ballesteros Meseguera, C., Martínez Almansa, P., Pastor Bravo, M. d. & Jiménez Ruiz, I. (2014). La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina. *CrossMark*, 28(4). Recuperado el 16 de Febrero de 2018, de Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.006>.
- Belchía, A., Ruiz, J., Bravo, P. & Martínez, A. (2016). Algoritmo de actuación en la prevención de la mutilación genital femenina. Estudio de casos desde atención primaria. *Atención Primaria SemFYC*.
- Bravo, P., Martínez, A., Ruiz, J. & Rodríguez, P. (2015). Estrategias orientadas al abordaje y prevención de la mutilación genital femenina desde enfermería: Revisión videográfica. *Paraninfo Digital*, 24(3). Obtenido de

<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000200009>.

- Casajoa Guerrero, M., Caravaca Nieto, E. & Martínez Madrigal, M. I. (Febrero de 2012). Una visión global de la mutilación genital femenina. *Matronas*.
- De la Luz Rodríguez, G. (Octubre de 2009). El Legado Radical de R. Charles Darwin a las ciencias sociales. *Antípoda*(9). DOI: 267-282ISSN1900-5407.
- Elise (2016). Undoing female genital cutting: perceptions and experiences of infibulation, defibulation and virginity among Somali and Sudanese migrants in Norway. *Culture, Health & Sexuality*, 19(4).
- Elise (2016). Undoing female genital cutting: perceptions and experiences of infibulation, defibulation and virginity among Somali and Sudanese migrants in Norway. *Culture, Health & Sexuality*, 19(4).
- Enfermería, C. I. (1973). *CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA*. Recuperado el 20 de Febrero de 2018, de Excelentísimo Colegio de Enfermería de Sevilla: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/servicios/e-l-colegio/codigo-etico-y-deontologico/>.
- Fuensanta Navarro, L. & Almansa Martínez, P. (2016). Conocimiento sobre la Mutilación Genital Femenina de un grupo de profesionales de la salud en la Región de Murcia. *Paraninfo Digital* (25). Obtenido de <http://www.index-f.com/para/n25/107.php>.
- Furian, P. H. (s. f.). Recuperado el 15 de Marzo de 2018, de 123RF: https://es.123rf.com/photo_32758629_guinea-bissau-mapa-pol%C3%ADtico-con-capital-bissau-las-fronteras-nacionales-las-ciudades-y-los-r%C3%ADos-importan.html.
- García Aguado, S. & Sánchez López, I. (Julio de 2013). Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la mutilación genital femenina. *Metas Enferm*, 7(16).
- García Sedano, T. (2017). Voces de cultura de la legalidad. *Eunomía*(13). Obtenido de <https://doi.org/10.20318/eunomia.2017.3825>.
- Ivone Cunha, M. (Noviembre de 2013). Género, cultura e justiça: A propósito dos cortes genitais femininos. *Intituto de ciências sociais da universidade de Lisboa*, XLVIII. Obtenido de ISSN online 2182-2999.
- Jiménez, Almansa, Pastor & Pina (2012). Aproximación a la Ablación/Mutilación Genital Femenina (A/MGF) desde la Enfermería Transcultural. Una revisión bibliográfica. *Enfermería Global*(28). Obtenido de www.um.es/global/ISSN:1695-6141.
- Jiménez, R. (Julio de 2015). *Enfermería y Cultura: las fronteras del androcentrismo en la Ablación/Mutilación Genital Femenina*. Recuperado el 13 de Febrero de 2018, de Digitum: Biblioteca Universitaria: <http://hdl.handle.net/10201/45704>.
- Jiménez, R., Almansa, M., Pastor, B. & Pina, R. (2012). Aproximación desde la Enfermería Transcultural a las perspectivas masculinas sobre la Ablación/ Mutilación Genital Femenina (A/MGF). *Paraninfo*, VI(16). Obtenido de <http://www.index-f.com/para/n16/059o.php>.
- Leininger, M. (2007). Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados. En A. M. Alligood, *Modelos y teorías en enfermería* (Sexta ed.). Madrid: ELSEVIER.
- Mehretie Adinew, Y. & Tamirat Mekete, B. (2017). I knew how it feels but couldn't save my daughter; testimony of an Ethiopian mother on female genital mutilation/cutting. *Crossmark*(14). Recuperado el 10 de febrero de 2018, de DOI: 10.1186/s12978-017-0434-y.
- OMS (2015). Recuperado el 17 de Febrero de 2018, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/countries/gnb/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Recuperado el 11 de febrero de 2018, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es>.
- OMS (2018). Recuperado el 11 de Febrero de 2018, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/>.
- OMS (2018). Recuperado el 11 de Febrero de 2018, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/>.
- Pastor Bravo, M. D. & Almansa Martínez, P. (2016). *La mutilación genital femenina desde la perspectiva de las mujeres afectadas. Abordaje desde Enfermería*. Recuperado el 16 de Febrero de 2018, de Digitum: Biblioteca universitaria: <https://digitum.um.es/xmlui/simple-search?query=mutilaci%C3%B3n+genital+femenina>.
- Pastor Bravo, M. D., Almansa Martínez, P., Jiménez Ruiz, I. & Pastor Rodríguez, D. (2015). Estrategias orientadas al abordaje y prevención de la mutilación genital femenina desde enfermería: Revisión videográfica. *Paraninfo Digital*, 24(3). Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000200009>.
- Reig Alcaraz, M., Siles González, J. & Solano Ruiz, C. (Noviembre de 2014). Experiencias vividas de mujeres que han sido sometidas a la mutilación



- genital femenina. *Paraninfo Digital*(20).
- Rey, F. D. (Noviembre de 2016). La mutilación genital femenina como un problema de salud pública. *Metas Enferm*, 3(19).
 - Ruiz, J., Almansa Martínez & Bravo, P. (2016). Percepciones de los hombres sobre las complicaciones asociadas a la mutilación genital femenina. *CrossMark*, 30(4). DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.03.009>.
 - Ruiz, J. (Julio de 2015). *Enfermería y Cultura: las fronteras del androcentrismo en la Ablación/Mutilación Genital Femenina*. Recuperado el 13 de Febrero de 2018, de Digitum: Biblioteca Universitaria: <http://hdl.handle.net/10201/45704>.
 - Saiz, E. & Gómez. (2015). Mutilación Genital Femenina. ¿Estamos preparados los Profesionales de Enfermería? *Nuberos Científica*, II(16).
 - Sequi, A., Touray, I. & Piniella, Z. (Febrero de 2013). La erradicación de la Mutilación Genital Femenina: Enfoques y perspectivas desde la cooperación internacional para el desarrollo. *O'DAM*(16).
 - UNFPA (2007). *A Holistic Approach to the Abandonment of Female Genital Mutilation/Cutting*. Recuperado el 5 de Febrero de 2018, de Fondo de Población de las Naciones Unidas: <https://www.unfpa.org/es/programa-conjunto-sobre-la-mutilaci%C3%B3nabla%C3%B3n-genital-femenina>.
 - Unicef (2009). *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. Recuperado el 15 de Febrero de 2018, de UNICEF: <http://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilationcutting-statistical-overview-exploration-dynamics-change/>.
 - Varol, N., Turkmani, S., Black, K., Hall, J. & Dawson, A. (Octubre de 2015). The role of men in abandonment of female genital mutilation: a systematic review. *BioMedCentral*(15). DOI: 10.1186/s12889-015-2373-2.
 - Yassin, Hadeel, Ali & Abdel Aziem (2018). Characteristics of female sexual dysfunctions and obstetric complications related to female genital mutilation in Omdurman maternity hospital, Sudan. *BioMed Central*, 7(15). Recuperado el 12 de Febrero de 2018, de 0.1186/s12978-017-0442.

Prácticas alternativas al modelo de salud occidental utilizadas por cuidadores de pacientes con neoplasia hematológicas

Alternative practices to the conventional healthcare model used by caregivers of patients hematologic malignancies

Alternativas práticas ao modelo de saúde ocidental, utilizadas pelos cuidadores de pacientes com neoplasia hematológicas

Claudica Patricia Casas Patarroyo¹, Ana Julia Carrillo², Carmelo R. Fuentes Restrepo³, Lorena M. Melgarejo⁴, Ruth A. Castiblanco⁵,
María H. Solano⁶

¹Médica especialista en Medicina Interna-Hematología. Profesora asociada programa de hematología. Correo electrónico: claudiapatriciacasas@gmail.com

²Enfermera Magister administración en salud. Profesora titular Facultad de enfermería. Investigadora grupo perspectivas del cuidado. Correo electrónico: ajcarrillo@fucsalud.edu.co

³Médico especialista en Medicina Interna-Residente de segundo año de Hematología. Correo electrónico: casiusco28@gmail.com

⁴Enfermera. PhD(c) en salud pública. Investigadora grupo perspectivas del cuidado. Correo electrónico: lpmesa1@fucsalud.edu.co

⁵Enfermera. MSc(c) en salud pública. Instructora asistente Facultad de Enfermería. Investigadora grupo perspectivas del cuidado. Correo electrónico: racastiblanco@fucsalud.edu.co

⁶Médica especialista en Medicina Interna-Hematología. Profesora titular programa de hematología. Correo electrónico: mhsolano@fucsalud.edu.co

Cómo citar este artículo en edición digital: Casas Patarroyo, C., Carrillo, A.J., Fuentes Restrepo, C.R., Melgarejo, L.M., Castiblanco, R.A. & Solano, M.H. (2019). Prácticas alternativas al modelo de salud occidental utilizadas por cuidadores de pacientes con neoplasia hematológicas. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23(53). Recuperado de [2http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.16](http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.16)

Correspondencia: Claudia Patricia Casas Patarroyo. Dirección: Calle 10, No. 18-75, Hospital San José. Servicio Hematología. Bogotá-Colombia. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Correo electrónico: claudiapatriciacasas@gmail.com

Recibido: 20/11/2018; Aceptado: 13/02/2019



ABSTRACT

Introduction: Hematological neoplasms have the cultural burden of the word cancer which leads caregivers to look for different alternatives.

Objective: To analyse the anthropological link between care and tenderness to

potentiate care as an essential “way to be” of the human being, who ontological way was born of care and needs care.

Methodology: Descriptive qualitative study. The participants were 17 caregivers, who were selected by convenience. Two discussion groups’ sessions were

performed. The sessions were recorded and transcribed in full. The analysis followed the Janice M. Morse framework.

Results: The findings that emerged permitted an approach toward understanding the practices used to care for patients affected by malignant hematological disease. The practices were organized in three types: 1. Spiritual practices: God's Will as determinant in the recovery process; 2. Emotional Practices: the familiar ties make more bearable the illness and the treatment, and, 3. Corporal practices: origin products, vegetal, animal, semi-synthetic and no conventional pharmacological products.

Conclusion: The utilization of alternative practices is very common by caregivers. Healthcare practitioners cannot ignore this reality and need tools to adequately guide and inform patients and caregivers.

Keywords: Complementary therapies, culture, hematology, neoplasms, qualitative research, caregivers.

RESUMO

Introdução: As neoplasias hematológicas têm carga cultural da palavra câncer, levando aos cuidadores das pessoas que o sofrem a procurar diversas alternativas.

Objetivo: Descrever as práticas consideradas alternativas ao modelo de saúde Ocidental usado para cuidados de saúde, a partir da experiência de cuidadores de pacientes adultos com doenças hematológicas malignas no serviço de Hematologia Hospital San José de Bogotá.

Metodologia: Estudo qualitativo descritiva. Participaram 17 cuidadores de pacientes adultos com neoplasias hematológicas, seleccionados por conveniência dos registos do serviço Hematologia. Como uma técnica de coleta

de informações dois grupos de discussão foram realizadas. As sessões foram gravadas e transcritas em sua totalidade. A análise foi feita de acordo com a proposta Janice M Morse e se efectuou uma triangulação foi realizado por pesquisadores.

Resultados: Surgiram três tipos de práticas utilizadas para cuidar de pessoas afectadas pela doença hematológica maligna; 1. As práticas espirituais: a vontade de Deus tão influente na recuperação; 2. práticas Affective: laços familiares tornar mais suportável a doença e o tratamento, e 3. práticas corporais: produtos de origem vegetal, animal, semi-sintético e farmacológico não convencional.

Conclusão: Os cuidadores de pessoas com câncer muitas vezes usam alternativa às práticas convencionais de tratamento, assim, a equipe de saúde não pode ignorar esta realidade e precisa de reforçar a orientação aos pacientes e seus cuidadores.

Palavras chave: Cuidadores, terapias complementares, neoplasias, hematologia, práticas de cuidado.

RESUMEN

Introducción: Las neoplasias hematológicas tienen la carga cultural de la palabra cáncer lo cual lleva a los cuidadores a buscar diversas alternativas.

Objetivo: Describir las prácticas consideradas alternativas al modelo de salud occidental utilizadas para el cuidado de la salud, desde la experiencia de los cuidadores de pacientes adultos con neoplasias hematológicas en un Servicio de Hematología.

Metodología: Estudio cualitativo descriptivo. Participaron 17 cuidadores de pacientes adultos con neoplasias hematológicas, seleccionados por conveniencia del registro del servicio de

Hematología. Como técnica de recolección se realizaron dos grupos de discusión. Las sesiones fueron grabadas y transcritas en su totalidad. El análisis se hizo de acuerdo con la propuesta de Janice M. Morse y se efectuó triangulación por parte de investigadores.

Resultados: Emergieron tres tipos de prácticas. 1. Prácticas espirituales: la voluntad de Dios como influyente en la recuperación.; 2. Las prácticas afectivas: los lazos familiares hacen más llevadera la enfermedad y el tratamiento, y 3. Prácticas Corporales: productos de origen, vegetal, animal, semisintético y farmacológicos no convencionales.

Conclusión: Los cuidadores de la población con Cáncer utilizan prácticas alternativas al tratamiento convencional, por tanto, el equipo de salud no puede ignorarlas y necesita fortalecer la orientación al paciente y sus cuidadores.

Palabras clave: Cuidadores, Terapias complementarias, Neoplasias, Hematología, Prácticas de cuidado.

INTRODUCCIÓN

El cáncer representa un padecimiento físico y un estado de ansiedad ante los diferentes cambios que se generan a partir del diagnóstico, el tratamiento prolongado y los efectos asociados; para Barros y Nunes implica una "interrupción biográfica" y una incesante búsqueda de "respuestas" que lleva a la persona y su familia a aferrarse a diversas estrategias, prácticas y tratamientos que en algunas ocasiones pueden diferir de lo que ofrece la medicina convencional (de Barros y Nunes, 2006). Esta actitud de conservación del bienestar es un fenómeno que hace parte de la naturaleza humana; al respecto, Arévalo y cols. explican que cuando las personas experimentan una

alteración en su bienestar, acuden a diversas "terapias, acciones o prácticas de carácter más científico (medicina convencional) o no, con el único objetivo de prevenir, mejorar o remediar las enfermedades" (Arévalo, Weng & Jiménez, 2011, p. 138), a su vez, están influenciadas por la cultura y las particularidades de cada contexto. La antropología de la salud, se ha encargado de estudiar estos fenómenos para explicar y comprender las concepciones, imágenes y representaciones de las culturas y grupos humanos sobre lo que ellos consideran males, así como los distintos sistemas terapéuticos emergentes a lo largo y ancho del mundo y de la historia (Aparicio, 2007).

La frecuencia de prácticas para el cuidado de la salud consideradas no convencionales, ha sido reportada en diferentes estudios (Richardson *et al.*, 2000; Idoyaga y Luxardo, 2005; Sánchez y Venegas, 2010), razón por la cual la Organización Mundial de la Salud, intentó reconocerlas bajo el concepto de Medicina Tradicional y Complementaria (MTC) (WHO, 2013); sin embargo, para instituciones especializadas en el tema como el National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), este concepto era reducido y no expresaba la diversidad ni el sentido real de este tipo de prácticas en pacientes con cáncer, por tanto propuso reconocerlas como "un conjunto diverso de sistemas, prácticas y productos médicos y de atención de la salud que no se consideran actualmente parte de la Medicina convencional" (NCCAM, 2010), al respecto desde la perspectiva del cuidado de enfermería, llama la atención que ésta definición no hace referencia al aspecto vivencial y a la experiencia de la enfermedad, categorías centrales para la medicina tradicional, como lo explica Laplantine, citado por Aparicio:

“Mientras la intervención médica oficial pretende únicamente proporcionar una explicación experimental de los mecanismos químico-biológicos de la enfermedad y de los medios eficaces para dominarlos, las medicinas populares aportan una respuesta integral a una serie de insatisfacciones -no solamente somáticas sino también psicológicas, sociales, espirituales para algunos, y existenciales para todos- que el racionalismo social no está dispuesto a incorporar” (Laplantine 1992: 352)” (Aparicio, 2007).

Así, las formas de vivir y entender las enfermedades determinan mucho de las prácticas que las personas usan, por tanto, una práctica no solo es una acción que se ejecuta de manera automática, sino la expresión de una relación social entre los procesos de socialización y los modos de incorporarlo o racionalizarlo por parte de las personas. De acuerdo con Chaumont (2015), “el sentido de las prácticas permite comprender la lógica que pone en marcha a los agentes sociales que las producen y que actúan en un tiempo y en un contexto determinado” (p. 29). De acuerdo con lo anterior, la exploración de prácticas de cuidado frente al cáncer y en éste caso específico de las enfermedades hematológicas implica una exploración subjetiva, y un reconocimiento de las mediaciones que la cultura, el proceso de socialización y el contexto tienen en el desarrollo y variedad de las mismas, como parte de comprensiones más globales sobre la salud. Así, el presente estudio buscó describir las prácticas consideradas alternativas al modelo de salud occidental utilizadas para el cuidado de la salud, desde la experiencia y voces de los cuidadores de pacientes adultos con neoplasias hematológicas en el Servicio de

Hematología del Hospital de San José de Bogotá.

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo descriptivo. Los participantes fueron hombres y mujeres mayores de edad cuidadores de pacientes adultos con neoplasias hematológicas. El paso inicial fue contactar a los pacientes que llevaran más de tres meses con quimioterapia, quienes facilitaron los datos de sus cuidadores para ser invitados directamente. Según la experiencia de los Hematólogos después de los tres meses las personas ya han tenido una trayectoria que les posibilita un mejor conocimiento del diagnóstico y mayor exploración de prácticas alternativas o complementarias al tratamiento convencional. Además, en este tiempo se ha generado una socialización e interacción entre el grupo de pacientes y familiares en espacios como la sala de quimioterapia y en consulta externa que permite el intercambio espontáneo de experiencias.

Como técnica de recolección de información, se realizaron dos grupos de discusión, entendidos como una reunión intencionada que busca construir los discursos de los grupos en su cotidianidad (Callejo, 1998). Las sesiones se realizaron el año 2015, en un salón que garantizó la privacidad y tranquilidad de los participantes, con una duración promedio de dos horas, estuvieron constituidos por diez participantes en el primer encuentro y siete diferentes en el segundo. Para la conformación de los grupos se tuvo en cuenta la disponibilidad de tiempo de los participantes y la experiencia compartida como cuidadores; se procuró que fuesen heterogéneos y mixtos, de modo que se enriqueciera el intercambio de experiencias

y se pudiesen explorar múltiples prácticas y representaciones. Los dos grupos contaron con un moderador y un relator. El moderador orientó la discusión con base en el guion elaborado a partir de la experiencia de los investigadores y literatura existente, que contenía 3 temáticas orientadoras, la primera relacionada con la experiencia de cuidado, la segunda exploró las prácticas específicas y la tercera los modos de realización y preparación de las mismas.

El análisis de la información se realizó de acuerdo con lo propuesto por Morse (2003). Cada uno de los investigadores hizo la lectura línea a línea para extraer los códigos y organizarlos en una matriz junto con su interpretación; posteriormente los investigadores se reunieron para realizar el análisis conjunto, como mecanismo de triangulación. Cuando no existía consenso se contó con la participación de un experto en investigación cualitativa quien medió la discusión y facilitó despejar las dudas. Una vez establecidos los acuerdos en términos del análisis de los datos, estos fueron organizados en tres tipos de prácticas. Con respecto al rigor metodológico se realizó un proceso de triangulación con los participantes en los grupos de discusión, como forma de “devolución” de los resultados y como estrategia para asegurar la credibilidad de las interpretaciones realizadas (Castillo y Vásquez, 2003) por ello una vez conformadas las categorías se envió la información a cada uno de los participantes en forma personal o vía correo electrónico. Otra estrategia para mantener el rigor metodológico fue la grabación de las sesiones, previa firma del consentimiento informado de cada uno de los participantes, así como la transcripción literal de cada uno de los grupos focales por una persona experta, quien firmó un acuerdo de confidencialidad. Con el fin de mantener el

anonimato se omitieron los nombres de los participantes. El análisis de la información se realizó de manera conjunta con la recolección con el fin de complementar o aclarar información sobre las prácticas. En el segundo grupo se alcanzó la saturación de los datos.

Las consideraciones éticas respetaron la Resolución 8430 de 1993 para investigación con seres humanos del Ministerio de Salud de Colombia, que clasifica esta investigación como de riesgo mínimo. El formato de consentimiento informado fue firmado por todos los participantes, previa explicación y comprensión del objetivo y los aportes del estudio a las personas afectadas por neoplasias oncológicas. El proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación de la Facultad de Medicina y el de Ética e Investigaciones en Seres Humanos del HSJ y de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Los archivos quedaron bajo custodia del coordinador del proyecto y la información obtenida solo fue utilizada para los fines de esta investigación. Se tuvo en cuenta, como consideración especial, que la participación de los cuidadores informales contara con aprobación de los pacientes ya que el tema de los grupos de discusión fueron las prácticas utilizadas para cuidarlos.

RESULTADOS

La edad de los participantes osciló entre 26 y 72 años (mediana: 48 años); 9 mujeres y 8 hombres. Respecto al nivel de estudios, 9 personas reportaron como máximo nivel educativo el bachillerato, el parentesco más frecuente fue ser esposo(a) (59.2%). La mayoría de los cuidadores procedían de Bogotá D. C. (64.7%). Del análisis de la información emergieron diferentes temas que luego de relacionarlos dieron origen a

tres categorías que en conjunto permiten acercarse a la comprensión de las prácticas que este grupo de cuidadores informales utiliza.

Los discursos de los participantes permitieron identificar que las diversas prácticas utilizadas para el cuidado de personas con neoplasias hematológicas están ligadas a la fe que se les imprime. La fundamentación religiosa o espiritual fue concebida como factor determinante en los resultados de la acción independiente de las prácticas que se realicen. Para facilitar la descripción y comprensión de las mismas se integraron de acuerdo con sus características, orígenes y la dimensión humana que involucran, con base en lo cual se construyen tres tipos de prácticas: espirituales, afectivas y corporales. Es importante mencionar que la quimioterapia prevalece como principal tratamiento y en ningún momento se abandona, aun considerándola difícil para el paciente, contrario a lo que se presentó con algunas prácticas no convencionales, cuya permanencia y valoración como positivas o negativas dependen de los resultados inmediatos o de los efectos secundarios. En general, su ejecución implica un proceso de negociación entre el cuidador y el sujeto de cuidado, pues existen momentos en los que no hay convicción y se acude incluso al chantaje emocional, por parte del cuidador como situación límite en pro de lograr la mejoría de su familiar:

“¿mi amor tú no me quieres?, le decía, ¿no quieres a tu hija, a tu esposa?, me tocaba intimidarlo [para que se aplicara un medicamento veterinario]... mira tu tía hace 10 años se puso esto, no se ha hecho quimio, y sigue viviendo” G1C10-9.

Prácticas espirituales: la voluntad de Dios como factor influyente en la recuperación.

Esta categoría da cuenta de las diversas acciones relacionadas con la dimensión espiritual a las que acuden todos los cuidadores. Así el acercamiento y la comunicación con un ser supremo a través de la oración fue la práctica más común:

“me pegué a Dios de manera muy especial, le dije a ella [sujeto de cuidado] vamos a salir adelante” G1C6-52.

Asimismo, la idea de la voluntad de Dios es constante y prima sobre cualquier otra práctica, porque a ella se le atribuye el resultado de los tratamientos y el poder de curación como resultado de la misma fe:

“tengo que dejar todo en manos de Dios, en manos del médico, que se haga el proceso como ellos digan, creo que Dios les dio sabiduría para que eligieran bien” G1C5-51.

Por último, esta práctica espiritual resultó ser un mecanismo de apoyo que fortalece el vínculo familia-paciente y facilita el afrontamiento de la enfermedad:

“Nos hemos unido muchísimo alrededor de la oración” G2C3-73.

En los grupos de discusión se evidenció que las creencias religiosas y espirituales siempre estaban ligadas al paradigma Judeo-cristiano.

Las prácticas afectivas: los lazos familiares hacen más llevadera la enfermedad y el tratamiento

Estas prácticas incluyen las interacciones y relaciones intrafamiliares y con el equipo de salud. Se establecen y movilizan lazos afectivos que hacen llevadero el transcurso de la enfermedad y el tratamiento, involucran emociones que con el transcurrir

del tiempo se convierten en sentimientos partiendo de que la experiencia de los cuidadores como lo expresó uno de ellos “puede ser tan dura que enferma” por ello recurren a estrategias como: la búsqueda de apoyo familiar, el amor, el aprender de otras experiencias y solidarizarse con los efectos secundarios del tratamiento. Estas prácticas posibilitan una mayor concienciación de la enfermedad y aceptación del tratamiento:

“tenemos un tío que está en el mismo proceso, entonces mi prima se ha vuelto experta y ha sido un gran apoyo, porque cuando uno no sabe, está perdido” G1C1-30.

Enlazadas con las prácticas anteriores están las actitudes frente al diagnóstico y al transcurso de la enfermedad, que surgen de manera espontánea y son similares entre los participantes, en la mayor parte de ellos su actitud estuvo ligada al ocultamiento del diagnóstico, su gravedad y a demostrar fortaleza frente al paciente para protegerlo emocionalmente; se asume una doble actitud que parece contradictoria, sin embargo, desde la experiencia de cuidar al ser querido, tiene una lógica fundamentada en el bienestar del otro, es decir, por un lado los cuidadores expresan sufrimiento, aflicción, angustia, incertidumbre, negación, ocultamiento, manipulación y temor a la muerte, y por otro se presentan ante su familiar enfermo como una columna de sustentación:

“cuando mi papá me pidió que le leyera el resultado del examen, yo iba leyendo, pero me volaba [ocultaba] la palabra cáncer” G1C5-2.

“yo le dije vamos a salir de esto, y lloraba donde ella no me viera” G1C6-4.

“tan pronto le aplicaron la quimioterapia, traje la rasuradora, nos sentamos en la habitación y nos peluqueamos juntos, porque esto lo vamos a llevar los dos” G2C2-44.

El miedo y el acercamiento a la muerte, relacionado con la visión que culturalmente se ha construido sobre el cáncer, juegan un rol importante en las prácticas de los cuidadores; así, emerge en los discursos un sentido de aislamiento social para limitar los prejuicios negativos que personas ajenas a la familia pueden dar al proceso. Además se suman múltiples interrogantes generados durante la trayectoria de la enfermedad, tanto en cuidadores como en pacientes; así, la búsqueda de respuestas es una constante y las fuentes se diversifican, pues no es suficiente la explicación convencional y acuden a diferentes medios para obtener información que alivie la incertidumbre, es a partir de éste proceso que la diada cuidador-paciente considera importante combinar y probar varias alternativas de tratamiento y cuidado, que consideran favorables:

“La palabra leucemia alborota a los demás, empiezan a decir: ¡uy! tal persona se murió, entonces es mejor alejarse de todo lo que dice la gente” G2C9-53.

“Lo llevé donde un médico de la corriente bioenergética, él no le dio medicamentos, pero la manera en que le habló, le generó una actitud positiva” G2C1-58.

De este modo, a pesar de la interpretación que hacen del cáncer como un sinónimo de muerte, las perspectivas y la actitud de los cuidadores se van modificando lo largo de la quimioterapia, pues, aunque inicialmente para la mayoría los efectos secundarios representaron un deterioro evidente de las condiciones físicas y emocionales del paciente, después al observar resultados favorables, la perspectiva cambió, lo cual facilitó la adherencia al tratamiento e incluso generó vínculos afectivos con el personal de salud:

“A mi esposa la veo bastante bien, inicialmente fue demasiado duro, la

movilizaban en silla de ruedas, ella no tenía fuerza ni para levantar su cabeza” G2C8-50.

En este estudio el amor fue el sentimiento que predominó como práctica reconfortante y de soporte para los pacientes y de compromiso para los cuidadores. Así lo expresaron:

“le dije lo que pasaba y juntos al piso totalmente; pero nos levantamos...y nos levantamos por el amor que nos tenemos” G1C2-14.

Prácticas corporales: utilizan productos de origen, vegetal, animal, semi-sintético y farmacológicos no convencionales

Esta categoría integra las diversas prácticas corporales utilizadas por los participantes las cuales tienen materialidad en el mundo físico y cuyos resultados se reflejaron en la mejoría biológica, aunque no se desliga del componente emocional y de fe al ejecutar la acción. Los participantes reportan el uso individual o combinado de productos de origen vegetal, animal, semi-sintéticos y farmacológicos no convencionales, para fortalecer el sistema inmunológico o “las defensas”, y para potenciar la quimioterapia, los cuidadores comentan que en ningún momento los pacientes han manifestado el deseo de abandonarla y es considerada como el tratamiento convencional, ellos expresan que los productos “alternativos” actúan como coadyuvantes del tratamiento. Todos los cuidadores manifestaron administrar a quienes cuidan Agradz, Aloe Vera y algunos utilizan Arándanos, guanábana, Uva Isabela, Noni, Mangostino, Equinacea y Moringa:

“usamos aloe vera, (sábila) también hemos usado mangostino en fruta y preparo jarabe de noni. Lo conozco hace 10 años por una amiga,

me dijo que era muy bueno para las defensas” G2C1-66.

“lo único es agraz y arándanos... el arándano es caro [costoso,] no sé si es mito que sube las defensas...además come durazno, pera, mandarina y guanábana” G2C8-98.

“de internet aprendí la terapia de Gerson, es zanahoria con manzana en extracto, no se debe licuar, preparo 2 zanahorias y 2 manzanas...pienso que ha funcionado” G2C3-74.

En la descripción de las experiencias se evidencia que la mayoría de prácticas se transmiten a modo de tradición oral, y otras son conocidas a partir de medios de comunicación como internet; en algunos casos a pesar de no tener certeza de su efectividad la práctica se ejecuta, lo cual está relacionado con la necesidad de contribuir a que el sujeto de cuidado mejore su salud o tenga mejores condiciones de bienestar. Así lo expresó una cuidadora:

“Es una receta que comparten por todo lado, como curadora del cáncer, promovida por un sacerdote; podríamos decir que es milenaria, habla del poder del aloe vera, y su preparación es con un licor, puede ser whisky...” G2C1-69.

El anterior código permite ver las diferentes dimensiones que involucra una práctica corporal: el componente de la Fe, la finalidad, los materiales que se deben usar, la preparación y el argumento que subyace en la acción de cuidado. Frente a la preparación, conservación e indicación específicas sobre las prácticas corporales hubo amplia participación, fue posible identificar que habían apropiado esos conocimientos y hacen énfasis en las medidas higiénicas:

“Tiene que ser un frasco oscuro café o verde, que no le pase la luz, y mantenerlo en la nevera” G1C11-75.

Los productos de origen animal que refirieron usar fueron: el chulo o gallinazo negro, el zuro o paloma y el pescado. Las formas de preparación mencionadas fueron diversas e incluyeron, caldos, guisos y otros métodos como la deshidratación y la pulverización. Este tipo de productos son los de mayor controversia a la hora de utilizarlos por parte del cuidador y del sujeto de cuidado. Algunos textos lo narran así:

“El chulo, creo que se lo tomó dos veces, la verdad fue una experiencia [cara de desagrado]... horrible, porque sabe muy feo y por las náuseas no... No lo volvió a probar. Los huesos se secaban al sol, se molían y en el caldito le echaban ese polvito” G2C6-134.

Diferentes productos de origen animal utilizados para el mejoramiento del estado de salud de las personas con cáncer se encuentran en el mercado en forma semi-sintética y los cuidadores al enterarse de su existencia los prefieren, dentro de los más usados mencionaron: el EMBRIOVIT® el guala-chulo y el calostro, en presentaciones de pastillas o cápsulas:

“El EMBRIOVIT®... es embrión de pato es de un laboratorio reconocido, se tomaba antes o después de las quimioterapias” G2C6-91.

“unas pastillas que las hace un científico a partir de un pájaro que se llama guala, yo creo que es el mismo chulo; le di como 3 frascos de 100 cápsulas” G1C7-88.

En uno de los grupos se mencionó el uso de suplementos alimentarios que habían sido formulados en otro momento de la vida del paciente o a un familiar para mejorar las condiciones nutricionales, y se considera tratamiento convencional:

“nosotros no le damos nada alternativo le suministramos un suplemento alimenticio, el ENTEREX® son 2 cucharadas y le ha servido” G2C8-94.

En este grupo de prácticas se comentó el uso de fármacos no autorizadas para el consumo humano, justificada a partir de su efectividad en personas con la misma enfermedad. Así lo describe un participante:

“Se llama VETALOG®...es una inyección muy buena, tiene casi las mismas indicaciones de la quimio, hay que mantenerlos bien alimentados, porque contiene mucho potasio y la persona se debilita mucho. A mi hijo le pusimos 3 frascos de 10 cm, cada tercer día, centímetro y medio, Intramuscular” G1C10-64.

La cuidadora comentó que fue un campesino quien recomendó el uso a un médico que tenía cáncer, luego él se lo recomendó a la hermana de la cuidadora, debido a la percepción de la efectividad que tuvo en él; llama la atención como las prácticas de cuidado no derivadas del tratamiento convencional rápidamente se difunden, sin tener en cuenta posibles efectos secundarios, sobre los cuales a pesar de que no se indagó, emergieron espontáneamente medidas para controlarlos:

“Coge 2 pencas de sábila, la lava bien que no vaya a destilar salvia amarilla porque ese es el tóxico de la sábila, después lo corta y lo licua con 3 copitas de whisky” G1C11-74.

“Se le hacía anamú en infusión y se la tomaba, pero la tía que está en el pueblo le decía: el anamú no lo puedes tomar en exceso porque te hace bajar de peso” G1C5-84.

DISCUSIÓN

El estudio permitió identificar prácticas alternativas al tratamiento convencional de las enfermedades hematológicas las cuales son frecuentes, y están presentes en el imaginario social y en la realidad, es de resaltar que se combinan no solo entre ellas sino con el tratamiento convencional.

Según lo expresado por los cuidadores suele no comentarse su uso con el equipo de salud; no es claro si esto se da, porque no se indaga al respecto o se prefiere ocultar. La complementariedad entre los diferentes tipos de prácticas ha sido reportada anteriormente en estudios como el de Chaumont, sobre la Salud Mental y las Prácticas No Convencionales, en el cual los participantes relataron como las combinaban con el fin de obtener mejores estados subjetivos de bienestar psíquico (Chaumont, 2015). Si bien es cierto el objetivo del estudio era explorar las prácticas, los resultados mostraron que las mismas se entretienen con las experiencias y creencias sobre la salud y la enfermedad, es de resaltar que siempre se fundamentan en la fe de que van a funcionar y aunque pueden existir dudas sobre su efectividad, bien sea en el paciente o en el cuidador el deseo de que el sujeto de cuidado se cure las supera. Las prácticas descritas tienen como fin hacer algo que ayude al tratamiento convencional, pero se abandonan si no se ven resultados de mejoría de forma inmediata o si los “efectos secundarios” son superiores a la voluntad de las personas, como ocurre con el caso del chulo, donde las “náuseas” y la sensación de desagrado son muy incómodas. El uso de las prácticas descritas en esta investigación, es similar a lo reportado en estudios desarrollados en Estados Unidos, México y Argentina (Idoyaga y Luxardo, 2005; Gerson, Serrano y Villalobos; 2006). Así mismo las prácticas religiosas que emergieron han sido reportadas por autores como Aquino y cols. (2007), como una estrategia para sobrevivir al cáncer, pues la creencia en un ser supremo representa la posibilidad de curación en diversas culturas.

Dentro de las frutas más usadas para

mejorar el sistema inmunológico se encontraron los arándanos y el agraz, que hacen parte de las denominadas Blueberries (Lohachoompol, Srzednicki y Craske, 2004), se asocian con un alto contenido de antocianinas y antioxidantes que actuarían, de acuerdo con el estudio de Maldonado y cols. (Maldonado, Arango y Rojano, 2014), como citotóxico y antiproliferativo. En esta misma línea, Chen y cols. (2014), demuestran como el aloe vera posee alto contenido en antraquinonas, a las cuales se les atribuye una acción antitumoral generada por la interrupción del ciclo celular e inducción de la apoptosis, adicionalmente se demostró efectos antimetastásico, antiangiogénico y de fortalecimiento del sistema inmune. Por su parte el mangostino (*Garcinia mangostana*) y la guanábana (*Annona muricata*) han sido analizadas en su potencial anticancerígeno entre otros por autores como Pieme, Chen, Akao, Fekam y col. (2014), quienes asocian este efecto al alto contenido de flavonoides, fenoles y la relación con niveles elevados de anomuricina E que actuarían sobre la caspasa3 de tumores no sólidos como la leucemia promielocítica y la leucemia mieloide crónica. Para el caso del Noni (*Morinda Citrifolia*), Liu y cols. (2001), describen el potencial efecto antiproliferativo por altas concentraciones de 2 glucósidos conocidos como la 6-O-(b-D-glucopiranosil)-1-O-octanoyl-b-D-glucopyranose y el ácido asperulosídico, que suprimen el 12-O-tetradecanoilphorbol-13-acetato (promotor tumoral) y el factor de crecimiento epidérmico a nivel de las células tumorales. Respecto al EMBRIOVIT® y otros suplementos mencionados no se conocen estudios científicos sobre su efecto en las células cancerígenas.

Referente al consumo de Chulo o gallinazo negro (*Coragyps atratus*), Sánchez y cols. (2012), describieron la ingesta de sangre fresca del animal como práctica popular para la patología hematopoyética maligna, y al igual que en este estudio, los cuidadores le atribuían la capacidad de potenciar el sistema inmunológico. Respecto al fármaco no convencional que emergió en la experiencia de los cuidadores cuya marca comercial es VETALOG® (acetato de triamcinolona), es un medicamento de uso veterinario, pertenece a los corticoides de acción intermedia, no se encontró evidencia en la literatura científica sobre su uso en humanos y valdría la pena alertar a pacientes y cuidadores sobre los riesgos que conlleva el uso simultáneo de varios corticoides como los que se utilizan de manera concomitante a la quimioterapia, además de las diferencias en la preparación química y en la concentración de los medicamentos para humanos y los productos para animales.

RECOMENDACIONES

La información proporcionada por los participantes hace evidente la necesidad de que el equipo de salud tratante sea consciente de las prácticas utilizadas por los cuidadores de los pacientes con el fin de incluir en los planes de atención intervenciones encaminadas a disminuir las posibles interacciones negativas con el tratamiento convencional e informar de las mismas a los pacientes y cuidadores. Más allá de la intención de validar el discurso de los participantes respecto al uso de productos farmacológicos no convencionales para el cuidado del cáncer desde la literatura biomédica, el grupo investigador considera relevante

aproximarse a estudios sobre los posibles mecanismos de acción de los diferentes productos utilizados por los cuidadores; además los resultados hacen evidente la necesidad de profundizar desde la investigación básica en muchos de los productos utilizados, pues es una realidad su uso frecuente y cotidiano.

Con Respecto a algunos productos se encontró en la literatura revisada estudios que sugieren la posibilidad de un efecto anticancerígeno, pero no se conocen las posibles interacciones con la terapia convencional, a la cual nunca renuncian los pacientes; de modo que es recomendable desarrollar investigación que permita aproximarse a las mismas.

AGRADECIMIENTOS

El grupo investigador agradece de manera especial a los cuidadores que contribuyeron con sus relatos para la realización de este estudio y a los pacientes que facilitaron los datos para contactarlos, igualmente a Celmira Laza Vásquez por su participación en el diseño de la propuesta que origino los resultados que hoy se presentan.

BIBLIOGRAFÍA

- Aparicio Mena, A. (2007). La antropología aplicada, la medicina tradicional y los sistemas de cuidado natural de la salud. Una ayuda intercultural para los padecimientos crónicos. *Gazeta de Antropología*, 23, 14.
- Aquino, V.V. & Zago, M.M. (2007). The meaning of religious beliefs for a group of cancer patients during rehabilitation. *Rev Lat Am Enfermagem*, 15(1), 42-7.
- Arévalo de Andrade, M., Weng, H., Nien, T. & Jiménez Herrera, L. (2011). Terapias, prácticas y acciones en la búsqueda de un mejor estado de salud-enfermedad. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 20(2), 137-144.
- Callejo Gallejo J. (1998). Articulación de perspectivas metodológicas: posibilidades del grupo de discusión para una sociedad reflexiva.



- Rev Sociología*, 56, 31-5.
- Castillo, E. & Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3), 164-167.
 - Chaumont, D. (2015). *Salud Mental y Prácticas No Convencionales: Aproximaciones acerca del uso de prácticas consideradas alternativas o complementarias al modelo sanitario occidental, desde la perspectiva de los sujetos que las utilizan*. (Tesis para optar por el título de Maestría en salud mental). Bogotá: Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas Facultad de Psicología.
 - Chen, R., Zhang, J., Hu, Y., Wang, S., Chen, M. & Wang, Y. (2014). Potential antineoplastic effects of Aloe-emodin: a comprehensive review. *Am J Chin Med*, 42(2), 275-88.
 - De Barros, NF. & Nunes, ED. (2006) Complementary and alternative medicine in Brazil: one concept, different meanings. *Cad Saude Pública*, 22(10), 2023-8.
 - Idoyaga Molina, A. & Luxardo, N. (2005). Medicinas no convencionales en cáncer. *Medicina*, 65(5), 390-394.
 - Lohachoompol, V., Szrednicki G. & Craske J. (2004). The Change of Total Anthocyanins in Blueberries and Their Antioxidant Effect After Drying and Freezing. *J Biomed Biotechnol*, 5, 248-52.
 - Maldonado Celis, M.E., Arango Varela, SS. & Rojano, BA. (2014). Free radical scavenging capacity and cytotoxic and antiproliferative effects of *Vaccinium meridionale* Sw. against colon cancer cell lines. *Rev Cubana Plant Med*, 19, 2, 172-184.
 - Morse, J.M. (Ed). (2003). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín. Colombia: Universidad de Antioquia.
 - National Center for Complementary and Alternative Medicine. (2010). *Uso de la medicina complementaria y alternativa para el cáncer*. Estados Unidos. NY: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS).
 - Pieme, C.A., Kumar, S.G., Dongmo, M.S., Moukette, B.M., Boyoum, F.F., Ngogang, J.Y., et al. (2014) Antiproliferative activity and induction of apoptosis by *Annona muricata* (Annonaceae) extract on human cancer cells. *BMC Complement Altern Med*, 14, 516.
 - Richardson, M.A., Sanders, T., Palmer, J.L., Greisinger, A. & Singletary, SE. (2000). Complementary/alternative medicine use in a comprehensive cancer center and the implications for oncology. *J Clin Oncol*, 18 (13), 2505-14.
 - Sánchez Pedraza, R., Gamba Rincón, M.R. & González Rangel, A.L. (2012). Use of black vulture (*Coragyps atratus*) in complementary and alternative therapies for cancer in Colombia: a qualitative study. *J Ethnobiol Ethnomed*, 8(1), 20.
 - Sánchez, R. & Venegas, M. (2010). Aproximaciones complementarias y alternativas al cuidado de la salud en el Instituto Nacional de Cancerología: estudio de prevalencia. *Rev.Colomb.Cancerol*, 14(3), 135-43.
 - World Health Organization. (2013) *The WHO Traditional medicine strategy 2014-2023*. Pekin: World Health Organization, pp. 1-70.

Recorrido de un buen formador de enfermería. La mirada de sus protagonistas

The path of a good nursing educator. The perspective of the protagonists

O caminho de um bom educador de enfermagem. A perspectiva dos protagonistas

Silvana Castillo Parra¹, José Medina Moya², Matías Faúndez Aedo³,
Daniela Montecinos Guiñez⁴

¹Doctora en Educación. Profesora Asistente. Departamento de Enfermería, Universidad de Chile. Correo electrónico: scastill@med.uchile.cl

²Doctor en Filosofía y Ciencias de la Educación. Profesor Titular. Facultad de Pedagogía de la Universidad de Barcelona. Correo electrónico: jlmedina@ub.edu

³Docente del Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Correo electrónico: matiasfaundez@med.uchile.cl

⁴Docente del Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Correo electrónico: dmontecinos@med.uchile.cl

Cómo citar este artículo en edición digital: Castillo-Parra, S., Medina Moya, J. L., Faúndez Aedo, M. & Montecinos Guiñez, D. (2019). Recorrido de un buen formador de enfermería. La mirada de sus protagonistas. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.17>

Correspondencia: Matías Faúndez Aedo. Independencia 1027, Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile

Correo electrónico de contacto: matiasfaundez@med.uchile.cl

Recibido: 11/12/2018; Aceptado: 19/01/2019



ABSTRACT

Good educators are vital as referents in the education process for novice nurse teachers and nursing students.

Objective: To explore transcendental aspects for the educational performance of the good trainers in nursing, from their own perspectives and in spheres related to their personal and professional history.

Methods: Qualitative research, case study methodology. To identify the best nursing educators, students and teachers of two University Nursing Schools were consulted in Barcelona. Professor's diary, interviews

and participant observations were used. Criteria of scientific rigor were applied. Informed consent and an identification system were used, ensuring confidentiality and anonymity.

Results: The influence of models as parents and clinical teachers, the value of the teacher-student relationship, the pedagogical intuition and the relevance of the clinical practice scenario were described as transcendental for their performance.

Discussion and Conclusions: Several aspects of personal life and professional history were influential to the performance

of good nursing educators, with a potent coherence between the professional act and the educative action, corroborating the importance of the practical knowledge built based on personal experiences without requiring a necessary participation in formal pedagogical training programs.

Keywords: Education, nursing, expert testimony, faculty, qualitative research.

RESUMO

Bons educadores são vitais como referentes no treinamento de docentes novatos e docentes de enfermagem.

Objetivo: Explorar aspectos que tenham sido importantes para o desempenho docente de bons treinadores de enfermagem, desde suas próprias perspectivas e em áreas de sua história pessoal e profissional.

Métodos: Pesquisa qualitativa, estudo de caso. Os melhores educadores foram identificados consultando a estudantes e professores de duas Escolas Universitárias de Enfermagem de Barcelona. Os bons professores foram questionados sobre o diário do professor, as entrevistas e as observações dos participantes. Foram utilizados critérios de rigor científico, assentimento informado e o sistema de identificação, assegurando anonimato.

Resultados: A influência dos modelos como pais e professores clínicos, o valor do relacionamento professor-aluno, a intuição pedagógica e a relevância do cenário de prática clínica foram descritos como transcendentais para o desempenho.

Discussão e Conclusões: Tantos aspectos da vida pessoal como da história profissional foram influentes para o desempenho como bons educadores, com uma forte coerência entre a atuação profissional e o formador, corroborando a relevância adquirida pelo conhecimento

prático construído sobre experiências pessoais sem requerer a participação necessária em programas formais de treinamento pedagógico.

Palavras chave: Educação em enfermagem, testemunho especializado, professores, pesquisa qualitativa.

RESUMEN

Los buenos educadores son vitales como referentes en la formación de los docentes novatos y de estudiantes de enfermería.

Objetivo: Explorar aspectos trascendentes para el desempeño docente de los buenos formadores en enfermería, desde sus propias perspectivas y en ámbitos de su historia personal y profesional.

Materiales y métodos: Investigación cualitativa, tipo estudio de caso. Se identificaron a los mejores educadores consultando estudiantes y docentes de dos Escuelas Universitarias de Enfermería de Barcelona. Se utilizaron entrevistas, observaciones participantes y *diario del profesor*. Además, se usaron criterios de rigor científico, consentimiento informado y sistema de identificadores, asegurando confidencialidad y anonimato.

Resultados: Se describieron como transcendentales para su desempeño, la influencia de modelos como padres y docentes clínicos, el valor de la relación docente-estudiante, la intuición pedagógica y la relevancia del escenario de la práctica clínica.

Discusión y Conclusiones: Variados aspectos de la vida personal e historia profesional fueron influyentes para el desempeño como buenos educadores, con una potente coherencia entre el actuar profesional y el formador, corroborando la relevancia que adquiere el conocimiento práctico construido en base a experiencias personales sin requerir necesaria

participación en programas formales de formación pedagógica.

Palabras clave: Educación en enfermería, testimonio de experto, docentes, investigación cualitativa.

INTRODUCCIÓN

La investigación sobre los profesores expertos cada vez ha generado mayor interés como manera de mejorar los procesos educativos (González, Castelló Badia & Font, 2014; López de Maturana Luna, 2010). Dado que en la formación de enfermería, la experiencia práctica es altamente significativa para los estudiantes y particularmente la relación establecida con sus tutores (Bardallo Porras, 2010), se realiza una investigación en torno a la práctica pedagógica de los formadores expertos en enfermería.

La literatura señala que el profesor experto, además de tener una amplia experiencia, capta por vía intuitiva las situaciones educativas y se centra en el núcleo correcto del problema, sin depender necesariamente procedimientos formalizados (Elliott, 1993). A su vez, la experticia profesional demuestra evoluciones en diferentes ámbitos que los profesionales van evidenciando en sus desempeños y comprensiones de manera progresiva, influenciados también por características individuales y contextuales (Guerra-Martín & Borrallo-Riego, 2017). Las enfermeras expertas, mediante procesos reflexivos, construyen una sensibilidad y virtuosismo avalado en un conocimiento tácito que facilita reconocer holística y rápidamente situaciones en las que deben intervenir, sin detenerse a analizar detalles del evento, sino haciendo uso del diálogo reflexivo de los profesionales competentes

(Schoñ, 1992).

Una fuente válida y relevante respecto a quiénes son los mejores formadores y cuáles son sus principales características se encuentra en la opinión de los estudiantes (J. L. Medina, Beatriz & Borrasca, 2011). Los docentes expertos, según los estudiantes, explicaban de manera tal que lograban que ellos aprendieran, incidiendo además en la relación pedagógica y el clima de aula (Guzmán Valenzuela, 2009). Sus buenos profesores les permitieron aprender significativamente más allá de lo cognitivo, motivándolos e influyendo positiva y sustancialmente en su manera de pensar, actuar y sentir (González *et al.*, 2014). Adicionalmente, el buen formador posee un conocimiento didáctico del contenido que se relaciona con conocer la manera de enseñar un contenido concreto a los estudiantes para promover la comprensión y adquisición de competencias (Delgado-García & Boza Carreño, 2016; Morán *et al.*, 2016), en el contexto de una relación respetuosa, empática, fluida y cercana (Guzmán Valenzuela, 2009).

El objetivo de este estudio fue indagar, en profesores de enfermería expertos, aquellos aspectos significativos de su historia personal y profesional que se relacionaban con su buen desempeño docente.

MÉTODOS

Investigación cualitativa, donde adquiere relevancia la forma en que las personas perciben el mundo y lo que para ellas es realmente importante (Taylor & Bogdan, 1986), específicamente un estudio de casos que explora una realidad singular, limitada en el tiempo, indagando diversas fuentes de información, ricas en contexto.

El estudio se realiza con tres profesoras expertas escogidas de dos escuelas

universitarias de enfermería de Barcelona (A y B) adscritas a Universidades Públicas. Dichas profesoras fueron escogidas a partir de un cuestionario breve aplicado intencionadamente a los docentes de las asignaturas profesionales y a estudiantes de los dos últimos años de la titulación, quienes respondieron voluntariamente, bajo la pregunta central en el ámbito de la formación clínica “¿quiénes han sido los/as profesores/as que más te han ayudado a aprender?” y “¿por qué?”. La selección de profesores expertos fue en base a los criterios: Formadores nombrados con mayor frecuencia por estudiantes y profesores, experiencia docente de al menos tres años y programación académica próxima incluía actividades de formación clínica con estudiantes.

Se seleccionó una formadora del establecimiento A y dos del establecimiento B, quienes fueron identificadas como P1, P2 y P3 para confidencialidad. Ellas tenían entre 10 y 30 años de experiencia profesional, entre 3 y 12 años como docentes; dos se desempeñan en ámbitos hospitalarios y una en el Centro de Atención Primaria.

Para indagar en el recorrido de las mejores formadoras de enfermería, se recolectó información mediante distintas técnicas: “Diario del profesor” con pauta orientadora de preguntas que abriera un espacio inicial para relatar sus historias, recuerdos y procesar cuestiones que no estaban suficientemente conscientes (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2010). Posterior a la recepción y primer análisis del diario, se realizaron entrevistas semiestructuradas para explorar, profundizar y ampliar en la experiencia de los participantes, además de observaciones participantes, en búsqueda de una comprensión del escenario de acción

pedagógica de las buenas formadoras.

El análisis fue principalmente inductivo, mediante las Comparaciones Constantes propuesta por Glaser y Strauss (Erazo Jiménez, 2011). Se realizó transcripción literal de datos, utilizando el programa para análisis Atlas-ti. Lo anterior, se desarrolló como proceso recursivo con análisis en tres niveles: Segmentación y codificación de unidades de significado, luego definición de metacategorías y, finalmente, establecimiento de núcleos temáticos.

Se definieron estrategias para el cumplimiento de los criterios planteados por Guba (Erazo Jiménez, 2011): Credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad, para cautelar el rigor de esta investigación sin perder de vista la naturaleza de la misma. Al invitar a participar a cada profesor en la presente investigación, se le solicitó firmar un consentimiento informado, donde declaraba comprender y aceptar la participación en la investigación, bajo condiciones de anonimato, confidencialidad y voluntariedad de participación y acceso a resultados.

RESULTADOS

Como consecuencia del proceso de análisis, los principales aspectos de la historia personal, académica y laboral de las formadoras expertas y las valoraciones que realizan respecto a sus procesos formativos, fueron los siguientes:

1. La influencia de los referentes formadores en el desempeño de las profesoras expertas

Las profesoras declaran que la formación, apoyo y exigencia recibida por sus padres, tuvo influencia directa en sus desempeños profesionales y docentes, ayudándoles a

tener una actitud de mejora constante, trabajar con afecto y transmitir valores a quienes enseñan:

“Mis padres siempre me han apoyado en todo, pero han sido muy exigentes... Supongo que esto me ha dado un carácter perfeccionista... Verla trabajar [a mi madre] me inspira en mi práctica diaria” (DP. P2. 2:37).

“Realmente me doy cuenta de que todos los valores que yo intento transmitir y que he cultivado en mi profesión son los que me han enseñado mis padres” (DP. P3. 3:8).

Las docentes formadoras expertas de enfermería también contaron con modelos significativos en los escenarios clínicos, quienes aportaron con ejemplos de reflexión positiva o negativa para la acción docente:

“¡Mis prácticas de primaria! Estoy donde estoy por esta rotación... intento que los alumnos se sientan como me sentí yo: no me regalaron nada, trabajé muchísimo, pero era una más del equipo y aprendí un montón” (E. P2.2:29).

“El primer año de enfermería no me gustó... las prácticas fueron horribles... con una enfermera prejubilación que me usó de mano de obra... y trataba a los pacientes con un desprecio terrible. Recuerdo que pensaba que yo no me quería convertir en aquello” (E. P2. 2:24).

2. La preparación formal de las profesoras expertas para cumplir su rol formador

Las buenas profesoras de enfermería reconocen la necesidad y muestran interés por formarse en ámbitos propios de la profesión de enfermería, participando en programas y eventos de capacitación y actualización:

“Cuando iba terminando uno, comenzaba otro [Cursos, Master], y no tanto por la puntuación... pero hacía cosas que me gustaban

y descubriría cosas que antes ni me había planteado como, por ejemplo, la investigación” (E. P1. 4:29).

“He intentado estar al día con distintos cursos de enfermería... además, he ido a congresos, he presentado cosas porque me gusta estar al día de todo” (E. P3. 6:3).

Las profesoras utilizan variadas fuentes de aprendizaje para mantenerse actualizadas en las materias que enseñan a los estudiantes, siendo la principal fuente su propia experiencia clínica, aunque también incluyen la lectura de literatura científica, considerando sus limitantes:

“Lo que hago es actualizarme... porque las cosas cambian mucho... pero cuando explico cosas de la que yo no tengo tanta práctica, entonces lo que hago es ir a la unidad...pregunto cosas, intento actualizar cosas” (E.O. P3. 9:4).

“Cada año me pasa que los libros normalmente te suelen aportar muy poca cosa nueva... pero igual necesito repasar bibliografía para asegurarme que el contenido es efectivamente el que tengo que dar, pero no encuentro mucha cosa nueva. Lo leo para reforzar aspectos que debería decirles y quizás no manejo totalmente” (E.O. P3. 9:5).

Desde el punto de vista de la preparación pedagógica, las profesoras expertas, aunque buscan vincularse con apoyo teórico para buscar soporte, actúan mayormente de manera intuitiva:

“Me comencé a comprar libros sobre aprendizaje... me los estuve leyendo y buscar caminos... pero a nivel de docencia... a mí nadie me ha enseñado a enseñar, yo enseño lo que creo” (E. P1. 4:5).

3. La valoración y el uso del conocimiento práctico en la formación enfermera

Las profesoras expertas valoran la práctica

clínica como un espacio irremplazable de aprendizaje y construcción de saber profesional respecto al cómo ejercer los cuidados de enfermería en contextos reales, diversos y problemáticos que son imposibles de imitar en ambientes simulados o teóricos:

“No se puede enseñar a poner una sonda, canalizar vías a un muñeco. Se ha de poner en práctica en la vida real. El muñeco no se queja, no tiene problemas, no dice nada. Al paciente se le hace daño (se intenta lo menos posible), charlas con él, el paciente se mueve, colabora contigo o no... toda esta vivencia no se puede aprender en un aula de clase” (DP. P1.8:1).

Las formadoras generan procesos de autoaprendizaje, motivados y contruidos con los estudiantes, generándose un proceso de retroalimentación positivo bidireccional entre profesor y alumno en el proceso de docencia práctica, apoyándose para ello en las valoraciones que los estudiantes emiten de su acción tutorial:

“Empecé a llevar alumnas y comenzamos a aprender juntas. Yo les podía enseñar a tratar al paciente, a hacer técnicas, a estar con él, pero ellas me motivaban para ir aprendiendo más. Si no sabía una cosa, la tenía que buscar e informarme. Me hacían estar al día dentro de una profesión cambiante continuamente. Fui perdiendo malos hábitos (esto es un logro total del alumnado)” (DP. P1. 1:16).

“Cuando acaban las prácticas les pido a los chicos qué les ha gustado más y qué menos, para aprender e intentar corregir y mejorar” (DP. P2. 2:33).

Las formadoras expertas resuelven situaciones problemáticas de su desempeño profesional construyendo saber en la práctica misma, a la vez que se encuentran junto a los estudiantes en formación, dándoles la oportunidad de visibilizar y aprender de dicho saber construido que es

único y contextualizado:

“[En el despacho de las enfermeras de un servicio del hospital, P1 y la estudiante comentando lo vivido algunas horas atrás.] - P1: “En principio, como enfermeras, no amarramos al paciente con sujeciones, pero a este paciente hubo que amarrarlo por todas partes y muy fuerte, arriesgando a que se hiciera úlceras. Todas las sujeciones anteriores el paciente las había cortado con mucha fuerza y agresividad” - [La alumna escucha muy atenta y pregunta cómo se actúa en esas situaciones] - P1: “Después de todo lo ocurrido yo pensé de nuevo en la situación y me di cuenta de todo lo que habíamos hecho con el paciente, me lo cuestioné éticamente, pero pensé que primero era la vida y la seguridad del propio paciente y también del equipo que lo atendía, y por tanto habíamos hecho bien las cosas” (Obs. C. P1. 33:2).

La docente experta construye conocimiento práctico al conectar la experiencia real a la del aula, estimulando aprendizajes más duraderos. Para lo anterior, la docente usa el escenario clínico y utiliza herramientas como la simulación de situaciones o personificación de pacientes, familiares o profesionales:

“E: He visto que, a lo largo de las clases, vas dando ejemplos de lo que dices, incluyendo experiencias personales. ¿Por qué lo haces? ¿Con qué intención?”

P3: Como son tantos los alumnos que nunca han tenido contacto con niños, creo que muchas veces no logran entender lo que les digo, no se lo imaginan, o bien no dimensionan lo que significa, entonces les pongo estos ejemplos a veces un poco exagerados para llamar su atención y hacerlos pensar respecto al tema del que estamos hablando.

E: A veces incluso actúas la situación, imitas a las madres o a ti misma...

P3: Sí, sí... creo que de esa manera les puedo

impactar más para que se queden después pensando en ello, para que lo recuerden mejor” (E. P3. 4:26).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presencia significativa de los padres como aspecto fundamental en la formación de las buenas formadoras de enfermería, coincide con lo señalado en el trabajo de López de Maturana (2010), quien plantea que una familia cálida, que apoya y hace presencia significativa en la vida del sujeto, sumado a una formación de valores en torno a la responsabilidad y compromiso por las labores asumidas, son algunos de los rasgos presentes en los buenos profesores.

Las profesoras de este estudio cuentan con modelos inspiradores en su etapa estudiantil y tienden a recordar los modelos más extremos, destacando tanto quienes influyeron de manera entusiasta y positiva en su formación, como aquellos profesores que hubiese sido preferible no conocer, para seguir o evitar sus ejemplos respectivamente (López de Maturana Luna, 2010). De manera similar, en estudios sobre enfermeras líderes y mentoras, éstas relatan haber tenido referentes relevantes y motivadores para potenciar sus habilidades en el escenario docente (McCloughen, O'Brien & Jackson, 2014). Este relato se condice con publicaciones recientes que describen cómo el período de transición desde la profesión clínica al escenario de la docencia es un punto clave, enfatizando la importancia de tener referentes inspiradores (Brown & Sorrell, 2017).

Por otro lado, la principal fuente de conocimiento profesional para las formadoras expertas lo constituye la propia experiencia en cada área de desempeño, reflejando la relevancia del conocimiento

práctico, consecuencia de la imbricación entre las experiencias y los conocimientos actuales del formador (Mansilla Sepúlveda & Ricouz Moya, 2016). Vinculado a esto, se ha corroborado en el estudio que el perfeccionamiento en las esferas propias de la profesión clínica, si bien es considerado valioso, la realización de procesos formales de formación docente no ocupa espacios relevantes en el desarrollo pedagógico de las tutoras ni mentoras de enfermería (McCloughen, O' Brien & Jackson, 2011). Esto se articula con lo que señalan algunos autores en relación a que los buenos profesores toman decisiones a partir de procesos implícitos y subjetivos de interpretación intuitiva (Atkinson & Claxton, 2002). Asimismo, las profesoras expertas de nuestro estudio actúan pedagógicamente de manera mayormente intuitiva.

En este estudio, las formadoras expertas buscan perseverantemente la excelencia docente. Para esto consideran motivantes las apreciaciones de los alumnos a cargo y se apoyan en las valoraciones que éstos emiten de su acción tutorial. Esto se condice con el trabajo de Rivas (2014), quien señala la relevancia que tiene el diálogo entre docentes y estudiantes, *“no tanto como elemento de autoridad, sino como una voz autorizada con la que buscar sentido a la propia vida”*. Por otra parte, una revisión reciente señala que el escenario de la práctica clínica es inconmensurablemente valioso pues enfrenta al binomio docente-estudiante con situaciones irreproducibles en el aula (Zlatanovic, Havnes & Mausethagen, 2017). La descripción anterior arguye a favor de que algunos ámbitos del desempeño profesional de enfermería son imposibles de resolver de manera netamente teórica o técnica, es decir, siguiendo patrones generales, modelos o indicaciones abstractas

recibidas en el aula. La práctica de las enfermeras expertas de nuestro estudio se visualiza como ocasión para que los estudiantes construyan conocimiento en torno al “Cómo”, lo cual se aproxima a la distinción que *Benner (1987)* realiza entre el “saber qué” y el “saber cómo”, este último es un conocimiento tácito que depende fundamentalmente de la experiencia. Este estudio, más el de *Schön (1992)*, evidencian que el conocimiento académico es abstracto, acontextual, estable y rígido, y, al contrario, el conocimiento derivado de la práctica es inestable, complejo e incierto, como reflejo de la realidad misma. El conocimiento práctico clínico es difícilmente verbalizable, por lo cual no puede ser formalizado ni enseñando de manera estructurada y teórica, sino que puede ser demostrado por el profesional de enfermería de una manera implícita, personal e irrepetible.

Por otro lado, las formadoras expertas usan el escenario clínico para resolver situaciones problemáticas de su desempeño profesional y edificar un conocimiento nuevo, único y contextualizado. Este proceso de construcción de conocimiento práctico podría asimilarse a lo que se denomina “la reflexión sobre la reflexión en la acción” (*Schön & Bayo, 1998*), esto es una reflexión retrospectiva que implica realizar descripciones verbales de la situación vivida, a fin de poder modificar secundariamente los futuros desempeños. Lo interesante es que este proceso lo hacen visible para los estudiantes como principiantes, tomando parte de dicha conversación con su formador y planteando sus inquietudes.

Otra estrategia para generar aprendizajes duraderos es cuando la profesora experta realiza lo documentado como “to paint a picture” (*Benner, 2012*), o “imaginación clínica” (*Rivera Álvarez, 2013*), lo cual se

refiere a los momentos donde la formadora, mediante preguntas y situaciones reales o imaginarias que les presenta a los estudiantes, estimula en ellos el análisis y juicio respecto a los posibles cambios en las condiciones que podría presentar el paciente y/o las posibles acciones profesionales más apropiadas. Es coherente plantear que las docentes son capaces de construir un conocimiento pedagógico cuando tienen apertura a las condiciones del contexto, haciendo partícipe activo al estudiante en dichas construcciones. Es destacable que las buenas formadoras de enfermería, enseñan a sus estudiantes a cuidar ejerciendo un cuidado humanizado y de calidad con sus propios estudiantes, con un genuino interés por el bienestar del otro y de su desarrollo profesional. No es extraño, entonces, que las formadoras consideradas expertas sean a su vez consideradas como profesionales de enfermería ejemplares tanto para los estudiantes, como para sus colegas, demostrando elevados niveles de coherencia respecto a su actuar docente y a su efecto en los estudiantes como personas y futuros cuidadores.

Hubo muchas similitudes entre los resultados de esta investigación y las evidencias hasta ahora disponibles respecto a los aspectos influyentes en las actuaciones pedagógicas de los profesores expertos, no obstante, hubo una particularidad que es propia de la actuación de los buenos formadores en enfermería y que se relaciona con una potente coherencia entre el actuar profesional y el actuar como formadora, es decir, existe un espejo entre el vínculo que establece el profesional de enfermería con sus pacientes, versus el vínculo que establece con sus estudiantes.

Con todo lo anterior, resulta sensato reconocer que proyectar procesos de formación docente en formadores de

enfermería no va en la orientación de presentarles un modelo de acción pedagógica lineal a replicar de manera acontextual, sino que requiere instalar espacios de discusión y reflexión entre los formadores, en primer lugar, respecto a sus historias de vida, a sus concepciones sobre el cuidado y la formación de personas, como futuros profesionales del cuidado.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

BIBLIOGRAFÍA

- Atkinson, T. & Claxton, G. (2002). El desarrollo de la intuición profesional. In A. McMahon (Ed.), *El profesor intuitivo* (1.ª ed., p. 179). Barcelona: Octaedro.
- Bardallo Porras, M. D. (2010). *Entre la enseñanza y el aprendizaje. Un espacio de saberes para compartir*. Universitat de Barcelona. Recuperado de <http://www.practicareflexiva.pro/wp-content/uploads/2013/07/Tesis-Sevilla-4-DEFINITIVA-.pdf>
- Benner, P. (1987). *Práctica progresiva en enfermería manual de comportamiento profesional* ([1.ª ed.]). Barcelona: Grijalbo.
- Benner, P. (2012). Educating Nurses: A Call for Radical Transformation-How Far Have We Come? *Journal of Nursing Education*, 51(4), 183-184. <https://doi.org/10.3928/01484834-20120402-01>.
- Brown, T. & Sorrell, J. (2017). Challenges of Novice Nurse Educator's Transition From Practice to Classroom. *Teaching and Learning in Nursing*, 12(3), 207-211. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2017.03.002>.
- Delgado-García, M. & Boza Carreño, Á. (2016). La importancia de «aprender a enseñar» en la titulación de enfermería. Reflexiones biográficas de un médico con alma de educador. *Educación Médica*, 17(4), 170-179. <https://doi.org/10.1016/j.EDUMED.2016.04.005>.
- Elliott, J. (1993). *Reconstructing teacher education: teacher development*. Falmer Press.
- Erazo Jiménez, M. (2011). Rigor científico en las prácticas de investigación cualitativa. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, (42), 107-136. Retrieved from http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_artext&pid=S1851-17162011000100004.
- González, M. A., Castelló Badia, M. & Font, C. M. (2014). The identity of the nursing academic: between education and research. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 23(2), 241-249. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014001640013>.
- Guerra-Martín, M. D. & Borralló-Riego, Á. (2017). Tutoría y rendimiento académico desde la perspectiva de estudiantes y profesores de Ciencias de la Salud. Una revisión sistemática. *Educación Médica*. <https://doi.org/10.1016/j.EDUMED.2017.03.019>.
- Guzmán Valenzuela, C. (2009). *El Conocimiento Profesional del profesorado de enseñanza media de liceos focalizados como Prioritarios de la región de Valparaíso: procesos de construcción y transferencia a la práctica docente*. Valparaíso. Retrieved from <https://centroestudios.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/100/2017/07/2008-UV-Guzman-1-2.pdf>.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5.ª ed.). McGraw-Hill.
- López de Maturana Luna, S. (2010). Las complejidades emergentes en las historias de vida de los buenos profesores. *Polis (Santiago)*, 9(25), 255-267. <https://doi.org/10.4067/S0718-65682010000100015>.
- Mansilla Sepúlveda, J. & Ricouz Moya, A. (2016). Vivencia del rol docente clínico de enfermeras de hospitales del sur de Chile. *Ciencia y Enfermería*, 22(1), 101-111. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532016000100009>.
- McCloughen, A., O'Brien, L. & Jackson, D. (2011). Nurse Leader Mentor as a Mode of Being: Findings From an Australian Hermeneutic Phenomenological Study. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(1), 97-104. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2010.01377.x>.
- McCloughen, A., O'Brien, L. & Jackson, D. (2014). Journey to become a nurse leader mentor: past, present and future influences. *Nursing Inquiry*, 21(4), 301-310. <https://doi.org/10.1111/nin.12053>.
- Medina, J. L., Beatriz, M. & Borrasca, J. (2011). Análisis del conocimiento didáctico del contenido de tres profesores universitarios. Retrieved from http://www.revistaeducacion.educacion.es/doi/360_131.pdf.
- Medina, J. L. M. M. & Jarauta Borrasca, B. (2013). *Enseñanza y aprendizaje en la Educación Superior*. Síntesis.
- Morán, L., Quezada, Y., García, A., González, P., Godínez, S. & Aguilera, M. (2016). Resolver problemas y tomar decisiones, esencia de práctica reflexiva en enfermería. Análisis de la literatura. *Enfermería Universitaria*, 13(1), 47-54. <https://doi.org/10.1016/j.REU.2016.01.001>.



- Rivas Flores, J. E., Leite Méndez, A. E. & Cortés González, P. (2014). Formación del profesorado y experiencia escolar: las historias de vida como práctica educativa. *Praxis Educativa*, 18(2), 13–23. Retrieved from http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S0328-97022014000200002.
- Rivera Álvarez, L. (2013). *Saber y experiencia de el/la estudiante de enfermería en sus prácticas de cuidado*. Universitat de Barcelona. Retrieved from http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/132808/01.LNRA_TESIS.pdf;sequence=1.
- Schön, D. A. (1992). *La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Ediciones Paidós.
- Schön, D. A. & Bayo, J. (1998). *El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan*. Paidós.
- Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Paidós.
- Zlatanovic, T., Havnes, A. & Mausethagen, S. (2017). A Research Review of Nurse Teachers' Competencies. *Vocations and Learning*, 10(2), 201–233. <https://doi.org/10.1007/s12186-016-9169-0>.

Riesgo de enfermedad entre los profesionales de la construcción

Risk of illness among construction professionals Risco de adoecimento entre profissionais da construção civil

Priscila Locatelli¹, Katrini dos Santos Conteratto², Clodoaldo Antônio De Sá³, Liana Lautert⁴, Rosana Amora Ascari⁵

¹Enfermeira. Universidade do Estado de Santa Catarina-UEDESC (Brasil). Bolsista PIVIC. Correo electrónico: prii_locatelli@hotmail.com

²Acadêmica de Enfermagem da UEDESC (Brasil). Bolsista PIVIC. Correo electrónico: katrinii_conteratto@hotmail.com

³Doutor em Ciência do Movimento Humano. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó-UNOCHAPECÓ (Brasil). Correo electrónico: clodoaldo@unochapeco.edu.br

⁴Enfermeira. Doutora em Psicologia. Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS (Brasil). Correo electrónico: lilabem@gmail.com

⁵Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina-UEDESC. Membro do Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho-Gestra/Udesc (Brasil)

Cómo citar este artículo en edición digital: Locatelli, P., Conteratto, K. S., De Sá, C. A., Lautert, L. & Ascari, R. A. (2019). Riesgo de enfermedad entre los profesionales de la construcción. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.18>

Correspondencia: Rosana Amora Ascari. Rua 14 de agosto, 807 E, Bairro Presidente Médici, Chapecó-SC, Brasil. CEP: 89.801-251

Correo electrónico de contacto: rosana.ascari@hotmail.com

Recibido: 12/11/2018; Aceptado: 23/01/2019



ABSTRACT

Objective: To evaluate the risks of sickness present in the work activities of construction workers and the factors associated with the risk of illness in this population. **Methods:** This is a cross-sectional research with a quantitative approach, through the Inventory of Work and Illness Risks. Participated 75 workers linked to a construction company, after approval by the Research Ethics Committee under CAAE n.º 22445413.3.0000.0118. **Results:** There was a predominance of males, between 18 and 28 years of age, married, with low schooling, with 6 to 10 years of profession. Emphasis is

given to the factors: Conditions of Work, Physical Cost and Lack of Recognition, which had "negative, severe" evaluation, characterizing human cost production and labor suffering.

Results: The results point out risks of illness among construction professionals.

Conclusion: It is necessary to review the working conditions in the scenario investigated in order to reduce the risk of illness among construction workers.

Keywords: Occupational risks, Occupational health, construction industry, occupational health nursing.

RESUMO

Objetivo: Avaliar os riscos de adoecimento presente nas atividades laborais de trabalhadores da construção civil e os fatores associados ao risco de adoecimento nessa população. Método: Trata-se de uma pesquisa transversal com abordagem quantitativa, através do Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento. Participaram 75 trabalhadores vinculados a uma empresa do ramo de construção civil, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE n.º 22445413.3.0000.0118.

Resultados: Houve predomínio do sexo masculino, entre 18 a 28 anos, casados, baixa escolaridade, com 6 a 10 anos de profissão. Destaca-se os fatores Condições de Trabalho, Custo Físico e Falta de Reconhecimento, que tiveram avaliação “negativa, grave”, caracterizando a produção de custo humano e sofrimento no trabalho. Os resultados apontam riscos de adoecimento entre os profissionais da construção civil.

Conclusão: Faz-se necessário rever as condições de trabalho no cenário investigado a fim de diminuir o risco de adoecimento entre trabalhadores da construção civil.

Palavras chave: Riscos ocupacionais, Saúde do trabalhador, indústria da construção civil, enfermagem do trabalho.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el riesgo de enfermedad presente en las actividades laborales de trabajadores de la construcción y los factores asociados con el riesgo de enfermedad en esta población. Método: Se trata de un estudio transversal con un enfoque cuantitativo a través de este riesgo y la enfermedad del Trabajo. Participaron 75 trabajadores vinculados a una empresa en el

sector de la construcción, tras la aprobación del Comité Ético de Investigación bajo CAAE N.º 22445413.3.0000.0118. Resultados: Hubo un predominio del sexo masculino entre la educación de 18 a 28 años de edad, casada, bajo, con 6-10 años de profesión. En él se destacan los factores de las condiciones de trabajo, físico y Costo Reconocimiento Lack, que tenía opinión "negativa, grave", con la producción de costo humano y el sufrimiento en el trabajo.

Resultados: Los resultados indican riesgo de enfermedad entre los profesionales de la construcción.

Conclusión: Es necesario revisar las condiciones de trabajo en la etapa de investigación con el fin de disminuir el riesgo de enfermedad entre los trabajadores de la construcción.

Palabras clave: Riesgos laborales, salud laboral, industria de la construcción, enfermería del trabajo.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o setor da construção civil é um dos que mais emprega profissionais e contribui para a economia do país de forma bastante significativa (Dieese, 2014). Embora a construção civil constitua uma das áreas mais produtivas, também é o setor que apresenta maior precariedade nas condições de trabalho e de segurança, condição agravada pela baixa escolaridade e qualificação profissional, características que tornam a construção civil um dos ramos profissionais mais arriscados em todo o mundo (Silva & Oliveira, 2012).

As condições de trabalho nesse setor permeiam a informalidade, longas jornadas de trabalho, desproteção social, além dos salários aquém das necessidades do trabalhador e sua família (Souza, 2015).

Inúmeros acidentes de trabalho e doenças ocupacionais advindas, sobretudo, das condições precárias de trabalho, cooperam para posicionar o setor como um dos ramos produtivos mais perigosos (Takahashi *et al.*, 2012), potencializado pela insegurança frente ao desemprego que assombra o país.

O ritmo acelerado de trabalho, a competitividade e o modo de produção capitalista exigem constante formação e qualificação profissional do indivíduo sob pena de ficar obsoleto (Souza, 2015), o que causa tensão e estresse, que aliado a baixos salários, ambientes insalubres e de alto risco de doenças ocupacionais, influencia fortemente a saúde dos trabalhadores. Considerando os riscos ocupacionais e as condições de trabalho que são submetidos os trabalhadores da construção civil, a presente investigação propôs avaliar o risco de adoecimento dos profissionais da construção civil por meio do Inventário sobre o Trabalho e o Risco de Adoecimento (ITRA), bem como, os fatores associados a este risco.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal realizado com 75 trabalhadores da construção civil num município do oeste de Santa Catarina no primeiro semestre de 2014. Foram incluídos no estudo trabalhadores com idade entre 18 e 65 anos, com tempo mínimo de seis meses de trabalho em uma empresa de construção civil, atuantes em três canteiros de obras, sendo representados por pedreiro, servente, engenheiro, mestre de obras, pintor, eletricista, encanador, azulejista e profissionais envolvidos na armação de ferro, betonagem, carpintaria e aplicação de revestimentos. A coleta de dados deu-se por meio de questionário contendo questões

sociolaborais e do Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA), que avalia o contexto de trabalho, as exigências/custo humano no trabalho, os indicadores de prazer e sofrimento e os danos relacionados ao trabalho e foi validado no Brasil em 2003 e readaptado em 2004 e 2006 (Mendes, Ferreira & Cruz, 2007).

O Inventário compreende escala tipo Likert de zero à cinco (0-5) pontos, sendo composto por 128 itens distribuídos em quatro escalas, a saber: Escala de avaliação do contexto de trabalho (EACT), composta por três domínios: organização do trabalho, condições de trabalho e relações socioprofissionais; Escala do custo humano no trabalho (ECHT), composta por três domínios: custo físico, custo cognitivo e custo afetivo; Escala de indicadores de prazer e sofrimento no trabalho (EIPST) com quatro domínios: Realização profissional, Liberdade de expressão, Falta de reconhecimento e Falta de liberdade de expressão; e Escala de avaliação dos danos relacionados ao trabalho (EADRT) com três domínios: danos físicos, danos psicológicos e danos sociais (Mendes, Ferreira & Cruz, 2007).

A EACT e a ECHT seguem a classificação grave (pontuação acima de 3,7), moderado ou crítico (entre 2,3 e 3,69) e positivo ou satisfatório (abaixo de 2,3). A classificação da EIPST pode ser positiva, satisfatória (pontuação acima de 4,0), moderada ou crítica (entre 2,1 e 3,9) e grave (abaixo de 2,0), enquanto a EADRT envolve os níveis de avaliação negativa (pontuação acima de 4,1), avaliação grave (entre 3,1 e 4,0), moderado ou crítico (entre 2,0 e 3,0) e avaliação positiva, suportável (score abaixo de 1,9) (Mendes, Ferreira & Cruz, 2007).

A coleta de dados foi realizada em três canteiros de obras no oeste catarinense, após esclarecimento aos participantes sobre os

objetivos do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina (Protocolo CAAE n.º 22445413.3.0000.0118).

Os dados foram analisados por meio do *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0. Utilizou-se a estatística descritiva para análise dos dados e os valores de médias e medianas foram utilizados para a classificação dos domínios em função do estado civil, escolaridade e tempo de trabalho.

RESULTADOS

Participaram do estudo 75 trabalhadores da construção civil com idade média de $39,69 \pm 13,27$ anos, predominantemente do sexo masculino (92%), com tempo de atuação na construção civil de $11,31 \pm 11,17$

anos. Entre esses 43 (57,3%) eram solteiros e 39 (52%) haviam cursado ensino médio ou superior. A classificação dos trabalhadores da construção civil nos domínios do ITRA demonstrou que a Organização do Trabalho, Custo Cognitivo, Esgotamento Profissional, Danos Físicos e Danos Psicológicos alcançou resultado Crítico; as Relações Socioprofissionais, Custo Afetivo, Liberdade de Expressão, Realização Profissional e Danos Sociais foram classificadas como Suportável; enquanto as Condições de Trabalho, Custo Físico e Falta de Reconhecimento tiveram os piores escores-Grave.

Os dados referentes à classificação dos trabalhadores da construção civil nas escalas e domínios do ITRA, em função da escolaridade e do estado civil (Tabela 1) e do tempo de trabalho (Tabela 2), são apresentados a seguir.

TABLA 1: Classificação dos trabalhadores da construção civil em função da escolaridade e estado civil. SC, Brasil, 2014

ESCALAS/DOMÍNIOS	ENSINO FUNDAMENTAL	ENSINO MÉDIO	CASADOS	NÃO CASADOS
Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT)				
Organização do Trabalho	Crítico	Grave	Grave	Crítico
Relações Socioprofissionais	Crítico	Crítico	Satisfatório	Satisfatório
Condições de Trabalho	Grave	Grave	Grave	Grave
Avaliação do Custo Humano no Trabalho (ECHT)				
Custo Afetivo	Satisfatório	Crítico	Satisfatório	Satisfatório
Custo Cognitivo	Crítico	Crítico	Crítico	Crítico
Custo Físico	Grave	Grave	Grave	Grave
Avaliação de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST)				
Liberdade de Expressão	Satisfatório	Crítico	Satisfatório	Satisfatório
Realização Profissional	Satisfatório	Satisfatório	Satisfatório	Satisfatório
Esgotamento Profissional	Crítico	Crítico	Crítico	Crítico
Falta de Reconhecimento	Grave	Grave	Grave	Grave
Avaliação de Danos Relacionados ao Trabalho (EDRT)				
Danos Físicos	Crítico	Crítico	Suportável	Suportável
Danos Sociais	Suportável	Suportável	Suportável	Suportável
Danos Psicológicos	Suportável	Suportável	Suportável	Suportável

FONTE: Banco de dados dos Autores

TABLA 2: Classificação dos trabalhadores da construção civil em função do tempo de profissão. SC, Brasil, 2014

ESCALAS/DOMÍNIOS	ATÉ 5 ANOS	DE 5 A 10 ANOS	11 ANOS OU MAIS
Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT)			
Organização do Trabalho	Grave	Crítico	Crítico
Relações Socioprofissionais	Crítico	Satisfatório	Satisfatório
Condições de Trabalho	Grave	Grave	Grave
Avaliação do Custo Humano no Trabalho (ECHT)			
Custo Afetivo	Satisfatório	Satisfatório	Crítico
Custo Cognitivo	Crítico	Crítico	Crítico
Custo Físico	Grave	Grave	Grave
Avaliação de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST)			
Liberdade de Expressão	Crítico	Satisfatório	Satisfatório
Realização Profissional	Satisfatório	Satisfatório	Satisfatório
Esgotamento Profissional	Crítico	Crítico	Crítico
Falta de Reconhecimento	Grave	Grave	Grave
Avaliação de Danos Relacionados ao Trabalho (EDRT)			
Danos Físicos	Suportável	Suportável	Suportável
Danos Sociais	Suportável	Suportável	Suportável
Danos Psicológicos	Suportável	Suportável	Suportável

FONTE: Banco de dados dos Autores

DISCUSSÃO

Estudo identificou que os homens correspondem a 97,3% dos trabalhadores da construção civil (Fernandes & Vaz, 2012). No Brasil, o percentual de homens que ocupa vagas de trabalho neste segmento cresceu mais do que o de mulheres, e ainda, houve um aumento do segmento masculino contratado com carteira assinada, representando um acréscimo de mais de um milhão de postos de trabalho de homens com esse tipo de contratação totalizando 93,3%. Entre as mulheres, esse aumento representou 64,0% no período (Dieese, 2012). Observou-se nesse estudo, trabalhadores adultos jovens, reforçando achados na construção civil com prevalência entre 21 a 25 anos de 24% (Fernandes & Vaz,

2012) e de 23,9% (Fernandes & Carvalho, 2012).

Pesquisas confirmam a baixa escolaridade em trabalhadores da construção civil (Fernandes & Vaz, 2012; Cerqueira-Santos *et al.*, 2012), reforçando achados deste estudo. Referente carga horária semanal dos trabalhadores com carteira assinada é de 44 horas, em conformidade com a Constituição Federal Brasileira (Brasil, 1988).

Avaliação do Contexto de Trabalho

A Organização do Trabalho é definida como a divisão e conteúdo das tarefas, normas, controles e ritmos de trabalho (Mendes, Ferreira & Cruz, 2007). Esta estrutura organizacional define como as tarefas dentro das empresas, serão alocadas,

quem se reporta a quem e quais os mecanismos formais de coordenação e de interação que devem ser utilizados. Nesse domínio encontrou-se avaliação Moderada, Crítica, resultado mediano que representa situação-limite, potencializando o custo negativo e o sofrimento no trabalho (Mendes, Ferreira & Cruz, 2007). Assim, a melhoria das condições de trabalho na construção civil está intrinsecamente ligada ao conhecimento das normas de segurança e sua fiscalização pelas partes envolvidas (Brasil, [s. d.]).

As Relações Socioprofissionais são definidas como os modos de gestão do trabalho, comunicação e interação profissional (Mendes, Ferreira & Cruz, 2007), e teve avaliação Positiva, Satisfatória, resultado produtor de prazer no trabalho, aspecto que deve ser mantido e consolidado no ambiente organizacional (Mendes, Ferreira & Cruz, 2007). Um dos fatores agravantes para o sofrimento provocado pelo trabalho é a falta de reconhecimento do trabalhador, devido a baixa qualificação e por ser facilmente substituído (Bittencourt, 2011).

As Condições de Trabalho se caracteriza pela qualidade do ambiente físico, posto de trabalho, equipamentos e materiais disponibilizados para a execução do trabalho (Mendes, Ferreira & Cruz, 2007) e recebeu avaliação Grave, aspecto que representa risco de adoecimento para os profissionais.

No que diz respeito às condições de trabalho, o ramo da construção civil é considerado um dos mais perigosos em todo o mundo, principalmente no Brasil, liderando as taxas de acidentes de trabalho fatais, não fatais e anos de vida perdidos. Apesar dos trabalhadores dessa ocupação percebem o acidente como um acontecimento causado pelo descuido ou

desatenção do trabalhador, eles também associam isso às condições de trabalho, mas especificamente a ausência de medidas e equipamentos de proteção (Iriart *et al.*, 2008). As precárias condições de trabalho, em muitos casos, subumanas e nocivas à saúde do trabalhador, com risco constante de acidentes e de doenças, a inconstância de emprego e os baixos salários (Bittencourt, 2011), são elementos que contribuem para o aumento de exposição do trabalhador ao risco de adoecimento laboral.

Nesse contexto, além de conhecer os riscos a que está exposto no ambiente de trabalho, o trabalhador precisa conhecer a legislação trabalhista para identificar seus direitos e deveres, e para lutar por condições e segurança no trabalho (Galom, Marziale & Souza, 2011).

Avaliação de Custo Humano no Trabalho

O Custo Físico é definido como consumo fisiológico e biomecânico imposto ao trabalhador pelas características do contexto de produção (Mendes, Ferreira & Cruz, 2007), o qual obteve avaliação Negativa, Grave. Esse resultado é produtor de custo humano e sofrimento no trabalho, indicando forte risco de adoecimento, requerendo providências imediatas nas causas, visando a eliminação e/ou diminuição das mesmas.

O trabalho na construção civil é pesado, exige esforço e carregamento de peso, gerando sobrecarga nas vértebras, discos intervertebrais, pernas e braços (Takahashi *et al.*, 2012). Estudo com trabalhadores da construção civil constatou que a maior parte dos movimentos realizados nas atividades laborais foram com o tronco inclinado e torcido, braços com movimentos abaixo dos ombros, prevalecendo o movimento em pé com ambas as pernas esticadas (Onuka, 2011), o que reforça os achados deste estudo.

O Custo Cognitivo representa o consumo intelectual para aprendizagem, resolução de problemas e tomada de decisão no trabalho e neste estudo a avaliação foi Moderada, Crítica, resultado mediano que representa situação-limite, potencializa o custo negativo e o sofrimento no trabalho (Mendes, Ferreira & Cruz, 2007). O trabalho pode levar ao desgaste psicológico, por que o trabalho possui aspectos negativos que incidem tanto sobre o corpo físico como a mente do indivíduo (Barros & Mendes, 2003).

O Custo Afetivo, definido como consumo emocional, sob a forma de reações afetivas, sentimentos e de situações de humor (Mendes, Ferreira & Cruz, 2007), obteve avaliação Positiva, Satisfatória, sendo produtor de prazer no trabalho. Esta percepção pode estar relacionada ao vínculo de trabalho dos respondentes, pois se trata de um grupo que além de ter um trabalho, este é formal e amparado pela Legislação Trabalhista.

Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho

A Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho-EIPST é composta por quatro fatores: dois para avaliar o prazer-realização profissional e liberdade de expressão, e dois para avaliar o sofrimento no trabalho- esgotamento profissional e falta de reconhecimento. A Realização Profissional constitui a vivência de gratificação profissional, orgulho e identificação com o trabalho que faz (Mendes, Ferreira & Cruz, 2007) e, neste estudo obteve avaliação Positiva, Satisfatória.

O homem é um ser social e relacional que toma parte ativa nas relações, uma vez que se relaciona com outros trabalhadores para construir estratégias defensivas com seus

pares, na tentativa de reconhecimento de sua originalidade e identidade; com a hierarquia para fazer reconhecer a utilidade de sua habilidade e de seus achados; e com os subordinados, na tentativa de buscar o reconhecimento de sua autoridade. Para identificar um bom nível de bem-estar em um trabalhador, é necessário que o mesmo demonstre ou diga estar satisfeito com seu trabalho, que identifique a existência de envolvimento com suas tarefas no contexto laboral e que estabeleça um compromisso afetivo com a organização (Ribeiro *et al.*, 2011).

A Liberdade de Expressão representa a liberdade para pensar, organizar e falar sobre o seu trabalho (Mendes, Ferreira & Cruz, 2007) e foi avaliada como Positiva, Satisfatória.

O Esgotamento Profissional avalia o sofrimento, que é a vivência de frustração, insegurança, inutilidade, desgaste e estresse no trabalho (Mendes, Ferreira & Cruz, 2007), o qual obteve avaliação Moderada, Crítica, resultado que representa situação-limite.

Nesse sentido, estudo relacionado ao prazer e sofrimento indica que o trabalho pode ser prazeroso, quando as condições e o ambiente laboral forem adequados, permitindo a compatibilidade entre as exigências e capacidade do trabalhador, pois se o trabalho exigir do indivíduo mais do que pode desenvolver poderá gerar sofrimento (Barros & Mendes, 2003). Ainda, a organização do trabalho permite o trabalhador expressar sua individualidade e subjetividade, o que propicia a resignificação do sentido do trabalho, possibilitando transformar situações de desgaste e sofrimento em situações de reconhecimento e prazer (Barros & Mendes, 2003).

A Falta de Reconhecimento, definida como a vivência de injustiça, indignação e

desvalorização pelo falta de reconhecimento do seu trabalho (Mendes, Ferreira & Cruz, 2007), teve avaliação Negativa, Grave, indicando forte risco de adoecimento. O reconhecimento é sinalizado como o núcleo do prazer e sofrimento no trabalho, sendo que a falta deste tem sido associada a processos de sofrimento, adoecimento e despersonalização (Bendassolli, 2012).

Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho

O Dano Físico entendido como dores no corpo e distúrbios biológicos (Mendes, Ferreira & Cruz, 2007) obteve avaliação Positiva, Suportável, mesmo resultado encontrado com profissionais das áreas compartilhadas das Entidades Nacionais do Sistema Indústria (Silva, 2008).

O Dano Social se refere ao isolamento e dificuldades nas relações familiares e sociais; o psicossocial à relação do sujeito com o outro (Mendes, Ferreira & Cruz, 2007), aspectos que tiveram avaliação Positiva, Suportável neste estudo. Com o tempo, os trabalhadores desenvolvem competências técnicas e uma série de competências relativas ao trabalho coletivo e à vida social no meio laboral (Takahashi *et al.*, 2012), o que pode ter contribuído para avaliação positiva destes trabalhadores.

Os Danos Psicológicos são representados por sentimentos negativos em relação a si e à vida em geral (Mendes, Ferreira & Cruz, 2007) e receberam avaliação Positiva, Suportável. O trabalho ocupa posição importante na vida das pessoas e carrega consigo valores essenciais que permeiam várias instâncias do seu viver, além disso, o trabalho exerce influência sobre a motivação e a satisfação, fator relevante para a inserção social do sujeito e na formação de sua identidade (Ribeiro *et al.*, 2011).

Diante do exposto, é relevante apontar os

domínios que se destacaram negativamente nesta pesquisa: Condições do Trabalho, indicando que os profissionais da construção civil não estão satisfeitos com as condições em seu local de trabalho; Custo Físico, indicando sobrecarga para os profissionais, resultando em custo humano e sofrimento no trabalho e; Falta de Reconhecimento, expressa pela vivência de desvalorização em função da falta de reconhecimento do seu trabalho, resultados que podem impactar no risco de adoecimento entre os trabalhadores da construção civil.

CONCLUSÃO

A indústria da construção civil é setor caracterizado como precário e que oferece risco para seus trabalhadores, tanto no âmbito de acidentes quanto nas doenças decorrentes do trabalho. O presente estudo que buscou identificar os fatores de risco ao adoecimento relacionado ao trabalho de profissionais da construção civil e identificou que os trabalhadores vivenciam um misto de prazer e sofrimento em seu cotidiano laboral.

Observou-se que os trabalhadores da amostra estão insatisfeitos com as condições de trabalho e a falta de reconhecimento e percebem alto custo físico no trabalho da construção civil. Entretanto, observa-se também, aspectos relacionais positivos no grupo, que apesar das condições negativas no trabalho, percebem relações socioprofissionais satisfatórias, liberdade de expressão, realização profissional, baixo custo afetivo e não apresentam danos sociais.

Dentre as limitações deste estudo, salienta-se o pequeno número de participantes, o que inviabilizou maiores análises e também a escassez de pesquisas utilizando o

Inventário sobre Trabalho e Risco de Adoecimento em trabalhadores da construção civil, limitando a comparação de dados e aprofundamento das discussões. Os achados sinalizam para necessidade de acompanhamento das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da indústria da construção civil, abre caminhos para novos estudos com essa população, bem como sugere investimentos na reestruturação organizacional e nas condições de trabalho, na consolidação das boas relações de trabalho e no desenvolvimento de estratégias que visem minimizar os riscos de adoecimento, sobretudo, os riscos físicos.

REFERÊNCIAS

- Barros, P. C. R. & Mendes, A. M. B. (2003). Sofrimento psíquico no trabalho e estratégias defensivas dos operários terceirizados da construção civil. *Psico-USF*, 8 (1), 63-70. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v8n1/v8n1a09.pdf>.
- Bendassolli, P. F. (2012). Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões contemporâneas. *Psicologia em Estudo*, 17 (1), 37-46. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n1/v17n1a04.pdf>.
- Bittencourt, N. F. B. (2011). O estresse no setor da construção civil. *Profiscientia*, 6, 111-131. Recuperado de <http://www.profiscientia.ifmt.edu.br/profiscientia/index.php/profiscientia/article/view/70/73>.
- Brasil (1998). *Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília-DF: Senado Federal. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.
- Brasil [s.d.]. *Ministério Público do Trabalho. Procuradoria Geral do Trabalho da 1.ª Região. Trabalho na Construção Civil: Direitos do empregado, deveres do empregador e principais normas de saúde e segurança na construção de obras*. Brasília-DF: Senado Federal. Recuperado de http://contricom.org.br/novoportal/images/arquivospdf/Cartilha_da_Construcao_Civil_o_Ministerio_Publico_do_trabalho.pdf.
- Cerqueira-Santos, E., Souza, D. A., Melo Neto, O. C. & Rocha, A. C. (2012). Sexualidade do trabalhador da construção civil: percepções sobre a exploração sexual de crianças e adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 25 (3), 578-587. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v25n3/v25n3a18.pdf>.
- DIEESE (2012). *Perfil dos trabalhadores da construção civil no estado da Bahia*. São Paulo: DIEESE-Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Recuperado de www.dieese.org.br. Recuperado de <http://www.dieese.org.br/projetos/informalidade/perfilConstrucaoCivilBA.pdf>.
- DIEESE (2014). *Rotatividade Setorial: dados e diretrizes para a ação sindical*. São Paulo: DIEESE-Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Recuperado de www.dieese.org.br.
- Fernandes, A. C. P. & Carvalho, C. M. (2012). Análise do índice de audição de trabalhadores de uma empresa de construção civil. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*. 29 (3), 231-234. Recuperado de http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/03_jul-set/V30_n3_2012_p231a234.pdf.
- Fernandes, A. C. P. & Vaz, A. B. (2012). Perfil do índice de massa corporal de trabalhadores de uma empresa de construção civil. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*. 29 (2), 144-149. Recuperado de http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/02_abr-jun/V30_n2_2012_p144-149.pdf.
- Galon, T., Marziale, M. H. P. & Souza, W. L. (2011). A legislação brasileira e as recomendações internacionais sobre a exposição ocupacional aos agentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 64 (1), 160-167. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a23.pdf>.
- Iriart, J. A. B., Oliveira, R. P., Xavier, S. S., Costa, M. A. S., Araújo, G. R. & Santana, V. S. (2008). Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 13 (1), 165-174. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/20.pdf>.
- Mendes, A. M., Ferreira, M. C. & Cruz, R. M. (2007). Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento-ITRA: Instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. En Mendes, AM (Ed.). *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 111-126.
- Onuka, F., Arantes, D. F., Andrade, F. C. & Catai, R. E. (2011). Análise ergonômica postural do posto



de trabalho do servente na construção civil. VII Congresso Nacional de Excelência em Gestão. Recuperado de <http://www.inovarse.org/filebrowser/download/8543>.

- Ribeiro, A. C. A., Mattos, B. M., Antonelli, C. S., Canêo, L. C. & Goulard Júnior, E. (2011). Resiliência no trabalho contemporâneo: promoção e/ou desgaste da saúde mental. *Psicologia em Estudo*. 16 (4), 623-633. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n4/a13v16n4.pdf>.
- Silva, L. S. M. T. (2008). *Fatores de adoecimento nas áreas compartilhadas do Sistema Indústria. Monografia (Especialização em Gestão de Pessoas)*. Universidad de Brasília: Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação (FACE).
- Silva, T. F. & Oliveira, I. R. S. (2012). A saúde do trabalhador da construção civil: o papel do enfermeiro do trabalho na prevenção de acidentes.

Recuperado de <http://www.redentor.inf.br/arquivos/pos/publicacoes/10082012TCC%20TERESA%20DE%20FATIMA.pdf>.

- Souza, R. S. (2015). Relações de trabalho e o processo de precariedade na construção civil brasileira. *Estudos do Trabalho*. 9 (17), 101-122. Recuperado de <http://www.estudosdotrabalho.org/A6%20RRET17.pdf>.
- Takahashi, M. A. B. C., Silva, R. C., Lacorte, L. E. C., Ceverny, G. C. O. & Vilele, R. A. G. (2012). Precarização do Trabalho e Risco de Acidentes na construção civil: um estudo com base na Análise Coletiva do Trabalho (ACT). *Saúde e Sociedade*. 21 (4), 976-988. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400015.

Cuidando del embarazo: el caso de las parteras Tseltales en Chiapas, México

Caring for pregnancy: the case of Tseltal midwives in Chiapas, Mexico

Cuidar da gravidez: o caso das parteiras Tseltal em Chiapas, no México

Erasmus Jiménez López¹, Gandhi Ponce Gómez²

¹Maestro en Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México. Jurisdicción Sanitaria Ocosingo. Responsable de Salud Perinatal. Chiapas, México. Correo electrónico: Erasmus.jimenez@yahoo.com.mx

²Profesor de Carrera Titular A. Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Unidad de Investigación. Correo electrónico: gandhy_ponce@yahoo.com.mx

Cómo citar este artículo en edición digital: Jiménez López, E. & Ponce Gómez, G. (2019). Cuidando del embarazo: el caso de las parteras Tseltales en Chiapas, México. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.19>

Correspondencia: Gandhi Ponce Gómez. Calle 615. No. 18. Unidad Habitacional San Juan de Aragón. Delegación Gustavo A. Madero, C.P. 07979. Ciudad de México, México

Correo electrónico de contacto: gandhy_ponce@yahoo.com.mx

Recibido: 23/10/2018; Aceptado: 11/01/2019



ABSTRACT

Justification: The existence of ethnic groups in Mexico, gives an important cultural significance for the care of pregnant women. In Sitalá, Chiapas, Mexico, midwives have built their trajectory through traditional generational knowledge, with a different way of treating maternal and child health problems with respect to the biomedical care system.

Objectives: Understand the cultural practices of midwives in the care of the pregnant woman of the Tseltal ethnic group.

Methodology: Ethnographic study of 8 participants, content analysis until saturation. Theoretical references of the Model Rachel Spector and Model of Cultural Competence of Larry Purnell.

Results and discussion: The sobada, is a manipulation of the traditional midwife

used by the traditional health care system in indigenous communities of the Tzeltal ethnic group, they cure, accompany and advise in the primordial moments of family development.

Conclusion: Living midwifery provides accompanied care during pregnancy with safety, physical and emotional comfort. They are non-formal leaders of the communities and a means to generate changes in health; so the communication of the nursing professional is paramount in the conservation of health or self-care that can be achieved in these communities.

Keywords: Midwifery, cultural care, sobada.

RESUMO

Justificação: A existência do grupos étnicos no México, dá um importante significado cultural para o atendimento de

mulheres grávidas. Em Sitalá, Chiapas, México, as parteiras construíram sua trajetória através do conhecimento geracional tradicional, com uma maneira diferente de tratar os problemas do saúde materna e infantil em relação ao sistema de cuidados biomédicos.

Objetivos: Compreender as práticas culturais das parteiras no cuidado da mulher grávida do grupo étnico Tzeltal.

Metodologia: Estudo etnográfico de 8 participantes, análise de conteúdo até saturação. Referências teóricas do Modelo Rachel Spector e Modelo de Competência Cultural de Larry Purnell.

Resultados e discussão: A sobada, é uma manipulação da parteira tradicional utilizada pelo sistema tradicional do saúde em comunidades indígenas do grupo étnico Tzeltal, que cura, acompanha e aconselha os momentos primordiais do desenvolvimento familiar.

Conclusão: A enfermeira viva fornece cuidados acompanhados durante a gravidez com segurança, conforto físico e emocional. Eles são líderes não-formais das comunidades e um meio para gerar mudanças na saúde; então a comunicação do profissional do enfermagem é primordial na conservação da saúde ou autocuidado que pode ser alcançada nessas comunidades.

Palavras chave: Obstetrícia, cuidados culturais, sobada.

RESUMEN

Justificación: La existencia de etnias en México, da un significado cultural importante para la atención de embarazadas. En Sitalá, Chiapas en México, las parteras han construido su trayectoria a través de un saber tradicional generacional, con una forma distinta de tratar los

problemas de salud materno-infantil con respecto al sistema de atención biomédico.

Objetivos: Comprender las prácticas culturales de las parteras en la atención de la embarazada de la etnia tseltal.

Metodología: Estudio etnográfico de 8 participantes, análisis de contenido hasta la saturación. Referentes teóricos del Modelo Rachel Spector y Modelo de competencia cultural de Larry Purnell.

Resultados y discusión: La sobada, es una manipulación de la partera tradicional utilizada por el sistema de cuidado a la salud tradicional en comunidades indígenas de la etnia tzeltal, ellas curan, acompañan y aconsejan en los momentos primordiales del desarrollo de las familias.

Conclusión: La partería vivida provee de cuidados acompañados durante el embarazo con seguridad, confort físico y emocional. Son líderes no formales de las comunidades y medio para generar cambios en la salud; así que la comunicación del profesional de enfermería es primordial en la conservación de la salud o el autocuidado que se pueda a lograr en estas comunidades.

Palabras clave: Partería, cuidado cultural, sobada.

INTRODUCCIÓN

En las zonas rurales del estado de Chiapas, México, las formas de vida, la situación social, cultural, política, económica y el cuidado de la salud son similares a muchos lugares de Latinoamérica, donde la presencia de diversas etnias da un significado cultural importante para la atención de las embarazadas, en el cual las parteras son pilares en la atención y cuidados. Específicamente el municipio de Sitalá tiene una población de 9 887 personas que hablan alguna lengua indígena (tseltal),

lo que representa 96% de la población. Para conocer como resuelven los problemas de salud que encuentran las parteras en su práctica cotidiana, es necesario escuchar de viva voz sus experiencias, sus prácticas de cuidados; el saber sobre su cultura, tradiciones, costumbres, formas de vida y en general la cosmovisión de las parteras como en el caso particular que nos ocupa, el de las parteras tzeltales.

De acuerdo con las estadísticas presentadas por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, en México los estados con mayor porcentaje de partos atendidos por parteras son: Chiapas (74%), Oaxaca (56%), Guerrero (51%), Tabasco (42%), Veracruz (42%), Puebla (33%) y San Luis Potosí (27%) (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 1999).

Los primeros hechos en torno a la atención de la embarazada, se remontan a los inicios de la raza humana, su atención ha variado a lo largo de la historia y frecuentemente se concibe en un entorno lleno de mitos y tabúes (Alfaro, Villaseñor, Valadez, Guzmán y González, 2006a).

Los patrones culturales tradicionalmente han asignado a las mujeres el rol de curanderas, y ellas han sido también quienes se han encargado de la atención del parto, la cual se realiza en la casa de la embarazada y se encuentran referidos en múltiples registros (Alfaro, Villaseñor, Valadez, Guzmán y González, 2006b).

Así mismo, en relación a la atención del parto se encuentran muchos trabajos de investigación realizados en México y en el resto del mundo, pero en relación al cuidado de la salud de la embarazada muy poco se encuentra escrito sobre todo en lo que se refiere a las prácticas culturales.

Partera tradicional (PT) es la persona que

asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos iniciales de partería por sí misma o por aprendizaje con otras parteras tradicionales (Organización Mundial de la Salud, 1993). La NORMA Oficial Mexicana 007, define a la partera tradicional como a la persona que pertenece a comunidades indígenas y rurales y que ha sido formada y practica el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y la persona recién nacida, la cual se considera como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica (Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016).

Las instituciones de salud deben comprender las costumbres, creencias y prácticas culturales de atención a la mujer en edad reproductiva, en estado de gravidez, en el parto, el puerperio y hasta el cuidado del recién nacido; de esta forma, no basta conocer cuáles son las prácticas culturales, es necesario que también sean admitidos en el sistema formal de salud para que puedan ser monitorizadas en todo momento, para saber si alguna partera tradicional está teniendo complicaciones con alguna embarazada y apoyarla, bien sea de forma física o con un vehículo para el traslado a algún hospital o unidad de salud con más capacidad resolutive. De este modo eliminar paulatinamente los factores de riesgos asociados a los embarazos que se dan en condiciones de desigualdad.

En la revisión de la literatura se hace expreso que el cuidado del embarazo y el puerperio es asumido por los cuidadores culturales, las gestantes los visitan según el estado de salud y capacidad económica. Los Thewala se encargan del bienestar espiritual de la gestante mediante la realización de sobos, baños de armonización y tanteos. Las parteras son las responsables de atender el componente físico en la gestante,

determinando la posición del bebé y realizando sobos para acomodarlo para el parto; así mismo, sugieren a la gestante el consumo de ciertos alimentos y el uso de plantas medicinales, tanto para infusión como baños (Muñoz, Castro, Chávez y Ortega, 2012).

En cuanto a las prácticas de cuidados del embarazo, inicialmente diagnostican el embarazo, mediante la palpación abdominal, percibiendo la frecuencia cardiaca fetal, además de la apreciación de un punto o prominencia palpada en el abdomen de las gestantes. Durante el control mensual realizan actividades de “tocada”, que consiste en masajes sobre el vientre para hacer girar al bebé cuando este se encuentra en posición anormal, se recomienda a la embarazada que no debe realizar labores hogareñas relacionadas con hacer nudos, clavar puntillas, tapar un recipiente, pasar por debajo de las escaleras ya que ocasionan la trama, es decir, un parto difícil (López, Cataño, López, Velásquez, 2011).

En cuanto al uso de plantas medicinales en Veracruz, México las parteras comparten acerca de sus saberes ancestrales que existen plantas medicinales que son usados por parteras y médicos tradicionales para diversos padecimientos: citan al carrizo; para detener las hemorragias, la hierba del golpe; para la fertilidad femenina, la vergonzosa de hoja ancha; tratar la hemorragia posparto, el quelite blanco; para producir leche en mujeres, el zacate chichi; para prevenir el edema y fiebre posparto la, hierba del burro o zopilote (Gheno, Nava, Martínez y Sánchez, 2011).

En cuanto a las prácticas culturales, las mujeres perciben que se les facilita el proceso de parto, puesto que les brindan seguridad, apoyo emocional y físico a las

gestantes, las parteras tradicionales preservan y promueven tradiciones que están arraigadas en las creencias culturales, con acciones como masajear el abdomen, enterrar la placenta en casa, orar y apoyar a la familia, cumpliendo así con las expectativas culturales de atención de la mujer, situación contraria a las prácticas institucionales de salud (Laza, 2015).

REFERENTES TEÓRICOS

Todo profesional de enfermería en diversos momentos de la práctica de cuidados se encontrará en contacto con diversas culturas. Debido al movimiento migratorio a causa de la globalización, personas de diversas regiones del mundo transitan por el territorio nacional; no obstante, solo en México tenemos una riqueza cultural inmensa. Rachel Spector en su modelo de Tradiciones en Salud, refiere que los profesionales de enfermería deberían ser el vínculo que traslade las creencias y prácticas del paciente al sistema de salud, y viceversa (Spector, 2002a). El Modelo de herencia cultural y tradiciones de salud de Rachel Spector menciona que esta teoría fue desarrollada por Estés y Zitzow en 1980, quienes pretendían describir hasta qué punto el estilo de vida de una persona refleja su cultura tradicional (Spector, 2002b). Esta teoría se ha ampliado con la intención de abarcar las diferentes culturas europeas, asiáticas, africanas o hispanas. Para Spector la consistencia hereditaria existe en un continuum, de manera que una misma persona puede poseer características de herencia (tradicional) o inconsistente (moderna o culturizada). Este concepto implica la determinación de los vínculos de una persona con sus antecedentes étnicos, culturales y religiosos (Spector, 2002c).

Sugiere que el dispensador de cuidados para llegar a comprender lo que hace y que su práctica profesional resulte eficaz, debe tener las siguientes características:

- Ser culturalmente sensible, esto implica tener los conocimientos necesarios y comprender las tradiciones relacionadas con la salud y la enfermedad.
- Ser culturalmente congruente, significa que se debe tener la capacidad de llevar a la práctica los conocimientos que poseen de forma adecuada y rentabilizarlos desde el punto de vista de la enfermería mediante la dispensación de cuidados coherentes culturalmente y de gran calidad profesional.
- Ser culturalmente competente, se debe prestar atención de forma adecuada al paciente, considerando el contexto y manteniendo, por tanto, la filosofía holística de los cuidados.

Para desarrollar su modelo, Spector enfatiza la necesidad de realizar las siguientes valoraciones:

- Valoración del legado cultural: considera que debe ser valorado mediante el nivel de importancia de la cultura, la etnicidad y la religión en el individuo, la familia y la comunidad.
- Valoración de fenómenos culturales que afectan a la salud, se refiere a aspectos de orientación en el tiempo, espacio personal y territorialidad, comunicación, organización social, variables biológicas, hábitos de comida y alimentación, control del entorno (Spector, 2002d).

Tradiciones en salud

Cada individuo tiene el derecho a ser respetado por su singularidad y herencia cultural ya que ninguna cultura es mejor que otra sino diferente. La cultura ayuda a interpretarse a uno mismo y conocerse en cuanto al modo de responder en los cuidados proporcionados. Y la valoración de las tradiciones en salud es indispensable para conocer las conductas del cuidado que se practican y con ello poder brindar cuidados culturalmente adaptados por el profesional de salud (Siles, Cibanal, Vizcaya, Gabaldón, Domínguez & *et al.*, 2001a).

Valoración de las tradiciones de salud se integra por ocho dimensiones interrelacionadas: creencias y prácticas para el mantenimiento de la salud, creencias y prácticas para la protección de la salud, actividades realizadas con la restauración de la salud, salud y creencias tradicionales, salud y prácticas tradicionales, remedios tradicionales, salud y sanadores tradicionales, cuidados culturales y proceso de enfermería (Siles, Cibanal, Vizcaya, Gabaldón, Domínguez & *et al.*, 2001b). Con este modelo Rachel Spector resalta la importancia de tomar en cuenta lo que la gente piensa, siente, dice y hace, para cuidar o restaurar su salud, asimismo recomienda reflexionar al respecto e involucrarse para comprender el tipo de cuidado que la gente de cada cultura que se atiende necesita, considerando que cada cultura determina a sus miembros en su forma de pensar y actuar.

Cada cultura elabora su propia conceptualización de salud y de enfermedad, a partir de su cosmovisión, pero también de otras realidades sanitarias, y resuelve sus problemas desde su propia perspectiva, puntos de vista, capacidades y

recursos (Siles, Cibanal, Vizcaya, Gabaldón, Domínguez & *et al.*, 2001c). En este sentido, se refuerza la necesidad de conocer, comprender e involucrarse con las diversas culturas que se atienden, para poder trabajar con un vínculo armonioso en torno al cuidado o restauración de la salud individual, familia y comunitaria.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio cualitativo que busca la descripción de la atención del embarazo por parte de parteras tradicionales en el municipio de Sitalá, Chiapas. El método etnográfico, permitió rescatar de forma efectiva las acciones, argumentos, entrevistas, observaciones y el sentir de las parteras tradicionales y con una observación participante. Fueron un total de 9 participantes entre los 52 y 76 años de edad, con una experiencia de partería en promedio de 25 años de práctica.

La fiabilidad y validez se estimó codificando 2 veces cada entrevista para analizando la coincidencia de códigos. Se realizó la contrastación de las percepciones propias y las dificultades de interpretación con expertos en la temática, hasta llegar a un nivel de acuerdo en la asignación de códigos e identificación de unidades de registro. Se llevó un registro etnográfico y el llenado de un diario de campo en 46 visitas con parteras y 38 visitas con parteras y mujeres embarazadas de la misma comunidad. Se trabajó con un traductor de Tseltal que ayudó a la traducción y verificación en la transcripción de narrativas. Este proyecto de investigación siempre considero el respeto a los derechos humanos de las parteras.

Se consideró la declaración de Helsinki y la ley general de salud, en los apartados correspondientes a las investigaciones cualitativas, así como la autorización del

Consentimiento Informado.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras el análisis de contenido emerge la categoría:

- “¿Cómo va tu hijo?”: se mencionan las formas de valoración que las parteras realiza para corroborar el embarazo, valorar el crecimiento y desarrollo fetal y para determinar el sexo fetal.

Quattrocchi, define a la sobada, no es un masaje cualquiera, sino una manipulación específica del cuerpo que permite a una particular concepción del organismo y de la salud, que forma parte del sistema medico local y del sistema ideológico más amplio (Quattrocchi, 2017).

Madrid y Castillo en 2001, refieren que el cuidado y la protección de la vida de las mujeres con una de las prioridades que se realiza a través de sobar el cuerpo (Madrid, Castillo, 2003).

Al realizar las visitas a las parteras del municipio de Sitalá, Chiapas, observamos que las parteras realizan esta maniobra a las embarazadas, generalmente a partir de los tres meses de edad gestacional o antes si existe dolor en alguna parte de estructura anatómica de la persona que solicita el cuidado, como se describe a continuación:

“Entonces a los tres meses ya le doy su sobadita y su té...es embarazo le digo, entonces ahora ya te voy a sobar” (Partera 2).

“Si esta con dolores, se le da un té ahora si no...no se le da nada, solo sus talladitas, solo su sobadita y ya. Sobar son los cuidados que le damos” (Partera 4).

En el quehacer de las parteras tradicionales “la sobada” forma parte fundamental de su cotidianidad. No

obstante, considera ofrecer medidas de relajamiento en el cuerpo físico y emocional a las embarazadas, por lo cual les prepara una infusión de hierbas que ella cultiva en su patio para tener fácil acceso a ello (té de hierbas) procurando que el embarazo transcurra normalmente. La sobada, además de ofrecerse como terapia para la relajación, las parteras también la usan para aliviar molestias como el dolor, las náuseas y otros síntomas, que las embarazadas refieren durante la atención.

El estado de gravidez durante todo el proceso, transcurre por diversos momentos, las parteras argumentan que las mujeres acuden a ellas para llevar un control del embarazo, muchas veces las embarazadas refieren dolores abdominales; por lo que las parteras de acuerdo a su conocimiento optan por terapias de cuidado tradicionales para tratar molestias y dolores que consiste en sobadas, con la intención de aliviar las molestias que en ese momento padezcan. Las sobadas son masajes que aplican las parteras en las partes que dolorosas, siendo una actividad primordial en el cuidado del embarazo.

Las parteras tradicionales consideran que las sobadas son un recurso fundamental para el desarrollo de sus actividades, pasa a ser parte necesaria en su cotidianidad y como recurso comunitario para el cuidado de la salud materna. Hay ocasiones que acuden a ellas, mujeres que no saben si están embarazadas; las parteras mencionan que es necesario identificar y relacionar algunos aspectos de la vida que se han presentado en el organismo de la mujer, por ello, a través de una plática cordial, en el cual procuran establecer un clima de confianza con la mujer, le preguntan sobre la fecha en el que ha dejado de menstruar, si ha presentado náuseas o cualquier momento de malestar

que sugiera un embarazo; para poder iniciar los cuidados y manejo de terapias para el control de estos malestares.

Mientras tanto, para la partera la sobada tiene diversos fines, el fin principal es el que va dirigido a aliviar las dolencias y reestablecer el bienestar de la mujer, aliviando el cuerpo físico y las emociones de la embarazada; sin embargo, este procedimiento lleva consigo el interés de la partera por manifestarle la confianza que debe haber en ambas personas, en virtud de que la partera será su cuidadora por todo el proceso de embarazo, parto, puerperio y hasta el cuidado del recién nacido.

Se observó que también realizan la sobada a las embarazadas generalmente a partir de los tres meses de edad gestacional o antes si existe dolor en alguna parte de la anatomía de la persona que solicita el cuidado.

Sin embargo, las parteras también practican el manteado o manteada acompañado de sobadas como terapia para acomodar posiciones fetales anómalas, es una terapia que realizan con delicadeza, en la siguiente subcategoría se describen los detalles de esta terapia.

CONCLUSIONES

El análisis detallado y la interrelación entre estas categorías, permitió concluir que la magnitud y el impacto del cuidado de las parteras tradicionales en la mujer embarazada de las etnias mexicanas es fundamental dentro del desarrollo y convivencia familiar mexicana, en específico de comunidades indígenas.

La participación de las parteras para el cuidado de la salud materna en el municipio de Sitalá, es muy importante para prevenir desenlaces lamentables durante toda la etapa del embarazo, entre las actividades

que destacan para la práctica cultural de cuidados, las parteras tienen a su alcance diversas medidas terapéuticas para el control y seguimiento de algunas molestias que se presentan durante el embarazo. Las parteras inician la atención generalmente desde los dos meses de edad gestacional o antes si existe alguna molestia relacionada con el embarazo.

Entre las medidas terapéuticas, la sobada y el uso de infusiones de hierbas que en la mayoría de las ocasiones ellas mismas cultivan en su casa para tenerlos al alcance toda vez que se requiera; son de los procedimientos más usados por la mayoría de ellas, las parteras mencionaron que sobar son los cuidados que otorgan. Además de la sobada, la manteada o manto es otro procedimiento que la partera realiza para acomodar la posición fetal transversa, oblicua o podálica, en la cosmovisión de las parteras de este municipio, atribuyen un poder mágico-curativo a la manta nueva o enahua de la madre.

Proposiciones a la luz del análisis de los hallazgos en el cuidado de las parteras de Sitalá:

- “El manteado y la sobada propicios para acomodar la posición del bebé”. Uso del A’ch pa’c (en lengua tseltal) para la salud de toda embarazada. Un masaje terapéutico particular realizado por las parteras de la etnia Tseltal con el fin de reposicionar un órgano o partes del cuerpo, y para nuestro caso, reposicionar al bebé, el cual se considerada momentáneamente “fuera de lugar”. No es un masaje cualquiera, sino una manipulación específica del cuerpo que remite a una particular concepción del organismo y de la salud.

- “Antes no estabas embarazada y ahora lo estás, tu cuerpo ha cambiado, se necesita reposicionar”: “sobar”, acomodar. Lo que forma parte del sistema del cuidado a la salud local y del sistema ideológico de la partera tzeltal y de otras regiones de México, siendo una práctica que requiere de un largo aprendizaje y un conocimiento profundo del uso de las manos realizado solo por personajes elegidos desde generaciones atrás.

Es así como los seres humanos activamente construyen su cultura en las relaciones sociales y, a su vez, ella las moldea, coincidimos en que la partería vivida en la etnia tzeltal, cultura muy característica de Chiapas, México; provee de cuidados acompañados durante el embarazo y de los cuales participa muchas veces la familia y la partera como parte de dicha familia. Las proposiciones emanadas describen las dimensiones generales en que el cuidado heredado desde el pasado tzeltal llega a la contemporaneidad y permite disminuir la morbi mortalidad materno infantil.

La atención primaria a la salud debe estar fortalecida desde muchos ámbitos, los profesionales de enfermería debemos estar preparados para afrontar los retos que se van presentando en esta transición epidemiológica y con los cambios sociales actuales. Para fomentar y promover la salud materna mexicana de forma efectiva en las zonas más marginadas del país, es necesario contar con el apoyo de los diversos recursos comunitarios existentes; las parteras tradicionales son un apoyo importante en el desarrollo de nuestras actividades de cuidado, en virtud de que ellas ven a la atención de la salud materna en particular a la atención prenatal como su razón de ser,

refieren que su labor es cuidar que el embarazo curse sin complicaciones, mediante diversos procedimientos y terapias alternativas.

De acuerdo a la concepción de cuidados que ellas tienen, se deben brindar y procurar los cuidados de acuerdo a la cosmovisión de las etnias, procurando que la partera sea un apoyo importante, en el que exista un vínculo armonioso y comunicación recíproca, puesto que es una aliada en el cuidado de la salud materna, en virtud de que ella realiza sus actividades con el enfoque cultural de la etnia a la que pertenece; para ello es necesario que olvidemos cualquier opinión preconcebida y negativa que se tenga sobre la atención que brindan las parteras tradicionales.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro, A.N., Villaseñor, F.M., Valadez, F.I., Guzmán, S.A. & González, T.Y. (2006) Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo. *Revista Investigación en Salud*, 8 (1), 50-53.
- Gheno, H.A., Nava B.G., Martínez, C.A. & Sánchez, V.E. (2011). *Las plantas medicinales de la organización de parteras y médicos indígenas tradicionales de Ixhuatlancillo, Veracruz, México y su significancia cultural*. Polibotánica. México, 31, 199-251.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (1999). *Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social. Nacimientos por entidad federativa de ocurrencia según persona que atendió el parto*. México: INEGI. Recuperado de http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/salud/2003/cuaderno20a.pdf.
- Laza, V.C. (2015). Factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas rurales por la partera tradicional. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(3), 487-496.
- López, L., Cataño, N., López, H. & Velásquez V. (2011). Diversidad cultural de sanadores tradicionales afrocolombianos: preservación y conciliación de saberes. *Aquichan*, 11 (3), 287-304.
- Madrid, R.Z., Castillo, D. (2003). Investigación parteras y/o comadronas: "Prácticas culturales y sociales de las mujeres rurales Chortí en torno a la fertilidad y reproducción" Estudio de caso en Copán Ruinas. *Rev. Población y Desarrollo*, I, 79-88.
- Muñoz B.S., Castro E., Castro E.Z., Chávez N.N. & Ortega R.D. (2012) Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008-2009. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud*, 44 (1), 39-44.
- Norma Oficial Mexicana (2016). NOM-007-SSA2-2016. La atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. *Diario oficial de la federación*, 7 de abril de 2016.
- Organización Mundial de la Salud. OMS/FNUAP/UNICEF. (1993). *Parteras tradicionales, declaración conjunta*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38859/1/9243561502_spa.pdf.
- Quattrocchi, P. (2017). ¿Qué es la sobada? Elementos para conocer y entender una práctica terapéutica en Yucatán. *Península*, 1(2), 143-169. Recuperado de <http://www.mayas.uady.mx/articulos/pdf/sobada.pdf>.
- Siles, J., Cibanal L., Vizcaya, F., Gabaldón, E., Domínguez, J.M., et al., (2001). Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. *Cultura de los cuidados*, 5 (10): 72-87. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4938/1/C10_11.pdf.
- Spector, R. (2002). Enfermería de cuidados culturales. *Cultura de los cuidados*; 6(11): 5-10. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4857/1/C11_01.pdf.

Representaciones sociales de las enfermeras sobre su profesión: una revisión integrativa

Social representations of nurses about their profession: integrative review

Representações sociais do enfermeiro sobre sua profissão: uma revisão integrativa

Yanna Gomes de Sousa Sousa¹, Soraya Maria de Medeiros Medeiros², Danielle Rezende Ferreira Ferreira³, Aline Danyele Souza de Oliveira Oliveira⁴, Marília Souto de Araújo⁵, Francisco Arnoldo Nunes de Miranda Miranda⁶

¹Nurse. Nursing Master Rio Grande do Norte Federal University/UFRN. Natal (RN), Brazil. Correo electrónico: yanna_gomes@yahoo.com.br

²Nurse. Nursing Doctor. Post-graduation Program Professor. Nursing/Nursing departure. Rio Grande do Norte Federal University/UFRN. Natal (RN), Brazil. Correo electrónico: yanna_gomes@yahoo.com.br

³Nurse. Nursing Master Rio Grande do Norte Federal University/UFRN. Natal (RN), Brazil. Correo electrónico: danidantarii@yahoo.com.br

⁴Nurse. Nursing Master Rio Grande do Norte Federal University/UFRN. Natal (RN), Brazil. Correo electrónico: alinedanielee@hotmail.com

⁵Nursing Master Rio Grande do Norte Federal University/UFRN. Natal (RN), Brazil. Correo electrónico: mariliasarauj@yahoo.com.br

⁶Nurse. Nursing Doctor. Post-graduation Program Professor. Nursing/Nursing departure. Rio Grande do Norte Federal University/UFRN. Natal (RN), Brazil. Correo electrónico: fransarnioalfo@hotmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Sousa, Y.G., Medeiros, S.M., Ferreira, D.R., Oliveira, A.D.S., Araújo, M.S. & Miranda, F.A.N. (2019). Representaciones sociales de las enfermeras sobre su profesión: Una revisión integrativa Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.20>

Correspondencia: Yanna Gomes de Sousa Sousa. Rio Grande do Norte Federal University/UFRN. Natal (RN), Brazil

Correo electrónico de contacto: yanna_gomes@yahoo.com.br

Recibido: 07/11/2018; Aceptado: 09/02/2019



ABSTRACT

An integrative literature review to identify the social representations of nurses about their profession. The literature searching was between September and November 2015 through the following databases: SCOPUS, PUBMED, Cochrane Library, ScienceDirect, Web of Science, CINAHL, and MEDLINE. The final sample consisted

of 05 articles. In the results, it was possible to identify characteristics of the publications and the social representations that nurses have of their profession. Thus, it was possible to know the differences in the perceptions of nurses about the social representations in their profession.

Keywords: Nursing, social representation, profession.

RESUMO

Revisão integrativa da literatura para identificar as representações sociais do enfermeiro sobre sua profissão. A pesquisa bibliográfica ocorreu entre setembro e novembro de 2015, por meio dos seguintes bancos de dados: SCOPUS, PUBMED, Biblioteca Cochrane, ScienceDirect, Web of Science, CINAHL e MEDLINE. A amostra final consistiu em 05 artigos. Nos resultados, foi possível identificar características das publicações e das representações sociais que os enfermeiros possuem de sua profissão. Assim, foi possível conhecer as diferenças nas percepções dos enfermeiros sobre as representações sociais em sua profissão.

Palavras-chave: Enfermagem, representação social, profissão.

RESUMEN

Una revisión bibliográfica integradora para identificar las representaciones sociales de las enfermeras sobre su profesión. La búsqueda bibliográfica se realizó entre septiembre y noviembre de 2015 a través de las siguientes bases de datos: SCOPUS, PUBMED, Cochrane Library, ScienceDirect, Web of Science, CINAHL y MEDLINE. La muestra final consistió en 05 artículos. En los resultados, fue posible identificar las características de las publicaciones y las representaciones sociales que las enfermeras tienen de su profesión. De esta manera, fue posible conocer las diferencias en las percepciones de las enfermeras sobre las representaciones sociales en su profesión.

Palabras clave: Enfermería, representación social, Profesión.

INTRODUCTION

Considering the importance of the profession in the nursing context, it was

decided to carry out an integrative review of the literature on the social representations that nurses have about their profession.

The Theory of Social Representations-TSR began in France in the 50s, when the social psychologist Serge Moscovici sought to understand how psychoanalysis, as a new expertise knowledge, was understood by the French society at that time. Social representations are a way of socially organized and shared knowledge which has a practical purpose and contributes to the creation of a reality common to a social group, called as knowledge of common sense or natural knowledge. The TSR is comprehensive because it uses concepts of attitudes, opinions, pictures and other, not excluding, but incorporating them, with relevance for social life as it indicates embodied cognitive processes in social interactions (Silva, Camargo & Padilha, 2011).

The concept of profession came from the characteristics of the artisan type work developed in guilds or corporations of craftsmen in the Middle Ages, constituted in production units, training, and marketing of products. Although there was a division of labor, hierarchy and coordination and management of the production process activities, the producers were the owners of the instruments, had control over the process, the product and the pace of work, and in the production and reproduction of knowledge necessary for their work (Braverman, 1981). As a health profession, Nursing has been recognized since the second half of the nineteenth century, when Florence Nightingale added attributes to a health care field of activities developed for thousands of years by individuals or groups with different skills and different scenarios (Pires, 2009). As human science, Nursing is related to the field of knowledge,

justifications, and practices of care for human beings that cover the areas of health and diseases. Regarding nursing care, the actions occur through personal, professional, scientific, ethical and political relationships.

Over the years, the nursing profession has achieved professional autonomy and technical-scientific and legal expertise, also contributing to the development of a civic practice. As a profession, it seeks for an identity, accepted by its peers, without sophistry and syllogisms, defining the nurse as what he is and not by what he does (Oguisso e Campos, 2013). As a profession, his role has been discussed by nurses and other health professionals. The discussion goes through the understanding of his importance in the health scenario and his potential to contribute to a new and more inclusive, holistic and critical paradigm in health (Antônio & Denise, 2010)

This idea of building an identity for the profession means the attribution of meanings that support the understandings and interpretations that people have of themselves, the group to which they belong, or they consume. When we think of nursing or nurses, we evoke codes, images, representations that given a priori, they allow us to recognize people, abstract concepts, visualize places, landscapes and legitimize them as such. This perspective makes us think that the identity, at the same time is something changing, changed, revealed not only by the inexorable biological condition making the people as unique but also by the culture, profession, and lifestyle adopted (Oguisso & Campos, 2013; Braverman, 1981). A research of nurses showed that social representations about the profession influence their choice for nursing and this profession is motivated by the desire to provide care to others, by

expressing their ideas about the care demonstrating that the choice of their profession is based on criteria that emphasize not only the concepts of their professional area but also in personal attributes, the psychological aspects and especially in motivation (Backes, Backes, Stein & Erdmann, 2010).

Considering this context, it is realized the need for a study showing the consensual knowledge of the nurses about their profession. We think that revealing these social representations, it enables an understanding of the psychosocial universe that involves professional regarding their profession. From this study, it aims to understand the process of organizing representations that the professionals build and are being created and socialized in their daily professional practice of the care process and the interactions between the various social actors in the nursing work. Thus, there is the urgent need to characterize the studies produced in this area to know its peculiarities. Based on these, this study aims to integrate literature studies produced on the social representations of nurses about their profession and know them. Considering the importance of the profession in the nursing context, it was decided to carry out an integrative review of the literature on the social representations that nurses have about their profession.

The Theory of Social Representations-TSR began in France in the 50s, when the social psychologist Serge Moscovici sought to understand how psychoanalysis, as a new expertise knowledge, was understood by the French society at that time. Social representations are a way of socially organized and shared knowledge which has a practical purpose and contributes to the creation of a reality common to a social group, called as knowledge of common

sense or natural knowledge. The TSR is comprehensive because it uses concepts of attitudes, opinions, pictures and other, not excluding, but incorporating them, with relevance for social life as it indicates embodied cognitive processes in social interactions (Silva, Camargo & Padilha, 2011).

The concept of profession came from the characteristics of the artisan type work developed in guilds or corporations of craftsmen in the Middle Ages, constituted in production units, training, and marketing of products. Although there was a division of labor, hierarchy and coordination and management of the production process activities, the producers were the owners of the instruments, had control over the process, the product and the pace of work, and in the production and reproduction of knowledge necessary for their work (Braverman, 1981). As a health profession, Nursing has been recognized since the second half of the nineteenth century, when Florence Nightingale added attributes to a health care field of activities developed for thousands of years by individuals or groups with different skills and different scenarios (Pires, 2009). As human science, Nursing is related to the field of knowledge, justifications, and practices of care for human beings that cover the areas of health and diseases. Regarding nursing care, the actions occur through personal, professional, scientific, ethical and political relationships.

Over the years, the nursing profession has achieved professional autonomy and technical-scientific and legal expertise, also contributing to the development of a civic practice. As a profession, it seeks for an identity, accepted by its peers, without sophistry and syllogisms, defining the nurse as what he is and not by what he does

(Oguisso e Campos, 2013). As a profession, his role has been discussed by nurses and other health professionals. The discussion goes through the understanding of his importance in the health scenario and his potential to contribute to a new and more inclusive, holistic and critical paradigm in health (Antônio & Denise, 2010)

This idea of building an identity for the profession means the attribution of meanings that support the understandings and interpretations that people have of themselves, the group to which they belong, or they consume. When we think of nursing or nurses, we evoke codes, images, representations that given a priori, they allow us to recognize people, abstract concepts, visualize places, landscapes and legitimize them as such. This perspective makes us think that the identity, at the same time is something changing, changed, revealed not only by the inexorable biological condition making the people as unique but also by the culture, profession, and lifestyle adopted (Oguisso & Campos, 2013; Braverman, 1981). A research of nurses showed that social representations about the profession influence their choice for nursing and this profession is motivated by the desire to provide care to others, by expressing their ideas about the care demonstrating that the choice of their profession is based on criteria that emphasize not only the concepts of their professional area but also in personal attributes, the psychological aspects and especially in motivation (Backes, Backes, Stein & Erdmann, 2010).

Considering this context, it is realized the need for a study showing the consensual knowledge of the nurses about their profession. We think that revealing these social representations, it enables an understanding of the psychosocial universe

that involves professional regarding their profession. From this study, it aims to understand the process of organizing representations that the professionals build and are being created and socialized in their daily professional practice of the care process and the interactions between the various social actors in the nursing work. Thus, there is the urgent need to characterize the studies produced in this area to know its peculiarities. Based on these, this study aims to integrate literature studies produced on the social representations of nurses about their profession and know them.

METHOD

This is an integrative literature review, summarizing the available studies on a given topic and leading the practice based on scientific knowledge (Souza, Silva & Carvalho, 2010). This method contributes to the deepening of knowledge about the investigated object, showing the conclusions of the literature on a particular phenomenon, as well as identifying the gaps in knowledge about the phenomenon under study (Whittemore & Knafl, 2005).

The following steps were followed to operationalize this review: selection of the problem or research question; literature search, including the definition of inclusion and exclusion criteria of the articles; evaluation of data to establish the information to be extracted from the selected articles; interpretation of results; synthesis of data and presentation of the review (Crossetti, 2012).

The following question was formulated: "What is published in the scientific literature of nursing, relating the social representations of nurses about their profession?"

The literature search took place between September to November 2015, through the use of a proxy licensed by the Federal University of Rio Grande do Norte (www.capes.ufrn.br/porta3128), accessed by Capes journals website ([http://www-periodicos-capes.gov-br.ez18.periodicos.capes.gov.br/](http://www-periodicos-capes.gov.br/ez18.periodicos.capes.gov.br/)) by the following databases: SCOPUS (Elsevier), National Library of Medicine-PUBMED, Cochrane Library, ScienceDirect (Elsevier), Web of Science (Main Collection-Thomson Reuters Scientific), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature-CINAHL and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online-MEDLINE Complete (EBSCO).

The descriptor 1# nursing with the keywords 2# social representation and 3# profession were used to search the databases. The use of two keywords is justified by the fact of not having found specific descriptors (social representation and profession). The crosses were performed using the Boolean AND operator: 1# AND 2# AND 3#.

In each database, an uncontrolled search was conducted to identify a larger number of studies and also because the crossing was not done with descriptors only.

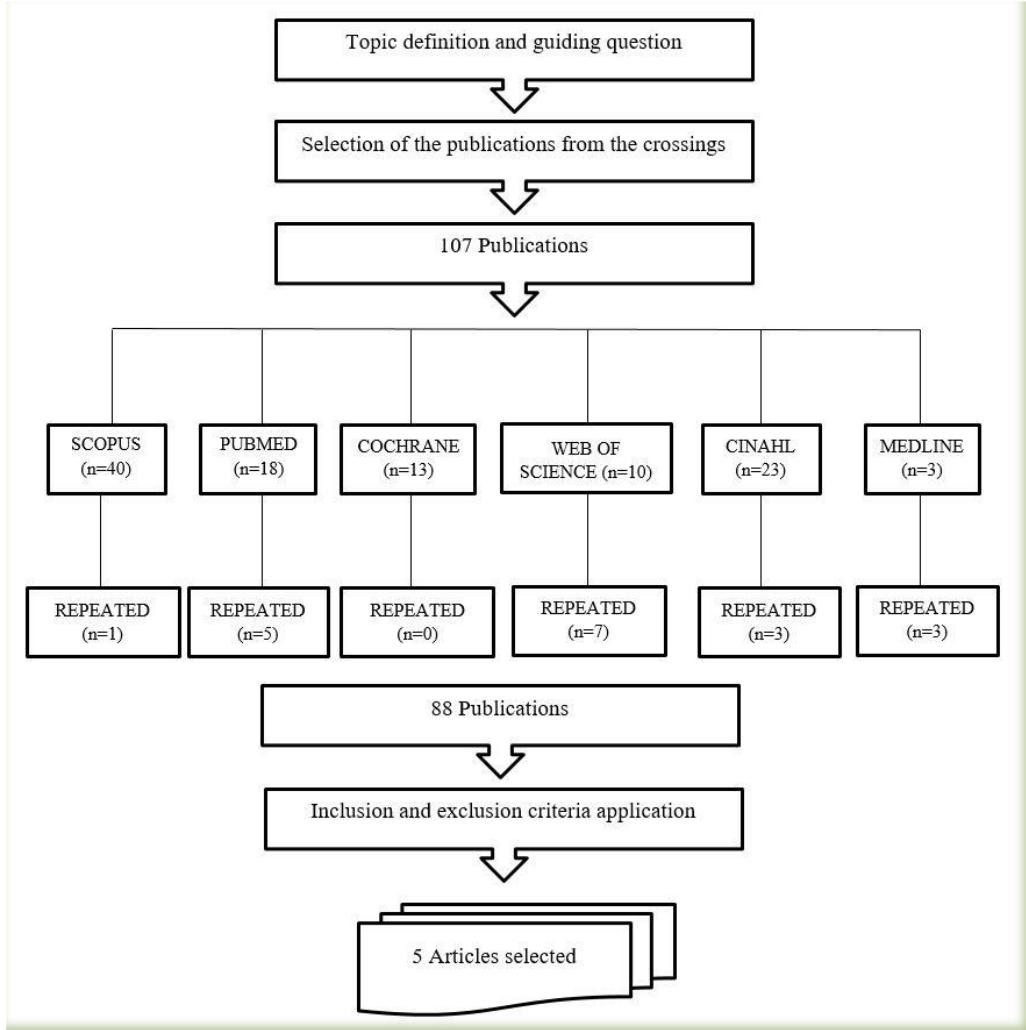
The inclusion criteria were full articles available on selected databases and articles that address the social representations of nurses about their profession. Editorials, letters to the editor, abstracts, expert opinions, correspondence, reviews, book chapters, theses, and dissertations were excluded.

The studies were pre-selected with a close reading of the titles and abstracts to identify if they were related to the guiding questions of the review, and the adopted inclusion and exclusion criteria. Then, the repeated articles in databases were excluded, and text

reading was carried out in full. For the analysis and extraction of data from publications, a script with the following

information was elaborated: a publication of the identification, location of the study, objective and results.

FIGURE 1: Summary of the data extraction process. Natal, Brazil, in 2015. After reading the articles, the data were described and presented in a table



RESULTS

On 107 articles identified, 52 (48.6%) were included in the first selection (title reading and abstract). In those selected, 19 (36.5%) were excluded because they are repeated in the databases. Thus, 33 articles (63.4%) were elected to read in full. Thus, the final review

sample was composed of five (5) studies.

Table 1: below shows the consolidated of the studies included in the review, representing the essence for the preparation of results, discussion and conclusions regarding the studies produced on the social

representations of nurses about their profession. The results showed that in the objectives, the studies vary in their

understanding of social representations about the meanings of nursing as a profession.

TABLE 1: Characterization of articles according to year/databases, title, authors, objective, and results. Natal, Brazil, in 2015

Article	Year/Databases	Title	Authors	Objective	Results Social representations of nurses about their profession
A1	LILACS, 2010	Current nursing dynamics in Portugal: the representation of nurses.	Felismina Rosa Parreira Mendes; Maria de Fátima Mantovani	To identify the representations of the Portuguese nurses about the current dynamics of the profession references to their evolution and prospects of nursing.	The meanings in the self-image are inseparable and are closely linked to the social representations of the profession and non-recognition of their daily experience.
A2	LILACS, 2005	Alterity in nursing relationships.	Ana Cláudia Giesbrecht Puggina; Maria Júlia Paes da Silva	To identify the representation of the "other" (patient and family) in the Nursing relationship and understand how these relationships happen.	Most of the nurses are dissatisfied with their work and the recognition of the profession; they have difficulty in communicating with the patient without demonstrating their authority.
A3	CINAHL, 2010	The center of the representations of nurses about nursing: the proper role of the profession.	Antonio Marcos Tosoli Gomes I Denize Cristina de Oliveira II	To analyze the structure of the social representation of nursing and the connection relationship between its elements.	In the organization of the nursing social representation, it was observed that for the study participants, the profession has elements that place it in a position to provide answers to some of the major health problems.
A4	SCOPUS, 1997	The nursing and its practice: the thinking and the living of the nurses at the hospital-school São Francisco de Assis.	Maria José de Souza. Suely de Souza Baptista	To study the social representations of nurses about nursing and professional practice and how they perform this practice.	Aspects were identified such as the desire to help others, the influence of the family and previous experience in the Health area. Some of them would like to study medicine.
A5	SCOPUS, 1997	The understanding of nursing ideas for the transformation of professional practice.	Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, Nazaré Oflia Nazario, Marléa Chagas Moreira	To understand the social representations about nursing as a profession meaning.	Nursing is perceived as a profession of love to others. One way to get close to God, but also a challenge and struggle for a better profession.

About the characterization of the articles according to year/databases, title, authors, objective and results, there were five articles selected answering the research question, two (2) were in LILACS database, two (2) in SCOPUS, and 1 (one) in CINAHL.

According to the characteristics of each study, we can observe that the articles mentioned several social representations of the nursing profession such as current dynamics of the profession, the desire to help the other, the influence of family, previous experience in health care, the recognition of the profession, able to provide answers to some of the main health problems and as a profession of love for others and a way to get close to God.

DISCUSSION

Representations of nurses about the profession

Social representations are ways of knowledge guided by communication and understanding of the social, material and ideological context where we live, as cognitive elements (images, concepts, categories, theories), but not reduced only to cognitive knowledge. They are social phenomena to be understood from their production context, that is, from the symbolic and ideological functions they serve, and the forms of communication (Vala & Monteiro, 2002)

Not only the scientific theories feed the social representations, but also the great cultural axes of formalized ideologies, experiences and everyday communications (Collière, 1989).

The study of social representations of nurses in their profession can provide very useful information in the context of research, and it could be the knowledge of the professional and scientific community in an

educational context about their profession.

In recent times, nursing lives historical conflicts and challenging moments. The historical conflicts are based on in the care carried out primarily by the family and, more specifically, by the mother, as a direct way of maintaining the individual and collective life going through the various historical defining moments of the paradigms of our civilization (Porto & Amorin, 2010)

The foundations at the beginning of the nursing profession according to Florence Nightingale were focused on normative aspects and not in technical and scientific knowledge, ruled on empirical knowledge, and closely linked to charity and the biomedical model.

Exercised in a wide variety of contexts, now nursing includes the care of the physical and organic needs, sometimes the psychological, emotional and spiritual needs, with an emphasis on human subjectivity (Antônio & Denise, 2010), achieving its more effective role to its essence, with human care as its main focus.

The reinterpretation of nursing as a profession and science occurs under certain circumstances influenced by social, political, ideological and religious factors, with the challenge of understanding the process of organizing representations that the professionals have built, in the midst of this complex and multifaceted context, about the profession (Padilha, Nazario & Moreira, 1997).

During our life, we build representations of what we know and/or experienced, even if that experience does not happen in full but partially.

The studies analysis of the results on the production of representations of nurses about the profession and their prospects of professional practice aims at the biomedical

model to care and a more comprehensive view of the human being, as new possibilities to the profession that emerged in everyday practice.

The prospects for the profession guide to the employability, career and entering the profession at various levels of power, corroborating the expectation of appreciation and recognition that nursing professionals want in their daily practice. These characteristics are also directly linked to the nurses' ability to demonstrate the socio-economic importance of the profession through the delimitation of socially important actions, necessary and unique to their professionalism (Antônio & Denize, 2010).

In the selected studies, social representation of the profession was also associated with the construction of care in nursing as their work object. Care is seen as the profession identifier held from specific health or potential needs, characterized by professional expertise and ability to problem formulation and application of therapeutic care intervention, by its technical and art in its performance.

Caring begins, develops and ends in the person and with the person who becomes the momentary object of this action, but also transcends it, ensuring its extension to the community. It is for people and in people that the nursing professional works (privileged work object), and, for this, this action must be fully known, from its moral and social reasons until their objective resulting in therapeutic terms, that is, in their epistemology (Leopardi, Glebcke & Ramos, 2001).

Care also runs through the issue of nurses' professional autonomy. In the process, it allows the possibility of reviewing the nursing as a profession, from its historical tradition, as well as linking with other

scientific areas, a modern exercise of interdisciplinary.

Understanding the representations of nursing staff about their profession allows knowing the real and symbolic world that is present in the development of nursing practice every day.

CONCLUSION

This study allowed understanding the main social representations that permeate the nursing profession. The findings of this study revealed differences in the perceptions of nurses about the social representations in the profession.

Thus, to analyze the selected studies, the current dynamics of the profession, the desire to help the other, the influence of the family, previous experience in health care, and the recognition of the profession provide answers to some of the major health problems and also as a profession of love for others a way to get close to God. It is concluded that the representation of nursing for the nurses has multifaceted signs and meanings, complex with some unspecific and other elements important for the development of the profession.

REFERENCES

- Antonio, M.T.G. & Denize, C.O. (2010). O núcleo central das representações de enfermeiros acerca da enfermagem: o papel próprio da profissão. *Rev. enferm. UERJ*, 18(3), 352-8. Recuperado de <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a03.pdf>.
- Backes, D.S., Backes, M.T., Stein, S.H.C.H. de. & Erdmann, A.L. (2006). Principais razões que motivam os candidatos de nível técnico a uma vaga na profissão de Enfermagem. *Esc. Anna Nery*, 10(1), 75-80. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452006000100009>.
- Braverman, H. (1981). *Trabalho e capital monopolista*.

a degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro: Zahar.

- Collière, M.F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa (Po): Sind. dos Enfermeiros Portugueses.
- Crossetti, M.G.O. (2012). Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem: o rigor científico que lhe é exigido. *Rev Gaúcha Enferm*, 33(2): 8-9. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/01.pdf>.
- Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In Moscovici, S. *La Psychologie Sociale*. Paris, PUF.
- Leopardi, M.T., Glebcke, F.L., Ramos, F.R.S. (2001). Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? *Texto & Contexto Enferm*, 10(1), 32-49.
- Oguisso, T. & Campos, P.F.S. (2013). Por que e para que estudar história da enfermagem? *Enfermagem em Foco*, 4(1), 49-53. Recuperado de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:8EONVxW6vOMJ:revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/503/193+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>.
- Padilha, M.I., Coelho, S., Nazario, N.O. & Moreira, M.C. (1997). A compreensão do ideário da enfermagem para a transformação da prática profissional. *R. Bras. Enferm*, 50(3), 307-322. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71671997000300002>.
- Pires, D. A. (2009). Enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Rev. bras. Enferm*, 62(5), 739-744. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000500015>.
- Porto, F. & Amorin, W. (2010). *História da Enfermagem: Identidade, profissionalização e símbolos*. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora.
- Silva, S.E.D da., Camargo, B.V., & Padilha, M.I. (2011). A teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. *Rev. bras. Enferm*, 64(5), 947-951. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000500022>.
- Souza, M.T., Silva, M.D. & Carvalho R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8(1), 102-6. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf.
- Vala, J. & Monteiro, M.B. (2002). *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 5.ª Edição.
- Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*, 52(5), 546-53. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.

Familia convivendo con una persona con estomía intestinal: un análisis documental

Family in the living with a person with an intestinal stoma: a documentary analysis

Família no convívio com a pessoa com estomia intestinal: uma análise documental

Angélica Dalmolin¹, Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini², Bruna Sodré Simon³, Larissa de Carli Coppeti⁴, Larissa Machado⁵.

¹Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. Correo electrónico: angelica_dalmolin@hotmail.com

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. Correo electrónico: nara.girardon@gmail.com.br

³Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. Professora Assistente da Universidade Federal do Pampa, Campus Uruguaiana, Rio Grande do Sul. Correo electrónico: enf.brusimon@gmail.com

⁴Enfermeira. Especialista em UTI coronariana e hemodinâmica. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. Correo electrónico: lari_decarli@hotmail.com

⁵Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. Correo electrónico: larissamgmachado@gmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Dalmolin, A., Girardon-Perlini, N.M.O., Simon, B.S., Coppeti, L.C. & Machado, L. (2019). Familia convivendo con una persona con estomía intestinal: un análisis documental. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.21>

Correspondencia: Angélica Dalmolin. Rua Silvino Jacob Zimmermann, 570, apto 503, Bairro Camobi, CEP: 97105380, Santa Maria, Rio Grande do Sul
Correo electrónico de contacto: angelica_dalmolin@hotmail.com



ABSTRACT

Objective: To describe the trend of Brazilian nursing production in theses and dissertations addressing families living with people with intestinal stomies.

Method: Documentary research conducted in May 2017 in the Catalog of Thesis and Dissertations of the Coordination of Improvement of Higher Level Personnel. The search for online documents was

performed by the term "family" and later by the respective synonyms: "stommy OR ostomy OR stoma OR ostoma". The corpus consists of nine documents.

Results: Of the documents analyzed, five were dissertations and four were theses. Nursing care from the perspective of families and people with intestinal stomies, the influence of culture on the family cohabitation system, the social support

network of the family, the context of the family caregiver, the relationship of the person with intestinal stomies and the quality of life of people with intestinal stomies and their families was the goal of a research each. Educational technologies as a support for the education of families of people with colostomy were contemplated in two studies.

Conclusion: The gaps found in the knowledge produced involve the development of studies that address the scientific and practical knowledge of nursing care in the person with intestinal stomies and their relatives.

Keywords: Family, family, stomies, stomatherapy.

RESUMO

Objetivo: Descrever a tendência da produção da enfermagem brasileira nas teses e dissertações abordando famílias no convívio com a pessoas com estomias intestinais.

Método: Pesquisa documental realizada em maio de 2017 no Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. A busca dos documentos *online* foi realizada pelo termo “família” e posteriormente pelos respectivos sinônimos: “estomia OR ostomia OR estoma OR ostoma”. O *corpus* é constituído de nove documentos.

Resultados: Dos documentos analisados, cinco eram dissertações e quatro eram teses. O cuidado de enfermagem na perspectiva das famílias e das pessoas com estomia intestinal, a influência da cultura no sistema de convivência familiar, a rede social de apoio da família, o contexto do familiar cuidador, o relacionamento da pessoa com estomia intestinal e a qualidade de vida de

pessoas com estomia intestinal e seus familiares foi o objetivo de uma pesquisa cada. As tecnologias educacionais como suporte para a educação de famílias de pessoas com colostomia foi contemplada em dois estudos.

Conclusão: As lacunas encontradas no conhecimento produzido envolvem o desenvolvimento de estudos que abordem o conhecimento científico e prático de enfermagem no cuidado a pessoa com estomia intestinal e a seus familiares.

Palavras chave: Família, familiares, estomias, stomaterapia.

RESUMEN

Objetivo: Describir la tendencia de la producción de la enfermería brasileña en las tesis y disertaciones sobre familias que conviven con personas con estomías intestinales.

Método: Investigación documental realizada en mayo de 2017 en el Catálogo de Tesis y Disertaciones de la Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior. La búsqueda de los documentos en línea fue realizada por el término "familia" y posteriormente por los respectivos sinónimos: "estomía OR ostomía OR estoma OR ostoma". El corpus consta de nueve documentos.

Resultados: De los documentos analizados, cinco eran disertaciones y cuatro eran tesis. El cuidado de enfermería en la perspectiva de las familias y de las personas con estomía intestinal, la influencia de la cultura en el sistema de convivencia familiar, la red social de apoyo de la familia, el contexto del familiar cuidador, la relación de la persona con estomía intestinal y la calidad de la vida de las personas con estómago intestinal y sus familiares fue el objetivo de una investigación cada una. Las tecnologías educativas como soporte para la educación

de famílias de personas con colostomía fueron contempladas en dos estudios.

Conclusión: Las lagunas encontradas en el conocimiento producido involucran el desarrollo de estudios que aborden el conocimiento científico y práctico de enfermería en el cuidado a la persona con estomía intestinal ya sus familiares.

Palabras clave: Familia, familiares, estomías, estomaterapia.

INTRODUÇÃO

A confecção cirúrgica de uma estomia intestinal consiste na terapêutica de diversas patologias que provocam alterações funcionais do aparelho gastrointestinal, sendo a origem das colostomias e as ileostomias (Smeltzer & Bare, 2015). A presença de uma estomia pode promover mudanças no sistema biológico, físico e psicológico do indivíduo, pois na medida em que a eliminação dos efluentes intestinais ocorre por meio de um orifício na parede abdominal e são armazenados em uma bolsa coletora aderida à pele, a percepção da imagem corporal se altera, sendo capaz de resultar em isolamento social (Goméz, Mejía & González, 2017).

Nesse contexto, cabe salientar que a família também é acometida por essas repercussões, pois além do convívio diário, muitas vezes, estas são responsáveis por auxiliar nas demandas de cuidado advindas com a estomia (Mota, Gomes & Petuco, 2016). A participação da família tem papel preponderante frente ao processo de reabilitação da pessoa após a confecção da estomia, pois é a principal fonte de apoio no novo contexto de vida, sendo sua coparticipação no cuidado necessária, visto que confere tranquilidade e segurança durante o enfrentamento do processo terapêutico (Dalmolin, Girardon-Perlini, Coppetti, Rossato, Gomes & Silva, 2016).

Para que o cuidado dispensado à pessoa com estomia seja holístico e contemple todas as dimensões do ser, é fundamental considerar a família, sendo esta vista como unidade de cuidados. Nesse sentido, os profissionais de enfermagem devem estar sensibilizados para acolher as dúvidas e os anseios, a partir das singularidades de cada unidade familiar e do contexto socioeconômico e cultural em que se encontram inseridos. O suporte e as orientações possibilita que à família se torne ativa no processo de cuidado e auxilie na reabilitação e aceitação da nova realidade de vida da pessoa com estomia (Umpiérrez & Fort, 2014).

Sob a perspectiva assistencial do cuidado de enfermagem específico a esta população, o ensejo para a realização deste estudo é proveniente da necessidade de realizar um o levantamento documental das produções de teses e dissertações, produzidas pela enfermagem brasileira, no que tange as famílias de pessoas com estomias intestinais. O conhecimento dessas produções dentro da temática permitirá identificar as lacunas do conhecimento dentro dessa área em estudo e subsidiar a realização de novas pesquisas.

Diante disso, tem-se como pergunta orientadora: qual a tendência da produção científica da enfermagem brasileira em teses e dissertações referente ao convívio de famílias/familiares de pessoas com estomias intestinais? O objetivo do estudo é descrever a tendência da produção da enfermagem brasileira nas teses e dissertações abordando famílias no convívio com a pessoas com estomias intestinais.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa documental realizada em maio de 2017 no Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Entende-se por pesquisa

documental, aquela em que a fonte de coleta de dados são materiais primários, que ainda não passaram por processos de análise, ou materiais que já foram analisados, mas que são adequados ao objeto de estudo em questão (Gil, 2010).

A busca dos documentos *online* foi realizada utilizando duas estratégias para abranger a temática de forma mais ampla. Na primeira foi utilizado o termo “família” resultando em 44.532 documentos. Para viabilizar essa estratégia optou-se por refinar a busca para os documentos oriundos da área das ciências da saúde e enfermagem. Assim, após refinamento da estratégia obteve-se 3.603 documentos, nos quais foi aplicado o localizador de assunto por meio de ctrl+F com o radical “stom”, totalizando 35 arquivos sobre a temática. Após leitura dos títulos foram descartados 27 que não convergiam com o objetivo do estudo, resultando assim, em uma amostra documental de oito estudos. Salienta-se que o termo família foi utilizado tendo em vista que os processos de convívio incluem os diferentes membros da família, considerando-os individualmente ou no conjunto. Assim, tanto os estudos que consideraram a família como uma unidade, quanto os que consideraram um membro da família como representante do grupo, foram incluídos no corpus de análise.

A segunda estratégia compreendeu a combinação entre os respectivos sinônimos, sendo: “estomia OR ostomia OR estoma OR ostoma”, culminando em 164 documentos, nos quais se aplicou o localizador de assunto por meio de ctrl+F com o radical “fam” podendo se referir a famílias e familiares, totalizando 11 arquivos. Após a leitura dos títulos houve o descarte de quatro que discordavam do objetivo proposto nesta

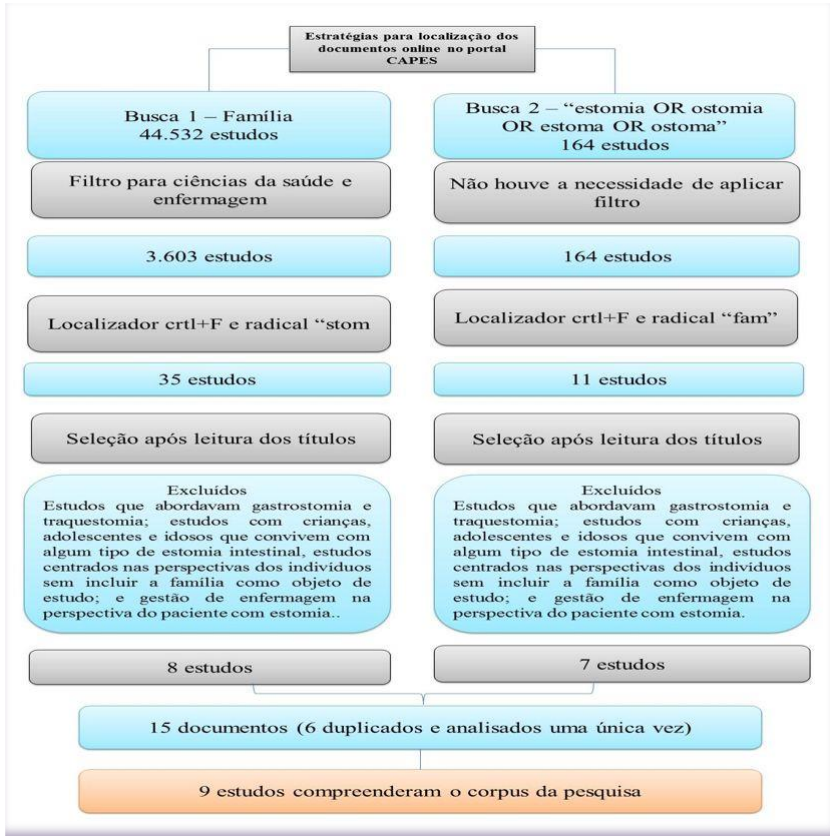
pesquisa, selecionando-se sete estudos.

Os resultados encontrados nas duas técnicas de levantamento de dados totalizaram 15 documentos, dos quais seis eram repetidos e foram analisados uma única vez, resultando em nove estudos que constituíram o *corpus* de análise desta pesquisa. Destaca-se que os estudos excluídos foram descartados por se referirem a: gastrostomia e traqueostomia; estudos com crianças, adolescentes e idosos que convivem com algum tipo de estomia intestinal, estudos centrados nas perspectivas dos indivíduos sem incluir a família como objeto de estudo; e gestão de enfermagem na perspectiva do paciente com estomia. A seguir, na figura 1 encontra-se o fluxograma do processo de busca e seleção realizada).

O *corpus* da pesquisa foi organizado em um quadro sinóptico contendo a caracterização dos documentos considerando as seguintes variáveis: código de identificação do documento, título, autor, categoria (tese ou dissertação), ano, instituição, e estado de origem. Destaca-se que a análise dos documentos *online* deu-se com a leitura dos resumos, a partir dos quais foi elaborado um segundo quadro sinóptico contendo o objetivo, tipo de estudo, os participantes e os principais resultados, a fim de orientar a análise descritiva das informações de caracterização.

A partir disso, houve o agrupamento dos temas em comum, de maneira cromática em um arquivo de *word*, que possibilitou a organização dos dados documentais em duas categorias: a complexidade de conviver e cuidar do estomia intestinal na perspectiva da família; e tecnologias educativas: possibilidades de educação em saúde com família e pessoa com estomia intestinal.

FIGURA 1



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos nove documentos analisados, cinco eram dissertações^(E1, E2, E5, E8, E9) e quatro eram teses^(E3, E4, E6, E7), realizadas em seis universidades brasileiras. Destaca-se a região Sul com cinco produções, sendo três realizadas no estado do Rio Grande do Sul^(E5, E8, E9) e duas em Santa Catarina^(E1, E3). Os demais estão distribuídos na região Sudeste com duas produções^(E6, E7), e na região Centro-oeste^(E2) e Nordeste^(E4) com uma produção cada.

No ano de 2014 foi apresentado o relatório de três pesquisas^(E2, E5, E6), no ano de 2012 foram concluídos dois estudos^(E1, E7) e nos anos de 2002^(E4), 2013^(E3), 2015^(E9), 2016^(E8) um em cada ano. Quanto à abordagem, oito estudos eram qualitativos^(E1, E8), uma pesquisa era do tipo metodológico^(E9).

As pesquisas tiveram como participantes famílias^(E5, E8, E9), familiares^(E2, E6, E7), pessoas com estomia intestinal e suas famílias/familiares^(E3, E4, E6, E7), profissionais de enfermagem^(E1) e juízes especialistas^(E9). O cuidado de enfermagem na perspectiva das famílias e das pessoas com estomia intestinal foi estudado em duas pesquisas^(E1, E6), e as tecnologias educacionais como suporte para a educação de famílias de pessoas com colostomia foi contemplada em dois estudos^(E8, E9). A influência da cultura no sistema de convivência familiar^(E4), a rede social de apoio da família da pessoa com estomia^(E5), o contexto do familiar cuidador^(E2), o relacionamento da pessoa com estomia intestinal e seu cônjuge, sua família e seus amigos^(E3), bem como, a qualidade de vida de pessoas com estomia intestinal e de seus

familiares^(E7) foram temas abordados em um estudo cada.

A seguir, o quadro 1 apresenta uma síntese

dos estudos analisados quanto ao título, categoria, ano de defesa, instituição de ensino superior e estado.

QUADRO 1: Quadro sinóptico com a identificação dos estudos referente ao convívio de famílias/familiares de pessoas com estomias intestinais, 2017

Cód.	Título	Categoria	Ano	IES	Estado
E1	Cuidado de enfermagem às pessoas/famílias em perioperatório de cirurgia de estoma intestinal.	Dissertação	2012	Universidade Federal de Santa Catarina	Santa Catarina
E2	Familiares cuidadores na condição crônica estomia.	Dissertação	2014	Universidade Federal do Mato Grosso	Mato Grosso
E3	Os relacionamentos com o parceiro amoroso, a família e os amigos da pessoa com estomia intestinal.	Tese	2013	Universidade Federal de Santa Catarina	Santa Catarina
E4	Cultura e vida do estomizado e a participação da família no cuidado.	Tese	2002	Universidade Federal do Ceara	Ceara
E5	Tecituras da rede social da família no cuidado à pessoa com estomia.	Dissertação	2014	Universidade Federal de Santa Maria	Rio Grande do Sul
E6	Necessidades de saúde de clientes estomizados e familiares implicadas na integralidade do cuidado de enfermagem.	Tese	2014	Universidade Federal do Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
E7	Qualidade de vida dos estomizados intestinal definitivo secundário ao câncer colorretal e de seus familiares.	Tese	2012	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto	São Paulo
E8	Implementação e avaliação de um vídeo educativo para famílias de pessoas com colostomia.	Dissertação	2016	Universidade Federal de Santa Maria	Rio Grande do Sul
E9	Desenvolvimento e validação de tecnologia educativa para famílias de pessoas com colostomia por câncer.	Dissertação	2015	Universidade Federal de Santa Maria	Rio Grande do Sul

FONTE: Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES, maio de 2017

A complexidade de conviver e cuidar do estomia intestinal na perspectiva da família

Diante da realização cirúrgica de uma estomia intestinal emergem diferentes

sentimentos vivenciados pela pessoa submetida à estomização, bem como por seus familiares envolvidos no cuidado. Nessa realidade, ao retornar para o

domicílio, ocorre a necessidade de continuar os cuidados realizados a nível hospitalar, culminando em mobilização familiar e organização das ações para o cuidado.

Os trabalhos encontrados, em sua maioria, abordam a família na perspectiva do cuidado domiciliar^(E2, E4, E5, E6), fortalecendo a evidência de que essas pessoas são as principais provedoras de cuidados neste ambiente. O cuidado na esfera do domicílio se relaciona as atividades do ambiente doméstico e suas demandas, tais como a higienização, a alimentação e o conforto^(E2), sendo realizado no contexto da pessoa com estomia intestinal e também, no meio socioeconômico e cultural em que se encontram inseridos^(E2, E4).

Como um importante fator influenciador nas práticas de cuidado realizadas pelas famílias e seus familiares, tem-se a cultura. Os fenômenos culturais existentes no sistema de convivência familiar refletem e interferem nos padrões de cuidado cultural, sendo os fatores tecnológicos, religiosos e filosóficos, os graus de parentesco e relações sociais, os fatores econômicos e culturais determinantes para a realização do cuidado^(E4). Para tanto, percebe-se que a família busca em si e nas crenças adquiridas por meio dos preceitos culturais, prestar o cuidado a seu familiar a partir de suas vivências (Silva, Budó, Garcia, Sehnem & Schimith, 2013). Contudo, para que a mesma possa cuidar e ser cuidada faz-se necessário que o ato de cuidar se torne significativo para todos os integrantes da unidade familiar (Budó, 2016).

Enfatizando os achados supracitados que focalizam a cultura enquanto um fator influenciador para as práticas de cuidado, um estudo foi realizado com familiares por meio de Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa e evidenciou o contexto sociocultural do familiar cuidador e suas

repercussões para o cuidado, bem como os significados de ser um familiar cuidador de pessoa com estomia intestinal. Dentre os significados experienciados pelos familiares, evidenciou-se a preocupação e o comprometimento com o outro, com vistas a prover o cuidado por meio de ações de responsabilidade para cuidar, sendo estes significados vividos pelos familiares e relacionados ao processo de adoecimento de seu ente familiar, marcado pela trajetória medico-cirúrgica para a realização da estomia e suas repercussões biológicas, corporais, sociais e culturais^(E2).

A problemática da pessoa com estomia intestinal é permeada por aspectos fisiológicos, psicológicos, físicos e sociais, nos quais é notória a transformação de vida diante da complexidade de conviver e cuidar de um estomia. Muitas vezes, a qualidade de vida da pessoa estomizada e de seus familiares pode ser afetada frente à nova condição de vida.

Entretanto, estudo realizado com pessoas com estomia intestinal definitiva e seus familiares concluiu que, embora existam limitações, com a ajuda de seus familiares é possível que ambos os envolvidos no cuidado tenham uma qualidade de vida satisfatória^(E7).

Destaca-se ainda, que o contexto do cuidado domiciliar é permeado pelas relações de convívio da pessoa com estomia intestinal. Sob essa ótica, a pessoa estomizada vivencia alterações em suas relações sociais, em especial com o cônjuge, os familiares e os amigos^(E3). Dentre as mudanças provenientes da estomização encontra-se a perda do relacionamento amoroso em função da estomia, a transformação das relações familiares e a criação de novos vínculos de amizade, sendo estes, provenientes dos espaços sociais possibilitados pela associação de

ostomizados^(E3, E5).

Nesse contexto, passar a conviver com uma bolsa coletora de fezes implica em alterações nos hábitos e nas rotinas diárias. Ainda, promove sentimentos de insegurança e de vergonha, o que pode influenciar diretamente na manutenção, fortalecimento e criação ou não dos vínculos interpessoais (Carvalho, Budó, Silva, Alberti & Simon, 2014; Nascimento, Trindade, Luz & Santiago, 2011).

Apesar das mudanças que podem ocorrer, também existe a possibilidade de firmar e de fortalecer os laços relacionais. Um dos estudos objetivou compreender a tecitura da rede social da família no cuidado a pessoa com estomia e concluiu que os nós que configuram essa rede apresentam-se em sua maioria firmes e ativos, onde o tipo da função social existente na inter-relação dos membros dessa rede é mediador da criação de vínculos com diferentes intensidades^(E5).

Esses achados permitem inferir que a família/familiares estabelecem os laços de parceria, colaboração e cooperação para o cuidado mediante ações balizadas por movimentos de responsabilidade e de preocupação com o outro. Assim, percebe-se que a rede social é oriunda das necessidades de saúde e das demandas de cuidado, sendo constituída no contexto domiciliar e comunitário.

Essa afirmação vai ao encontro de um estudo analisado, o qual revelou que as necessidades emergentes das pessoas com estomias e seus familiares, bem como as situações de limitação para o cuidado são captadas no micro espaço de suas relações sociais^(E6).

Assim, para superar os percalços e enfrentar as demandas de cuidado, a família e as pessoas com estomia buscam criar e fortalecer relações que lhes proporcione apoio, tranquilidade, conhecimento e

maneiras de facilitar a adaptação a este processo. Desse modo, procuram na própria família, nos membros do núcleo familiar, na religiosidade, na fé e nos grupos de apoio os elementos que possam balizar esta nova maneira de conviver exigida pela estomização (Mota, Gomes, Petuco, Heck, Barros & Gomes, 2015; Simon, Budó, Schimith, Leal, Silva, Wunsch & Silva, 2018).

Ainda, tem-se na atuação da equipe de enfermagem um fator interveniente para o cuidado a estas pessoas. Uma pesquisa constituinte do *corpus* de análise revelou que os profissionais de enfermagem são agentes potencializadores para a educação em saúde e cuidado a essas pessoas. Para isso, torna-se necessário comprometimento e conhecimento para orientá-las e capacitá-las, com vistas a garantir um atendimento integral e de qualidade, capaz de suprir as necessidades existentes^(E1).

Os estudos analisados reforçam a importância da família no contexto do cuidado da estomia intestinal como um fator favorável ao processo de adaptação e aceitação da nova condição de vida. Ademais, a presença da família/familiares enquanto cuidadores no domicílio possibilita transformar o cuidado, por meio da valorização das relações de afeto, ampliando a segurança e o conforto da pessoa com estomia intestinal.

Tecnologias educativas: possibilidades de educação em saúde com família e pessoa com estomia intestinal

Observou-se mediante análise documental que uma das tendências da produção do conhecimento *strictu sensu* voltada para a área do cuidado às pessoas com estomias e suas família/familiares, está relacionada ao planejamento, desenvolvimento e validação de tecnologias educativas. Dentre os estudos analisados, dois são referentes ao uso de

tecnologias educativas como uma nova possibilidade de intervir em enfermagem^(E8, E9).

A implementação do uso de tecnologias na práxis da enfermagem busca aprimorar as formas de cuidado oferecidas, trazendo muitas vezes, formas complementares de cuidar, fortalecendo e qualificando o trabalho da enfermagem e favorecendo a aprendizagem por parte dos pacientes e familiares.

Nesta perspectiva, compreende-se que as tecnologias educativas, também abarcam práticas cuidativas, no intento de instigar a autonomia das pessoas, para então possibilitar que sejam sujeitos ativos em seu processo de cuidado (Salbego, Nietsche, Teixeira, Bock & Cassenote, 2017). Destaca-se que para a criação deste tipo de tecnologia, é imprescindível conhecer as demandas emergentes da realidade do público-alvo, para então desenvolvê-la conforme suas reais necessidades, com vistas a suprir lacunas, dificuldades e adversidades para o cuidado (Girardon-Perlini, Dalmolin, Coppetti, Rosa, Stragliotto & Costa, 2017).

O desenvolvimento e validação de um vídeo educativo para as famílias de pessoas com colostomia por câncer foi o objetivo de uma pesquisa desenvolvida em quatro etapas: construção do roteiro, validação do roteiro, desenvolvimento do vídeo educativo e validação do vídeo. Esse processo contou com a participação de juízes especialistas e o público-alvo representado por duas famílias, obtendo-se uma avaliação positiva acerca do vídeo^(E9).

Esse vídeo foi considerado como uma ferramenta capaz de suscitar mudanças, estando relacionado ao desenvolvimento de habilidades e autonomia. Além disso, apresenta potencial para contribuir com a compreensão da realidade vivenciada,

fortalecendo a família e subsidiando as estratégias de enfrentamento^(E9).

O outro estudo teve por objetivo implementar e avaliar as repercussões de uma intervenção de enfermagem realizada por meio de um vídeo educativo para familiares que possuem um membro portador de colostomia por câncer^(E8). Como resultados foi evidenciado que a tecnologia audiovisual é uma ferramenta potencializadora para as intervenções de enfermagem, constituindo-se como uma estratégia educativa que favorece a comunicação^(E8).

Diante dos resultados encontrados nos documentos *online* é possível inferir que as tecnologias educativas constituem-se como um instrumento facilitador na disseminação do conhecimento e da orientação frente às demandas de cuidado vivenciadas pelo paciente e sua família. Além disso, sensibilizam para uma nova forma de cuidar na enfermagem, buscando alternativas criativas para realizar a educação em saúde às pessoas com estomia e sua família.

Frente a esse contexto, entende-se educação em saúde como a construção compartilhada de conhecimentos, sendo balizada na metodologia participativa. Deste modo, pode auxiliar a compreensão das causas dos problemas e facilitar sua solução (Silva, Beck, Dissen, Tavares, Budó & Silva, 2012).

Percebe-se a importância da instrumentalização tanto das pessoas com estomia e de seus familiares, como também da própria enfermagem. Assim, a enfermagem como elemento chave neste processo de educação em saúde, precisa estar apta a cuidar destas pessoas nos diferentes âmbitos assistenciais, cuidado esse que precisa ultrapassar as questões técnicas, promovendo uma inter-relação de comprometimento entre as partes

envolvidas (Carvalho *et al.*, 2014).

No entanto, constata-se que ainda há fragilidades no que tange ao cuidado profissional, pois a equipe de enfermagem muitas vezes encontra-se despreparada de conhecimento científico e técnico relacionado tanto ao cuidado institucionalizado, quanto ao preparo para a alta hospitalar (Dalmolin *et al.*, 2016).

Os achados desses estudos possibilitam contemplar as tecnologias educativas como uma fonte de conhecimento. Porém ainda precisam ser socializadas, no intuito de atuar como um elemento contributivo à prática do cuidado de enfermagem, qualificando a assistência ofertada. Assim, possibilitando uma melhor aceitação e adaptação a nova condição de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa documental permitiu aprofundamento acerca da temática das famílias/familiares que convivem com uma pessoa com estomia intestinal a partir da produção do conhecimento *strictu sensu* nacional. Nessa perspectiva, foi possível identificar como tendência do conhecimento que o cuidado domiciliar é realizado, na maioria das vezes, pela família/familiar e é condicionado pelo meio socioeconômico e cultural em que vivem.

Outro aspecto evidenciado na análise dos estudos permitiu vislumbrar o cuidado de enfermagem frente às necessidades de saúde da pessoa com estoma intestinal e, nessa perspectiva, a participação da família no cuidado. Também, foi possível identificar que diante das adversidades de conviver com a estomia, a família vai se mobilizando e organizando para suprir às demandas no processo de adaptação a nova realidade de vida. Esse cuidado demanda dificuldades em detrimento à nova condição fisiológica e

social vivenciada, porém com o apoio que a família encontra nas relações sociais e no próprio fortalecimento da família, estas adversidades vão sendo amenizadas e, gradativamente, superadas.

Outra tendência identificada foi em relação ao uso de tecnologias educativas nesta temática. A enfermagem mostrou-se ainda incipiente na instrumentalização do cuidado por meio de tecnologias para a educação. Contudo, os resultados demonstram que essa prática direciona e sensibiliza a assistência de enfermagem de forma mais abrangente e qualificada, possibilitando socializar o conhecimento e favorecer o processo de educação em saúde com estas pessoas.

Nesse contexto, esse estudo contribui para subsidiar as ações de enfermagem no que tange o cuidado a pessoa com estomia intestinal e seus familiares, pois revelou aspectos importantes relacionados à complexidade de conviver com a estomia. Assim, emerge a necessidade de prover cuidados de enfermagem específicos, com vistas a suprir as demandas provenientes da estomização e identificar as principais dificuldades para o cuidado e o autocuidado.

As lacunas encontradas no conhecimento produzido envolvem o desenvolvimento de estudos que abordem o conhecimento científico e prático de enfermagem frente às especificidades de cuidado da pessoa com estomia intestinal e a seus familiares, nas três esferas de trabalho da enfermagem, ou seja, no cuidado, na educação e na gestão. Nesse sentido, sugere-se a realização de novos estudos que abordem essa temática, possibilitando ampliar o conhecimento e subsidiar ações cuidativas, educativas e administrativas de enfermagem a essa população, refletindo na resolução da lacuna evidenciada.

REFERÊNCIAS

- Budó, M. L. D. (2016). Cuidado sociocultural na cronicidade: em busca de um cuidado que faça sentido. *Cultura de los Cuidados* (Edição digital), 20(45), 9-11. DOI: 10.14198/cuid.2016.45.01.
- Carvalho, S. O. R. M., Budó, M. L. D., Silva, M. M., Alberti, G. F. & SIMON, B. S. (2014). Com um pouco de cuidado a gente vai em frente”: vivências de pessoas com estomia. *Texto Contexto Enfermagem*, 24(1), 279-87. DOI: 10.1590/0104-07072015003710013.
- Dalmolin, A., Girardon-Perlini, N. M. O., Coppetti, L. C., Rossato, G. C., Gomes, J. S. & Silva, M. E. N. (2016). Vídeo educativo como recurso para educação em saúde a pessoas com colostomia e familiares. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 37(e68373). DOI: 10.1590/1983-1447.2016.esp.68373.
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Girardon-Perlini, N. M. O., Dalmolin, A., Coppetti, L. C., Rosa, B. V. C., Stragliotto, D. O. & Costa, T. C. (2017). Audiovisual para praticas educativas com famílias de pessoas que vivem com colostomia. In: Teixeira, E. *Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais*. Porto Alegre: Moriá.
- Gómez, G. P., Mejía, B. C. & González, S. H. (2017). Tendo uma colostomia: transformação da corporalidade. *Cultura de los Cuidados*, 21(48), 23-32. DOI: 10.14198/cuid.2017.48.03
- Mota, M. S., Gomes, G. C. & Petuco, V. M. (2016). Repercussões no processo de viver da pessoa com estoma. *Revista Texto & contexto Enfermagem*, 25(e1260014). DOI: 10.1590/0104-070720160001260014.
- Mota, M. S., Gomes, G. C., Petuco, V. M., Heck, R. M., Barros, E. J. L. & Gomes, V. L. O. (2015). Facilitadores do processo de transição para o autocuidado da pessoas com estoma: subsídios para Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(1), 82-88. DOI: 10.1590/S0080-623420150000100011.
- Nascimento, C. M. S., Trindade, G. L. B., Luz, M. H. B. A. & Santiago, R. F. (2011). Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 20(3), 557-64. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/18.pdf>.
- Salbego, C., Nietsche, E. A., Teixeira, E., Bock, A. & Cassenote, L. G. (2017). Tecnologias cuidativo-educacionais: um conceito em desenvolvimento. In: Teixeira, E. *Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais*. Porto Alegre: Moriá, 2017.
- Silva, F. M., Budó, M. L. D., Garcia, R. P., Sehnem, G. D. & Schimith, M. D. (2013). Práticas de vida de portadores de hipertensão arterial. *Revista de enfermagem da UERJ*, 21(1), 54-59. Recuperado de <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6351>.
- Silva, L. D., Beck, C. L. C., Dissen, C. M., Tavares, J. P., Budó, M. L. D. & Silva, H. S. (2012). O enfermeiro e a educação em saúde: um estudo bibliográfico. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 2(2), 412-19. DOI: 10.5902/217976922676.
- Simon, B. S., Budó, M. L. D., Schimith, M. D., Leal, T. C., Silva, M. M., Wunsch, S. & Silva, D. C. (2018). Atenção profissional às famílias de pessoas com estomia de eliminação: a dualidade vivenciada. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.*, 16(e1918). DOI: 10.30886/estima.v16.457_PT.
- Smeltzer, S. C. & Bare, B. G. (2015). *Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Umpiérrez, A. F. & Fort, F. Z. (2014). Experiences of family members of patients with colostomies and expectations about professional intervention. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 22(2), 241-247. DOI: 10.1590/0104-1169.3247.2408.

Teoría y Método

Comunicación interpersonal y su implicación en la enfermería

Interpersonal communication and its implication in nursing

Comunicação interpessoal e sua implicação na enfermagem

Bárbara Caroliny Pereira¹, Lara Aparecida de Freitas¹, Aline Mara Gonçalves¹, Raul de Paiva Santos¹, Sueli de Carvalho Vilela²

¹Enfermeira, Aluna do Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas, Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, MG, Brasil. Correo electrónico: barbaracarolinypereira@gmail.com

²Enfermeira, Aluna do Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas, Graduada em Enfermagem pela Universidade José do Rosário Vellano. Alfenas, MG, Brasil. Correo electrónico: larafreitas7@hotmail.com

³Enfermeira, Aluna do Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas, Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, MG, Brasil. Correo electrónico: linggoncalves@hotmail.com

⁴Enfermeiro, Aluno do Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas, Graduado em Enfermagem pela Universidade do Vale do Sapucaí. Alfenas, MG, Brasil. Correo electrónico: raulpaivasantos@hotmail.com

⁵Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, MG, Brasil. Correo electrónico: suelicvilela@gmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Pereira, B.C., Freitas, L.A., Gonçalves, A.M., Santos, R.P. & Vilela, S.C. (2019). Comunicación interpersonal y su implicación en la enfermería. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.22>
Correos electrónicos por orden de autor: barbaracarolinypereira@gmail.com, larafreitas7@hotmail.com, linggoncalves@hotmail.com, raulpaivasantos@hotmail.com, suelicvilela@gmail.com

Correspondência: Bárbara Caroliny Pereira. Rua Airton Rodrigues Leite, 200, Centro, CEP: 37750-000, Machado (MG) Brasil

Correo eletrônico de contacto: barbaracarolinypereira@gmail.com

Recibido: 29/10/2018; Aceptado: 12/01/2019



ABSTRACT

Introduction: Communication is a creative action, used to promote interaction, to understand social and psychological factors

among individuals. It permeates human evolution.

Objective: To search for studies that applied the interpersonal communication in

the health area and to discuss how it is applied in the area of nursing.

Method: This is a theoretical-reflexive study due to its characteristic of being problematizing, anti-dogmatic without, however, dispensing with logical-methodological rigor with coherence of argumentation and critical spirit. Barnlund's Theory of Transactional Communication was used as a reference.

Result: Aiming to enable greater understanding and discussion, we chose to discuss interpersonal communication in three thematic categories: Barnlund Transactional Communication Theory, Characterizing Communication and Interpersonal Communication in Nursing.

Conclusion: In nursing, the difficulty of interaction and communication between the professionals and the patients is also evidenced, a fact that proves that this difficulty compromises the integral attention to the individual, also compromising the quality of life of the same.

Keywords: Interpersonal Communication, communication, nursing, cheers.

RESUMO

Introdução: A comunicação é uma ação criativa, utilizada para promover interação, compreender fatores sociais e psicológicos entre indivíduos. Ela permeia a evolução humana.

Objetivo: Buscar por estudos que aplicaram a comunicação interpessoal na área da saúde e discutir como ela se aplica na área da enfermagem.

Método: Trata-se de um estudo teórico-reflexivo pela sua característica de ser problematizador, antidogmático sem, no entanto, dispensar o rigor lógico-metodológico com coerência de argumentação e o espírito crítico. Utilizou-

se como referencial a Teoria de Comunicação Transaccional de Barnlund.

Resultado: Visando possibilitar maior compreensão e discussão, optou-se por discutir a comunicação interpessoal em três categorias temáticas: Teoria de Comunicação Transaccional de Barnlund, Caracterizando a comunicação e Comunicação interpessoal na Enfermagem.

Conclusão: Na enfermagem é evidenciado ainda a dificuldade de interação e comunicação entre os profissionais e os pacientes, fato que comprova que essa dificuldade compromete a atenção integral ao indivíduo, comprometendo também a qualidade de vida do mesmo.

Palavras chave: Comunicação interpessoal, comunicação, enfermagem, saúde.

RESUMEN

Introducción: La comunicación es una acción creativa, utilizada para promover la interacción, comprender los factores sociales y psicológicos entre los individuos. Ella permea la evolución humana.

Objetivo: Buscar por estudios que aplicaron la comunicación interpersonal en el área de la salud y discutir cómo se aplica en el área de la enfermería.

Método: Se trata de un estudio teórico-reflexivo por su característica de ser problematizador, antidogmático pero aplicando el rigor lógico-metodológico con coherencia de argumentación y el espíritu crítico. Se utilizó como referencia la Teoría de Comunicación Transaccional de Barnlund.

Resultado: Con vistas a posibilitar mayor comprensión y discusión, se optó por discutir la comunicación interpersonal en tres categorías temáticas: Teoría de Comunicación Transaccional de Barnlund,

caracterizando la comunicación y comunicación interpersonal en la enfermería.

Conclusión: En la enfermería se evidencia aún la dificultad de interacción y comunicación entre los profesionales y los pacientes, hecho que comprueba que esa dificultad compromete la atención integral al individuo, comprometiendo también la calidad de vida del mismo.

Palabras clave: Comunicación Interpersonal, comunicación, enfermera, salud.

INTRODUÇÃO

A evolução humana é permeada pela comunicação e se faz de extrema importância para o seu desenvolvimento e crescimento. A comunicação não só para o ambiente de trabalho, mas para todo o processo da vida se faz necessária. É uma habilidade que torna possível a exteriorização do que se passa interiormente. Homens e mulheres são seres de relações, que dependem constantemente de um meio de comunicação (Silva, 2013). A comunicação é uma ação criativa, utilizada para promover interação, compreender fatores sociais e psicológicos entre indivíduos e com a própria pessoa envolvida no âmbito interpessoal, grupal e de massa (Silva, 2013; Camargo *et al.*, 2013).

Dentre suas utilidades, ela possibilita para o ser humano divulgar informações, persuadir e resultar na mudança de comportamento, para ensinar e discutir vários assuntos, compartilhando assim diversas experiências (Dietrich, Ramos & May, 2015). Entre os meios de comunicação e suas possíveis utilidades, deve-se levar em consideração a eficácia da mesma. Porém, para que se consiga uma eficácia na comunicação, a mensagem deve ter um

único significado para seus intervenientes, o que caracteriza o processo de codificação da mensagem, a linguagem, deve ser conhecida por todos os intervenientes do ato comunicacional (Alves, 2012). Desta maneira, a comunicação faz parte da vida e do convívio pessoal, além das relações profissionais do ser humano, sendo que a maneira de se comunicar é o que diferencia o compartilhamento da informação. Assim, o que torna imprescindível no processo de comunicação é a maneira de como nos relacionamos (Dietrich, Ramos & May, 2015).

A comunicação interpessoal é desenvolvida principalmente a partir de situações sociais, informais, de encontros pessoais, onde as pessoas sofrem uma interação, resultando em uma troca de pistas verbais e não verbais. Relacionamento é um padrão de interação entre duas pessoas, baseado em suas percepções recíprocas (Barnlund, 1978). E essa comunicação interpessoal é o que faz estabelecer correntes de pensamentos entre as pessoas. Consiste no resultado de interação entre três elementos principais, sendo eles: fonte, mensagem e o alvo. A fonte é o emissor a qual dá início a uma mensagem a ser transmitida e o alvo é o receptor, é o que recebe a mensagem e dá um feedback ao emissor (Silva, 2013; Camargo *et al.*, 2013).

Existem vários modelos de comunicação, bem como suas teorias, dentre elas: Modelo de Base Linear, Comunicação em Massa, Modelo de Base Cultural e Modelo de Base Cibernética. Contudo, o presente artigo se baseou na Comunicação no Modelo de Base Cibernética e em sua Teoria de Comunicação Interpessoal. A teoria de comunicação de base cibernética, como também conhecida como modelo circular de comunicação, corrobora como a definição supracitado, em que o emissor passa a

mensagem ao receptor, mas este não fica passivo responde com um feedback ao emissor, por isso o termo circular, e a comunicação interpessoal se baseia nesse conceito (Littlejohn, 1978). A teoria cibernética está interessada nos níveis propositais do comportamento em sistemas. Todo comportamento que seja intencional, necessita de um feedback, mas a natureza do mesmo pode ser muito complexa (Littlejohn, 1978).

A palavra feedback, não pode ser traduzida de forma direta para a língua portuguesa, mas o termo pode apresentar um significado de "retroalimentação", capacidade de dar e receber respostas. Isso quando o emissor emite uma mensagem ao receptor e ele devolve respondendo (Kanan & Miglioli, 2014). O feedback pode ser classificado como positivo ou negativo, conforme o sistema lhe responde. O feedback negativo corresponde como uma mensagem de erro, havendo um desvio em um nível de critério, sendo então, necessário o sistema reajustar-se para neutralizar o desvio. No entanto, quando o sistema amplia ou mantém o desvio, é chamado feedback positivo (Littlejohn, 1978). Diante disso, formulou-se a seguinte pergunta norteadora "Como está sendo aplicada a comunicação interpessoal na enfermagem?". Assim, o presente artigo teve por objetivo buscar por estudos que aplicaram a comunicação interpessoal na área da saúde e discutir como ela se aplica na área da enfermagem.

METODO

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo pela sua característica de ser problematizador, antidogmático sem, no entanto, dispensar o rigor lógico-metodológico com coerência de

argumentação e o espírito crítico. A construção teórica, tendo em vista a interpretação e análise dos elementos teóricos obtidos por meio do levantamento bibliográfico aproxima-se com a abordagem qualitativa (Pennafort *et al.*, 2012). Utilizou-se como referencial a Teoria de Comunicação Transaccional de Barnlund (1970). Foi elaborado a partir de uma Revisão Narrativa (Elias *et al.*, 2012) buscou-se artigos científicos atuais que referenciaram e aplicaram a comunicação interpessoal na área da saúde, em especial da enfermagem. Essa busca foi realizada no mês de Março de 2017.

Foi realizado um levantamento bibliográfico, por meio de uma pesquisa exploratória e sistemática de documentos em formato eletrônico presentes na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em ciências da Saúde (Lilacs) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline). Também foram utilizadas outros recursos como livros e dissertações. Para tanto, os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e os Medical Subject Headings (MeSH) utilizados foram: "Comunicação Interpessoal", "Comunicação", "Enfermagem" e "Saúde" utilizando operadores booleanos AND e OR; os critérios de elegibilidade incluíram: disponibilidade gratuita na íntegra, estar publicado nos últimos cinco anos e nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. Os demais foram excluídos pois não atendiam aos critérios de inclusão e a temática abordada.

RESULTADOS

Visando possibilitar maior compreensão e discussão, optou-se por discutir a

comunicação interpessoal em três categorias temáticas: Teoria de Comunicação Transaccional de Barnlund, Caracterizando a comunicação e Comunicação interpessoal na Enfermagem.

DISCUSSÃO

Teoria de Comunicação Transaccional de Barnlund

A palavra “comunicação” tem seu conceito a partir dos atos nos quais o significado se desenvolve, a medida que as respostas neuro-motoras são adquiridas ou modificadas, esse significado é gerado dentro dos seres humanos. Isso surge, como meio de fortalecer o ego, de agir eficazmente, ou como modo de defesa, com a necessidade de reduzir a incerteza (Murray, 1970).

O objetivo desse tipo de comunicação é trazer a significação para necessidades emergentes e exigências do ambiente físico e social do momento, dentro dos limites estabelecidos, e padrões de atitudes que foram bem-sucedidos no passado. Não se trata de uma reação a algo, ou algum tipo de interação, mas de uma transação que o homem utiliza para inventar e atribuir significados ao realizar seus propósitos, ou seja, são atribuídas significações as mensagens (Barnlund, 1978; Murray, 1970).

Neste contexto, o significado é algo inventado, designado e não algo recebido prontamente. A capacidade de interpretação da mensagem depende da aptidão individual e da maneira em que ele se situa em relação ao ambiente (Murray, 1970).

Ressalta-se a importância de uma correlação no envio e recebimento das mensagens. Esta troca deve ser cooperativa, sendo o receptor e o emissor agentes primordiais no processo de comunicação, envolvendo relação, o contexto e a

percepção. Portanto, o significado não deve ser enviado junto à mensagem, mas construído e compartilhado entre eles (Barnlund, 1978; Murray, 1970).

A comunicação nesse sentido pode ocorrer em uma variedade de ambientes, e os significados podem ser gerados enquanto o homem está sozinho, seja em uma trilha da montanha, ou em sua privacidade especulando uma dúvida interna. Esses também podem ser inventados em situações sociais, com outras pessoas que disputam seus propósitos. Com isso, verifica-se que a identificação da comunicação, não está ligada ao contexto em si, não é a produção de mensagens e sim a produção de sentido a que atribui incerteza (Murray, 1970).

Essa incerteza tem como pressuposto o fato de que as pessoas que apresentam uma interação face a face, conseguem estabelecer e manter uma relação definida por percepções mútuas, se concentrando na área da natureza das relações humanas. Portanto, a vivência de uma pessoa é influenciada por sua relação com outras (Laing, Phillipson & Lee, 1969).

Caracterizando a comunicação

Etimologicamente, a palavra “comunicar”, provém do latim *comunicare*, na qual tem por significado, “partilhar”, “tornar comum”. Processo que necessita de duas ou mais pessoas, para que ocorra troca de mensagens e ambas interpretam-se entre si. A comunicação apresenta duas dimensões verbal e não verbal (Andrade, Costa & Lopes, 2013). A Comunicação verbal ou também conhecida como psicolinguística, acontece por meio de palavras, na qual utiliza a linguagem escrita e falada. É um recurso utilizado como forma de expressar pensamentos, clarificar ideias e compartilhar vivências (Silva, 2013; Littlejohn, 1978). A língua é caracterizada

por sons com um fluxo estruturado da fala, estes são organizados em frases, de acordo com a sintaxe ou gramática. Isso pode ser diferente dependendo do ambiente que o homem se encontra, sendo a língua muito influenciada pela cultura, hábitos e costumes diversos (Silva, 2013; Littlejohn, 1978). Já a comunicação não verbal ou psicobiológica é a expressão corporal, onde não se necessita de palavras, mas o corpo fala por si só, é a linguagem do corpo, seja através de gestos, expressões faciais, postura ou outras pistas comunicacionais que podem ser provocadas através da interação (Camargo *et al.*, 2013).

A aplicação correta da comunicação verbal e não verbal, é de extrema importância para estabelecer uma comunicação eficaz entre a equipe, família e paciente. Muitos profissionais apresentam dificuldades em empregar a comunicação interpessoal como recurso terapêutico, principalmente quanto à assistência é prestada não só ao paciente, mas ao familiar, que também tem papel fundamental em tal processo. Autores também apontam lacunas quanto ao atendimento psicossocial e habilidades de comunicação (Silva, 2013). Tanto a comunicação verbal como a não verbal, podem agir simultaneamente durante uma interação, são dimensões que se completam ao transmitir a mensagem, e podem ser interpretadas de diferentes formas pelo receptor, fornecendo o feedback respectivo, o receptor passa a ser o emissor e também pode transmitir utilizando as duas dimensões de comunicação.

A partir desses conceitos, é importante ressaltar as falhas na comunicação, que ocorrem principalmente pela falha na emissão da mensagem, assim como a falta de interação dos indivíduos, que impossibilita que essa mensagem possa chegar de maneira eficaz ao receptor e que

haja compreensão do mesmo. O processo de comunicação ocorre primordialmente durante essa interação, fato importantíssimo no processo, como já mencionado anteriormente.

Comunicação interpessoal na Enfermagem

A comunicação vem recebendo destaque em diversas categorias de profissionais da saúde nos dias atuais, sendo como um novo paradigma e uma meta na prática de cuidar e educação em saúde (Silva, 2013). Sendo ela um objeto de suma importância quando se refere a paciente, familiar e enfermeiros.

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a comunicação é definida como “comportamento interativo, que a partir da utilização dos comportamentos verbais e não verbais, atribui um significado de dar e receber informações, sendo elas face a face ou com meios tecnológicos” (Garcia, 2015). Portanto pode-se inferir, que para que ocorra essa comunicação, o emissor precisa passar a mensagem e o receptor assimilá-la e transmitir o feedback, só assim ocorra essa troca de informações. O estudo da comunicação interpessoal é constituído por encontros face-a-face que sustentam uma interação, que está centrada na recíproca de pistas verbais e não verbais, é pois uma investigação de situações sociais relativamente informais (Littlejohn, 1978). A comunicação interpessoal envolve principalmente uma interdependência comunicativa, sendo então o comportamento de uma pessoa consequência direta do comportamento da outra (Littlejohn, 1978).

Esse tipo de comunicação pode permitir ao enfermeiro uma construção terapêutica e de empatia com a equipe em que atua e com os pacientes. É uma forma de proporcionar aproximação entre ambos, construir uma

relação que possibilite obter mais informações sobre os mesmos, assim poder compreendê-los e com isso tornar-se um enfermeiro crítico-reflexivo e humanista. A enfermeira no âmbito de papel, também assume função de professora quanto ao aspecto comunicação. Ela que necessita transmitir uma notícia, sendo ela boa ou ruim, eventos súbitos ou caso de óbitos, fornecer esclarecimentos aos familiares, cuidadores e principalmente aos pacientes, sobre toda a assistência que lhe será prestada ou outras explicações complementares (Caswell *et al.*, 2015). A capacidade de comunicação correta, quando implantada com fins terapêuticos, faz com que a satisfação dos clientes possua significância, melhorando o tratamento e a adesão ao mesmo, além do controle da dor, maior entendimento da sua doença, diminuição das reclamações sobre negligência médica e a redução da ansiedade (Kissane *et al.*, 2012).

Diante do exposto vê-se a necessidade dos enfermeiros de manter uma boa comunicação interpessoal. Eles que prestam uma assistência direta ao paciente e estão o tempo todo ligados à eles e seus familiares. São os profissionais que mais precisam ter, além do conhecimento científico, um conhecimento íntegro sobre a comunicação interpessoal e sua relevância no processo saúde-doença. Neste contexto se insere as tecnologias leves, que constitui em comunicação, acolhimento, vínculo e escuta (Almeida & Fófano, 2016). A enfermagem é uma das profissões que torna imprescindível o ato da comunicação para seu desenvolvimento de trabalho, essa comunicação faz parte das atividades assistenciais dos profissionais de saúde. E o enfermeiro deve ser apto para se comunicar junto a sua equipe de saúde e pacientes, e ter o conhecimento para exercer uma influência

direta sobre os indivíduos (Kissane *et al.*, 2012; Almeida & Fófano, 2016).

Muitas vezes a comunicação ocorre de forma inadequada entre profissionais e familiares, isso tem sido acometido por atitudes simples, mas que fazem toda a diferença. O fato de não cumprimentar familiares, evitar contato direto com os olhos, esquivar-se de uma comunicação proativa, e por não envolver os familiares dos pacientes, com toda real necessidade do mesmo. Além de causar um desconforto para família, também pode influenciar no tratamento do paciente, devido as barreiras na comunicação (Caswell *et al.*, 2015).

Essa falta de comunicação que muitas vezes está evidenciada na enfermagem, pode influenciar tanto o paciente, como o familiar. O paciente já se encontra em um ambiente hospitalar, diferente da rotina de uma casa, vendo o mesmo teto e paredes diariamente, fora de um ambiente social. Para a enfermagem é primordial manter uma comunicação interpessoal com ele e seus familiares, de forma que minimize essa contrariedade.

A prática médica e de enfermagem é regulamentada por organizações que enfatizam a importância de uma comunicação produtiva com familiares e pacientes. Porém, em muitos hospitais faltam estratégias para que envolvam os familiares em tomadas de decisões. Oferecem pouco tempo de interação entre os profissionais da saúde com pacientes e familiares, além da falta de privacidade nas discussões (Caswell *et al.*, 2015).

As maiores reclamações na saúde recaem sobre a comunicação. Existe uma grande dificuldade entre o compreender e o conhecer da doença por parte dos pacientes em relação aos atendimentos médicos, o que desfavorece o tratamento, caracterizando um duplo sentimento entre o conhecimento

e o sentir-se conhecido pelos próprios profissionais (Epstein, 2014). Os familiares apontam como grande falha na comunicação e ausência de interação paciente-profissional, a ausência de explicações de procedimentos, ausência de informações sobre a patologia, falta de tempo do profissional e ainda, falta de paciência com o mesmo.

A comunicação dentro dos centros de saúde e hospitais, tem apresentado dificuldades, não só em relação ao enfermeiro, paciente e familiar, mas esta tem começado desde a recepção, longo tempo na sala de espera e falta de organização do atendimento (Kohlsdorf & Costa, 2013). A construção de uma comunicação eficaz precisa começar desde o primeiro atendimento, até o contato direto com a equipe de enfermagem, para prevenir um desgaste prévio, aumentar a interação entre eles e não subestimar a importância da mesma quanto à prestação da assistência.

O enfermeiro é responsável pelo processo de cuidar, esse que depende de conhecimento científico e ainda mais de habilidades sobre como fazer da comunicação interpessoal parte essencial e construtiva em todo seu desenvolvimento no trabalho e assistência prestada aos familiares e pacientes, remetendo ao a importância de se usar as tecnologias leves.

Estudos já abordam a importância e necessidade de programas para capacitação da equipe de saúde em comunicação com pacientes em doença avançada (Wittenberg, Goldsmith & Platt, 2014). Uma capacitação dos enfermeiros sobre a comunicação interpessoal seria de grande relevância para melhorar seu relacionamento com a equipe, paciente e familiar. Toda a assistência prestada depende de um ato de comunicação, a construção do saber ser enfermeiro que utiliza da comunicação

interpessoal como ferramenta no processo de cuidado ainda precisa ser trabalhada.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou o quanto a comunicação é importante para atender as necessidades não apenas físicas e mentais do paciente, mas também sua importância no processo de interação entre os indivíduos envolvidos. A comunicação interpessoal é dependente do emissor-receptor, sendo a mensagem provida principalmente de um feedback, podendo ele ser positivo ou negativo, onde seu retorno é o que realmente demonstra a eficácia da comunicação.

Na enfermagem é evidenciado ainda a dificuldade de interação e comunicação entre os profissionais e os pacientes, fato que comprova que essa dificuldade compromete a atenção integral ao indivíduo, comprometendo a qualidade de vida do mesmo. O enfermeiro deve então ser lembrado da importância constante de sua formação, da comunicação e suas responsabilidades, assim como suas falhas e consequências.

Por isso, mais estudos são essenciais para capacitá-los não só em relação aos pacientes, mas com familiares, que também são fundamentais para o tratamento e até mesmo entre os próprios membros da equipe. Sabe-se que uma equipe que mantém uma boa comunicação interpessoal, pode-se prestar uma assistência holística ao paciente e de forma bem-sucedida.

Conflito de interesse

Os autores declaram não ter conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

- Almeida, Q. & Fófano, G. A. (2016). Tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura. *HU Revista*, 42(3), 191-196.
- Andrade, C. G., Costa, S. F. D. & Lopes, M. E. L. (2013). Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 25-30.
- Alves, A. P. L. (2012). *A Comunicação com a Pessoa em Situação Crítica Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva – Perspetiva do Enfermeiro* (Dissertação em Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Viana do Castelo, Portugal: Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Barnlund, D. (1978). Fundamentos teóricos da comunicação humana. Em Littlejohn, S. W. *Teorias de comunicação interpessoal*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Camargo, B. V., Justo, A. M., Alves, C. D. B. & Schlösser, A. (2013). Efeitos de contexto e comunicação nas representações sociais sobre o corpo. *Psicologia e Saber Social*, 2(1), 33-50.
- Caswell, G., Pollock, K., Harwood, R. & Porock, D. (2015). Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 14(35), 15-25.
- Dietrich, M., Ramos, M. C. & May, P. (2015). Influência das tecnologias de informação e comunicação nas Instituições de ensino superior e organizações, *XV Colóquio Internacional de Gestão Universitária*. Mar del Plata-Argentina: Gestão Universitária.
- Elias, C. S. R., Silva, L. A., Martins, M. T. S. L., Ramos, N. A. P., Souza, M. G. G. & Hipólito, R. L. (2012). Quando chega o fim? Uma revisão narrativa sobre terminalidade do período escolar para alunos deficientes mentais. *Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas*, 8(1), 48-53.
- Epstein, A. S. (2014). Current State of the Art and Science of Patient-Clinician Communication in Progressive Disease: Patients' Need to Know and Need to Feel Known. *Journal of Clinical Oncology*, 32(31), 3474-3478.
- Garcia, T. R. (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: aplicação à realidade brasileira*. Porto Alegre: Artmed.
- Kanan, L. A. & Migliolli, D. C. (2014). Comunicação organizacional: estudo desse fenômeno numa indústria madeireira de Santa Catarina. *Psicologia Argumento*, 32(79), 27-38.
- Kissane, D. W., Bylund, C. L., Banerjee, S. C., Bialer, P. A., Levin, T. T., Maloney, E. K. et al. (2012). Communication skills training for oncology professionals. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1242-1247.
- Kohlsdorf, M. & Costa, J. A. L. (2013) Comunicação em pediatria: revisão sistemática de literatura. *Estudos de Psicologia*, 30(4), 539-552.
- Laing, R. D., Phillipson, H. & Lee, A. R. (1969). *Percepção interpessoal: uma teoria e um método de pesquisa*. Rio de Janeiro: Eldorado.
- Littlejohn, S. W. (1978). *Fundamentos da comunicação humana*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Murray, E. (1970). *Language behavior: a book of readings in communication*. Janua linguarum: Series maior.
- Pennafort, V. P. S., Freitas, C. H. A., Bessa Jorge, M. S., Queiroz, M. V. O. & Aguiar, C. A. A. (2012). Práticas integrativas e o empoderamento da enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(2), 289-295.
- Silva, M. J. P. (2013). *Comunicação tem remédio: comunicação nas relações interpessoais em saúde*. 9. ed. São Paulo: Loyola.
- Wittenberg, E. L., Goldsmith, J. & Platt, C. S. (2014). Palliative Care Communication. *Seminars in Oncology Nursing*, 30(4), 280-286.

Evaluación de la vídeo-simulación como metodología docente para la entrevista motivacional en estudiantes de enfermería

Evaluation of the video-simulation as a teaching methodology for the motivational interview in nursing students

Avaliação de um vídeo-simulação como metodologia de ensino para a entrevista motivacional em estudantes de enfermagem

Antonio Ruiz Hontangas¹, Esperanza Ferrer Ferrándiz², Raimunda Montejano Lozoya³, María Isabel Mármol López⁴, Silamani J.A. Guirao-Goris⁵, Vicente Gea -Caballero⁶

¹PhD. Profesor Escuela Enfermería La Fe. Universidad de Valencia. Miembro del grupo de Investigación Emergente acreditado GREIACC. IIS la Fe. Valencia. Correo electrónico: ruiz_anthon@gva.es

²PhD. Directora Escuela Enfermería La Fe. Universidad de Valencia. Miembro del grupo de Investigación Emergente acreditado GREIACC. IIS la Fe. Valencia. Correo electrónico: ferrer_esp@gva.es

³PhD. Profesor Escuela Enfermería La Fe. Universidad de Valencia. Miembro del grupo de Investigación Emergente acreditado GREIACC. IIS la Fe. Valencia. Correo electrónico: montejano_rai@gva.es

⁴PhD. Profesor Escuela Enfermería La Fe. Universidad de Valencia. Miembro del grupo de Investigación Emergente acreditado GREIACC. IIS la Fe. Valencia. Correo electrónico: marmol_isa@gva.es

⁵PhD. Profesor Escuela Enfermería La Fe. Universidad de Valencia. Valencia. Correo electrónico: adolf.guirao@gmail.com

⁶PhD. Profesor Escuela Enfermería La Fe. Universidad de Valencia. Miembro del grupo de Investigación Emergente acreditado GREIACC. IIS la Fe. Valencia. Correo electrónico: vicentegeacaballero@gmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Ruiz Hontangas, A., Ferrer Ferrándiz, E., Montejano Lozoya, R., Mármol- López, M.^a I., Guirao-Goris, S. J. A., Gea-Caballero, V. (2019). Evaluación de la vídeo-simulación como metodología docente para la entrevista motivacional en estudiantes de enfermería. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.23>

Correspondencia: Esperanza Ferrer Ferrándiz. Avenida Fernando Abril Martorell, n.º 106, Pabellón Docente. Torre H. Escuela de Enfermería. Hospital Universitario y Politécnico La fe. 46026 Valencia
Correo electrónico: ferrer_esp@gva.es

Recibido: 08/11/2018; Aceptado: 14/01/2019



ABSTRACT

Introduction: The Video-Simulation how a new pedagogical method has been scarcely used. We pretend to evaluate the utility and satisfaction with methodology used in the learning of the motivational interview

technique through video-simulation.

Method: A descriptive cross-sectional study (2015) in students of 4th nursing course of Nursing School La Fe (Valencia, España). The scores obtained were measured, and the reliability of the questionnaire (Cronbach

Alfa), through a factorial analysis.

Results: Average age=23.6 ± 4.5 years. Cronbach Alpha = 0.91. The factorial analysis identified two dimensions explaining 32.4% and 32.1% of the variance (64.5% total variance). 70.6% of the students are quite or totally in agreement with the fact that the video-simulation allows them to improve substantially the learning.

Conclusions: Students showed a high level of satisfaction with the learning methodology implemented. It is an effective learning method, that they consider useful to improve the skills in motivational interviewing.

Keywords: Interview, Simulation, Students, Nursing, Primary Health Care.

RESUMO

Introdução: A Vídeo-Simulação como método e ferramenta pedagógica tem sido pouco utilizada. Pretendemos avaliar a utilitário, satisfação e metodologia utilizada na aprendizagem da entrevista motivacional a través da video-simulação.

Metodologia: Estudo descritivo de corte transversal (2015) em escolares do 4.º curso enfermagem do Escola Enfermagem La Fe (Valencia, España). Realizou-se um questionário de Likert de 12 itens. Os resultados obtidos foram mensurados assim como a confiabilidade do questionário (Cronbach Alfa), através de uma análise fatorial.

Resultados: A idade média foi de 23,6±4,5 anos. Alfa de Cronbach de 0,91. A análise fatorial identificou duas dimensões que explicam 32,4% e 32,1% da variância (64,5% da variância total). 70,6% dos alunos estão totalmente ou totalmente de acordo com o fato de que a videoimulação permite que eles melhorem substancialmente sua aprendizagem.

Conclusões: Os estudantes mostraram um alto nível de satisfação com o método de aprendizagem implementado, que eles consideram útil para melhorar as habilidades em entrevistas motivacionais.

Palavras chave: Entrevista, simulação, estudantes de enfermagem, atenção primária à saúde.

RESUMEN

Introducción: La Video-Simulación como herramienta pedagógica ha sido escasamente utilizada. Pretendemos evaluar la utilidad y la satisfacción con la metodología utilizada en el aprendizaje de entrevista motivacionales mediante VS.

Metodología: Estudio observacional descriptivo transversal (2015) con estudiantes de enfermería de 4.º curso de la Escuela de Enfermería La Fe (Valencia, España). Se diseñó un cuestionario Likert de 12 ítems. Se midieron las puntuaciones obtenidas, la fiabilidad, y se realizó un análisis factorial.

Resultados: La edad media fue 23,6±4,5 años. Alfa de Cronbach de 0,91. El análisis factorial identificó dos dimensiones que explican el 32,4% y el 32,1% de la varianza (64,5% varianza total). El 70,6% de los estudiantes están bastante o totalmente de acuerdo con que la videosimulación les permite mejorar sustancialmente el aprendizaje

Conclusiones: Los estudiantes mostraron un alto nivel de satisfacción con este método de aprendizaje, que consideran útil para mejorar las habilidades en entrevista motivacional.

Palabras clave: Entrevista, simulación, estudiantes de enfermería, atención primaria de salud.

INTRODUCCIÓN

El Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) actual plantea demandas y desafíos en la gestión del conocimiento, la innovación en el aprendizaje, el pensamiento crítico y la toma de decisiones en los futuros profesionales. Todo ello, conlleva cambios en el paradigma de enseñanza situando al estudiante en el centro de su propio aprendizaje, adquiriendo conocimientos y desarrollando actitudes y habilidades para resolver problemas en cualquier contexto profesional, permitiendo de este modo la adquisición de competencias (Baptista, Martins, Pereira, Mazzo, 2014). Este nuevo enfoque de la formación basado en la competencia, según Tejada Fernández y Ruiz Bueno (2016), ha significado un avance en el sentido de poner el énfasis en un aprendizaje orientado a la solución de problemas por encima del aprendizaje memorístico. Un aprendizaje más reflexivo, responsable, autónomo y cooperativo facilitará la construcción significativa y el desarrollo de las competencias profesionales (Coll, Mauri, y Rochera, 2012).

Numerosas publicaciones profundizan en la actualidad sobre la relevancia en la evaluación de las competencias, y este cambio de paradigma genera un nuevo modelo que debe de conllevar obligatoriamente por parte de las instituciones y docentes el rediseño en el desarrollo y la evaluación de los procesos de aprendizaje (Palacios Valderrama, Álvarez Avilés, Moreira Bolaños, (Morán Flores, 2017; Tejada Fernández y Ruiz Bueno, 2016). En este sentido, se precisa de nuevas metodologías para la evaluación de competencias. El estudio de casos clínicos, la práctica de laboratorio y la simulación, entre otras, son las más utilizadas por sus beneficios en la formación de los estudiantes

(Baptista *et al.*, 2014). Como indican algunos autores (Ashford-Rowe, Herrington, Brown, 2014; Tejada Fernández y Ruiz Bueno, 2016; Tierno, Iranzo y Barrios, 2013), es preciso crear dispositivos evaluativos para recoger información y valorar todos los resultados esperados; la evaluación de competencias debe orientarse hacia la acción del participante/profesional, tomando como referente situaciones reales y/o simuladas que sirvan como tareas auténticas de evaluación. Recientemente, la simulación clínica ha emergido en el ámbito académico de las Ciencias de la Salud (CCSS), muy especialmente en la disciplina enfermera. En ésta, ha surgido como un proceso pedagógico de aprendizaje activo que fomenta el pensamiento crítico y la mejora de las habilidades de los estudiantes, sumergiéndolos en una situación clínica simulada que supone una representación auténtica de la realidad, facilitando la participación activa del alumno e integrando las complejidades del aprendizaje práctico y teórico con oportunidades para la repetición, retroalimentación, evaluación y reflexión; todo ello minimizando el riesgo del evento adverso en el paciente y su entorno (Pina-Jiménez y Amador-Aguilar, 2015).

Así, un escenario de simulación clínica es un espacio físico preparado que imita un área asistencial específica, al reproducir un entorno semejante al que enfrentará el alumno en la realidad (Pina-Jiménez y Amador-Aguilar, 2015). Dicho escenario ha de incorporar elementos creíbles y plausibles para que adquiera realismo, replicando una situación de la práctica clínica. El diseño debe de incorporar áreas competenciales idóneas de la situación que pretende simular, teniendo presente las características de sus alumnos, los contenidos, las habilidades a desarrollar y

los fines curriculares que se persiguen del proceso enseñanza-aprendizaje. Los planes de estudios de las Universidades han ido integrando progresivamente la simulación clínica como herramienta habitual de trabajo y de adquisición de competencias. En el estudio realizado por M. Kim y S. Kim (2017), se expone que el 52,7% de planes de estudios han sustituido a la práctica clínica real por simulación clínica.

La mayoría de los estudios que han evaluado la efectividad que tiene el uso de los simuladores de alta fidelidad en el aprendizaje de habilidades en CCSS, coinciden en que esta tecnología es un recurso que favorece de forma significativa el desarrollo de habilidades y destrezas de los alumnos, que se refleja en un mejor desempeño. La mayor parte de los escenarios obedecen a la implementación de situaciones clínicas de atención hospitalaria (procesos de hospitalización y procedimientos avanzados) y la Resucitación Cardiopulmonar a través de maniqués. Valizadeh, Amini, Fathi-Azar, Ghiasvandian y Akbarzadesh (2013) por ejemplo, compararon en sus investigaciones los resultados derivados del empleo de simuladores en estudiantes de enfermería en la cateterización periférica venosa en pacientes pediátricos. Y un estudio realizado por Martins *et al.*, (2012) destaca las ventajas obtenidas en estudiantes de enfermería tras el uso de la simulación asociada a modernas tecnologías con sonido e imagen, ambientes realistas, simuladores de alta fidelidad y una reflexión sobre el aprendizaje y decisiones tomadas tras cada escenario (debriefing).

En el ámbito profesional de atención comunitaria, el Consejo Nacional de Juntas Estatales de Enfermería (NCSBN) llevó a cabo un estudio de simulación nacional para proporcionar evidencia de los resultados educativos de los estudiantes que tenían

integrada la simulación en cantidades variables de tiempo en su plan de estudios, siendo pioneros en implementar simulaciones en salud y en detectar sus bondades a nivel de aprendizaje (Husson, Zulkosky, Fetter y Kamerer, 2014). También en ese aspecto, Sweigart, Burden, Carlton y Fillwalk (2014) investigaron la simulación virtual de entrevistas con pacientes por estudiantes de enfermería, para evaluar las habilidades comunicativas en pacientes con problemas de salud mental.

Beaird, Nye y Thacker (2017) evaluaron, más concretamente, la eficacia de las videograbaciones mediante simulaciones de entrevistas con pacientes estandarizados, y el rendimiento mostrado por estudiantes de enfermería en habilidades de comunicación, objetivando los beneficios en la adquisición de habilidades y competencias.

Asumiendo pues que la Video-Simulación (VS) se plantea como una estrategia de aprendizaje válida, novedosa, dinámica y eficaz, también se han identificado áreas de mejora; como proponen Lewis, Strachan y Smith (2012), los escenarios diseñados carecen de orientación suficiente hacia las habilidades de comunicación; y además, el enfoque basado en el trabajo en equipo y la toma de decisiones no puede descuidarse y debe estar presente en el aprendizaje.

Una de las metodologías usadas para el aprendizaje y la adquisición de competencias en los estudios de enfermería es la entrevista motivacional (EM). Miller y Rose (2015) definen la EM como *“una entrevista clínica centrada en el paciente que, fundamentalmente, le ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o hábito insano para promover cambios hacia estilos de vida más saludables”*.

Una de las opciones en la EM ha sido la simulación clínica a través de la videograbación, simulando entornos reales

con ayuda de dispositivos mecánicos, electrónicos o virtuales. A través de dichos escenarios y la interacción de los actores, el alumnado desarrolla habilidades que más tarde, mediante la retroalimentación individual y/o grupal, se traducirá en la adquisición de competencias (Cònsul Giribet, 2007). En esa línea, Noordman, van der Weijden y van Dulmen (2014) evaluaron la video-retroalimentación con enfermeras de APS observando que la utilización de esta técnica mejora la comunicación con sus pacientes, facilitando estrategias para conseguir en ellos la modificación de conductas poco saludables.

En la revisión de la literatura realizada hemos podido comprobar que son escasos los estudios que evalúan la adquisición de habilidades y/o desarrollo de competencias en entrevista motivacional en el ámbito académico, evidenciándose su ausencia en las prácticas pre-grado de enfermería comunitaria. Del mismo modo, aunque existen estudios que destacan la importancia de la entrevista motivacional a nivel teórico (Beaird *et al.*, 2017; Miller y Rose, 2015; Rivera Mercado, Villouta Cassinelli, Llabaca Grez, 2008), no se han encontrado estudios que profundicen en la percepción de los estudiantes de enfermería sobre la utilidad de la entrevista motivacional ni sobre los enfoques metodológicos de su enseñanza. Los programas de simulación se han implantado con desigual desarrollo y muy orientados a la práctica clínica hospitalaria, existiendo además escasos artículos en los que se haya evaluado la simulación en entrevistas con pacientes en ámbitos comunitarios (Hermanns y Kilmon, 2012).

En España este tipo de prácticas con pacientes simulados estandarizados en entornos comunitarios son también escasas, implantándose de forma poco homogénea y centrándose, como en otros países, en

ambientes clínicos hospitalarios. Entre las experiencias de innovación docente en ámbitos comunitarios y Practicum de APS, destacamos la realizada en Cataluña (2015) por la Universidad Internacional de Cataluña con alumnos de 2.º de grado de enfermería durante su periodo práctico en la consulta en atención primaria con pacientes simulados (Universidad Internacional de Cataluña, 2015). En ella, los estudiantes simulaban ser los pacientes, representando tres situaciones diferentes (sobre el hábito tabáquico, dietas y sobre personas con heridas por quemaduras).

El diseño e implantación de nuevas estrategias didácticas en el proceso enseñanza-aprendizaje deben ir dirigidas a mejorar la satisfacción con el proceso pedagógico, y también la percepción de utilidad por parte de los estudiantes (aprovechamiento futuro de los conocimientos y habilidades en EM), para superar los estándares de calidad pre-establecidos y fijar nuevas metas en ese sentido (Durkin, Simkin, Knox y Conti-Ramsden, 2009).

Por ello, nos planteamos como objetivos de este trabajo por un lado, evaluar la satisfacción de los estudiantes de enfermería con el método de aprendizaje utilizado de VS de entrevistas motivacionales; y por otro lado, evaluar la utilidad percibida con dicha metodología docente para adquirir habilidades que contribuyan al desarrollo de competencias en EM, evaluando tanto la satisfacción como la utilidad mediante un cuestionario diseñado *ad hoc*, del que se medirán sus propiedades psicométricas.

MÉTODO

Estudio exploratorio de tipo observacional, descriptivo, transversal, desarrollado en el año 2015.

La Población de estudio está compuesta por alumnos de enfermería de 4.º curso (N=68) que realizaron la asignatura de Practicum III en el contexto de APS durante el curso 2014-2015 en la Escuela de Enfermería La Fe (Valencia).

La participación fue voluntaria y no remunerada, autorizándola tras la firma del consentimiento informado. Se invitó a participar a todos los alumnos matriculados en la asignatura de Practicum III, calculando la muestra mínima en 51 respuestas válidas, a partir de un nivel de confianza del 95%, precisión del 3% y un valor de $p=0.05$. Se excluyeron a los alumnos que no firmaron el consentimiento informado.

Se estudiaron las variables sociodemográficas edad (cuantitativa) y sexo (cualitativa dicotómica). Las variables estudiadas y correlacionadas fueron los 12 ítems del cuestionario (cuantitativas) en relación con la metodología de aprendizaje utilizada.

La metodología docente evaluada consistió en la videograbación de la escenificación de una consulta de enfermería a través de una entrevista clínica de tipo motivacional a cada estudiante, en la que el alumno actuaba como enfermera y el profesorado asumía el rol de paciente simulado con una enfermedad crónica (casos estandarizados de pacientes con Hipertensión arterial, con Diabetes Mellitus, o etiquetados como "Anciano Frágil"). Los estudiantes debían desarrollar un proceso de cuidados a los pacientes simulados para dar respuesta a los problemas de salud más relevantes aplicando los principios y metodología de la EM, previamente estudiada en sesiones teóricas participativas.

Con posterioridad, en una sesión grupal con todo el alumnado, se visualizaba el video y se llevaban a cabo sesiones

específicas de discusión o "*debriefing*" dirigidas por el profesorado, para que cada estudiante evaluara sus propias fortalezas y debilidades, recibiendo retroalimentación de los compañeros de clase y en último lugar del profesorado. Se generó un feed-back personalizado a cada alumno, identificando los aspectos positivos detectados en la entrevista y concluyendo propuestas de mejora.

Como instrumento de medida, se elaboró un cuestionario ad hoc compuesto de 15 ítems con escala tipo Likert de 5 puntos, cuyo rango oscila entre "nada de acuerdo" (1) y "totalmente de acuerdo" (5), en el que se exploraba la satisfacción con la metodología de aprendizaje empleada y la utilidad para desarrollar la competencia en EM.

El cuestionario pretendía llevar a cabo la evaluación de la satisfacción del alumnado con esta metodología innovadora y comprobar si puede ser útil para el desempeño profesional de los estudiantes. Por tanto, se evaluó fundamentalmente si iban a ser capaces de aplicar herramientas metodológicas como la entrevista motivacional y las etapas de cambio para que en un futuro poder llevarlas a cabo en su práctica clínica como enfermera comunitaria.

Para elaborar el cuestionario de 15 ítems se desarrolló un grupo nominal de 5 expertos en EM hasta alcanzar consenso, siendo tres de ellos los profesores de la asignatura y el resto se completó con enfermeras del ámbito clínico de la atención primaria. El perfil del experto fue el siguiente: más de 5 años de experiencia asistencial en APS con control/seguimiento de pacientes crónicos, y que tuvieran además experiencia en funciones de docencia, investigación y gestión en APS, además de conocimientos avanzados en EM.

El cuestionario se pilotó por los profesores de la asignatura con un reducido grupo de alumnos (n=5), comprobando la validez aparente y la comprensión de las cuestiones en relación con los objetivos planteados. Finalmente se elaboró un cuestionario auto-administrado online anónimo (plataforma google forms® con limitación de respuesta por IP) con una extensión final de 12 ítems, tras depurar de la escala original tres ítems que presentaron dificultad de respuesta o confusión en el pilotaje.

El tratamiento y análisis de las variables estudiadas se han realizado con el programa estadístico SPSS versión 21.0. Se realizó un análisis descriptivo de los datos calculando las medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y frecuencias y porcentaje para las cualitativas. Se midió la consistencia interna/fiabilidad (Alfa de Cronbach) y la validez (análisis factorial). Para todos los cálculos se estableció un nivel de confianza

del 95% y error del 5%. Para garantizar la adecuación de los cálculos, se comprobó la correlación entre variables (prueba de Esfericidad de Barlett) y la idoneidad de los datos para el análisis factorial (índice de Kaiser-Meyer-Olkin).

RESULTADOS

Se obtuvieron 51 respuestas válidas (Tasa de respuesta =75 %). El 64.7% eran mujeres y el 35.3% hombres; la edad media fue de 23,6±4,5 años, situándose la edad más representativa de los alumnos entre los 21 y los 23 años, con el 66,7%.

El cuestionario final construido de 12 ítems ha obtenido un valor de alfa de Cronbach=0.91 en cuanto a su fiabilidad. Se realizó un análisis factorial exploratorio identificándose dos dimensiones que explican el 32,4% y el 32,1% de la varianza respectivamente (tabla 1).

**TABLA 1: Varianza total explicada.
Método de extracción: Análisis de Componentes Principales**

Componentes	Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación	
	% varianza	% varianza acumulada
1	32,4	32,4
2	32,1	64,5

Dichas dimensiones hacen referencia, por un lado, a la satisfacción con el aprendizaje alcanzado, (ítems 1,2,3,4,5,6); y por otro lado, a la percepción de utilidad para desarrollar la competencia (ítems 7,8,9,10,11,12), como se puede observar en la tabla 2).

Se empleó la prueba estadística de Esfericidad de Barlett para comprobar la correlación de las variables y el índice de

Kaiser-Meyer-Olkin, que mide la idoneidad de los datos para poder realizar un análisis factorial, estableciendo la comparación entre los valores de correlación observados con los coeficientes de correlación parcial. En nuestro caso el valor es alto, con Kaiser-Meyer-Olkin=0.817, Chi cuadrado=403,1 y p=0.001 (tabla 1). Con ello constatamos que las variables tienen una adecuación muestral alta (tabla 3).

TABLA 2: Matriz de componentes rotados

<i>Items</i>	<i>Componentes</i>	
	1	2
1. Aprender a aplicar herramientas metodológicas como la entrevista motivacional y las etapas de cambio me permitirán en un futuro poder llevarlas a cabo en mi práctica clínica como enfermera comunitaria	,829	
2. La simulación de casos clínicos me ha permitido adquirir habilidades y competencias que no he adquirido en el centro de salud.	,783	
3. La metodología utilizada en la simulación de casos clínicos me permite adquirir habilidades y competencias para mi práctica clínica	,734	
4. La simulación de casos clínicos ha cubierto mis expectativas por encima de lo esperado	,715	
5. Las estrategias metodológicas (simulación de casos con grabación, y discusión del mismo con el resto de alumnos) me ha permitido mejorar mis habilidades en el ámbito comunitario	,607	
6. Finalmente, mi valoración de las sesiones de revisión de entrevistas ha sido muy positiva	,690	
7. Ver la grabación de mi entrevista me ha permitido mejorar mi aprendizaje		,826
8. Ver la grabación de la entrevista de mis compañeros me ha permitido mejorar mi aprendizaje		,757
9. El tamaño del grupo facilitó mi participación y aprendizaje		,711
10. El número de sesiones para visualizar grabaciones fue adecuado para poder adquirir conocimientos sobre cómo realizar una entrevista.		,657
11. La retroalimentación recibida en la sesión tras ver mi entrevista me ha permitido mejorar mi aprendizaje		,592
12. No me gustó que me grabaran en la entrevista pero tras la visualización y análisis de mi entrevista reconozco que ha mejorado mi aprendizaje.		,573

TABLA 3: Resultado del grado de intercorrelación de variables

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,817
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	403,129
	Sig.	,000

En la tabla 4 se pueden observar los resultados de las puntuaciones obtenidas. El ítem que obtiene mayor puntuación media es el 1, *“Aprender a aplicar herramientas metodológicas como la entrevista motivacional y las etapas de cambio me permitirán en un futuro poder llevarlas a cabo en mi práctica clínica como enfermera comunitaria”*, referido a la satisfacción con la utilidad futura para aplicar los conocimientos adquiridos mediante video-simulación en EM en la práctica profesional, con una puntuación media de 4.4 ± 0.7).

El 100% de los ítems se sitúa en un rango de puntuación entre 3,5 (mínima) y 4,4 (máxima). De los ítems referidos a la

metodología de aprendizaje utilizada, se valoraron con mayor puntuación la utilidad percibida de visualizar la grabación del propio alumno (4.2 ± 0.9) así como la grabación de los propios compañeros (4.2 ± 0.7). En ambos casos, un 80.4% de los participantes los valoraron con una puntuación entre 4 y 5.

Un 70.6% del alumnado está bastante o totalmente de acuerdo con que ésta metodología de aprendizaje les ha permitido adquirir habilidades y competencias, que no han adquirido durante su estancia en los centros de salud.

TABLA 4: Resultados de los porcentajes y medidas de dispersión en satisfacción percibida

<i>Item</i>	Puntuación (%)*			Media ± DT**
	≤2	3	≥4	
1. Aprender a aplicar herramientas metodológicas como la entrevista motivacional y las etapas de cambio me permitirán en un futuro poder llevarlas a cabo en mi práctica clínica como enfermera comunitaria	0	15.7	84.3	4.4±0.7
2. La simulación de casos clínicos me ha permitido adquirir habilidades y competencias que no he adquirido en el centro de salud.	15.7	13.7	70.6	3.5±1.2
3. La metodología utilizada en la simulación de casos clínicos me permite adquirir habilidades y competencias para mi práctica clínica.	7.8	17.6	74.6	3.9±1.0
4. La simulación de casos clínicos ha cubierto mis expectativas por encima de lo esperado.	13.7	37.3	49.0	3.5±1.0

5. Las estrategias metodológicas (simulación de casos con grabación, y discusión del mismo con el resto de alumnos) me ha permitido mejorar mis habilidades en el ámbito comunitario.	7.8	25.5	66.7	3.8±0.9
6. Finalmente, mi valoración de las sesiones de revisión de entrevistas ha sido muy positiva.	7.8	23.5	68.6	3.9±1.0
7. Ver la grabación de mi entrevista me ha permitido mejorar mi aprendizaje	3.9	15.7	80.4	4.2±0.9
8. Ver la grabación de la entrevista de mis compañeros me ha permitido mejorar mi aprendizaje	0	19.6	80.4	4.2±0.7
9. El número de sesiones para visualizar grabaciones fue adecuado para poder adquirir conocimientos sobre cómo realizar una entrevista.	15.7	13.7	70.6	3.8±1.1
10. El tamaño del grupo facilitó mi participación y aprendizaje	15.7	23.5	60.8	3.6±1.0
11. La retroalimentación recibida en la sesión tras ver mi entrevista me ha permitido mejorar mi aprendizaje	13.7	21.6	64.7	3.8±1.0
12. No me gustó que me grabaran en la entrevista pero tras la visualización y análisis de mi entrevista reconozco que ha mejorado mi aprendizaje.	13.7	15.7	70.6	3.8±1.1

≤2: Nada de acuerdo y poco de acuerdo; 3: Algo de acuerdo;

≥4: Bastante o totalmente de acuerdo; ** Desviación Típica

DISCUSIÓN

Hemos pretendido con nuestro estudio evaluar la metodología introducida en EM mediante VS, para proponerla como alternativa frente a métodos más tradicionales implantados en la formación de los estudiantes. Con esa motivación planteamos la incorporación de la VS en el Practicum de APS, ya que la EM ha demostrado ser más efectiva que otros modelos comunicacionales en el ámbito del cuidado de la salud (como pueden ser el informativo o directivo) para lograr cambios conductuales en los pacientes hacia otras conductas más saludables (Barnes y Ivezaj, 2015; Rivera Mercado, Villouta Cassinelli y Llabaca Grezb, 2008; Voogdt-Pruis, Beusmans, Gorgels, y Van Ree, 2011); y por

ello queda plenamente justificado dirigir los esfuerzos académicos hacia la adquisición de habilidades en EM. En nuestro estudio, hemos conseguido resultados positivos tanto en satisfacción con el método utilizado, como en la utilidad percibida para el desarrollo de habilidades.

El análisis estadístico realizado es robusto y ello nos permite confiar en los resultados obtenidos en nuestra muestra, con muy buenos resultados en fiabilidad (Alfa de Cronbach=0,91) y en adecuación muestral. Además, el análisis factorial del cuestionario utilizado ha mostrado claramente la existencia de 2 dimensiones, respaldando nuestro objetivo de medir tanto la satisfacción como la utilidad de la metodología empleada. Finalmente,

consideramos también positivo que la varianza total explicada por el cuestionario utilizado sea del 64,5%.

En lo referente a la utilidad de la metodología docente implementada, consideramos los resultados óptimos, lo que también está en sintonía con los precedentes obtenidos por Noordman *et al.* (2014) en Holanda, aunque su estudio se llevó a cabo con enfermeras tituladas. Su estudio evaluó los efectos del vídeo-feedback en la comunicación, la competencia clínica y habilidades de EM en la práctica en el ámbito de la APS, y al igual que proponemos nosotros, concluyó que es un método potencialmente eficaz para mejorar las habilidades de comunicación en práctica enfermera mejorando la competencia clínica.

En un metaanálisis realizado en Corea por Oh, Jeon y Koh (2015), con una muestra de 1326 estudiantes de enfermería, se evaluó el efecto del aprendizaje basado en simulación con pacientes estandarizados en el desarrollo cognitivo y afectivo del dominio psicomotor de aprendizaje. Los hallazgos del estudio sugieren que el aprendizaje basado en la simulación con pacientes estandarizados podría tener un impacto positivo sobre la autoeficacia y la motivación de aprendizaje que afecta a los conocimientos y la adquisición de habilidades clínicas, lo que también es concordante con las conclusiones de nuestro estudio; es por ello que estos resultados respaldan nuestra convicción en la adecuación del método para la mejora en el desarrollo de competencias en los estudiantes de enfermería.

En un estudio reciente desarrollado en la Universidad de Virginia por Beard *et al.*, (2017), se ha comprobado también que la simulación con pacientes estandarizados mejora el rendimiento en las habilidades de

comunicación a través de la efectividad de la utilización de videgrabaciones en estudiantes de enfermería, lo que refuerza nuestra propuesta del uso de la metodología empleada de VS a partir de casos simulados. En relación con la gestión de las emociones asociadas al proceso de comunicación enfermera-paciente, coincidimos con los resultados de M. Kim y S. Kim (2017) al afirmar que este tipo de prácticas mejoran la gestión de las emociones al desarrollar una mayor capacidad y habilidad comunicativa.

En ese sentido, destaca también el estudio de Hsu, Chang y Hsieh (2015), en el que se exploraron los efectos de la simulación en EM sobre la competencia y la percepción de autoeficacia en una muestra de 116 enfermeras en Taiwán, utilizando para ello el cuestionario *Objective Structured Clinical Examination (OSCE)*. Estos autores argumentan, en concordancia con los resultados de nuestro estudio, que existen carencias en investigación sobre el entrenamiento de estos aspectos de la comunicación en las primeras etapas de los estudios superiores de enfermería (nuestra formación en EM se desarrolla en 2.º curso). Coincide con nuestro estudio en que la metodología utilizada mejora la satisfacción del participante y el rendimiento en la comunicación.

Dado que los principales estudios que guardan relación con el nuestro no han sido desarrollados en entornos comunitarios, nos planteamos también la opción de compararlos con algunos realizados en ámbitos hospitalarios. Nuestros resultados coinciden con los presentados por Megel, Bailey, Schnell, Whiteaker y Vogel (2013) en EEUU, en un estudio en el que se utilizaron equipos de simulación en alta fidelidad con grabación de video a estudiantes en conductas relacionadas con la seguridad del paciente (lavado de manos, precisión en

terapia intravenosa, medición de drenajes de herida quirúrgica, etc.) y que posibilitó la identificación de buenas prácticas en el proceso de evaluación. En nuestro caso, las buenas prácticas las identificamos en las grabaciones a partir de fortalezas desarrolladas y detectadas por los estudiantes en el desarrollo de la EM, gracias a las sesiones de *debriefing*. En ese sentido, también nos permitió detectar las debilidades, errores o mejoras a implementar en dicha práctica, posibilitando la discusión posterior, el aprendizaje cooperativo y la mejora continua.

En nuestra metodología docente en adquisición de competencias en EM, destaca positivamente en las puntuaciones obtenidas (globalmente como en sus dos dimensiones) que tanto la estructura y el proceso llevado a cabo por el profesorado han sido ampliamente aceptados por el alumnado, a pesar de la gran exigencia que les ha supuesto para la adquisición de competencias en EM, sobre todo en el proceso de grabación de los casos y la visualización pública a nivel intra-grupo de su entrevista personal en el proceso de *debriefing* y discusión compartida con sus compañeros/profesores. Pero además, consideramos una fortaleza tal metodología porque la mayor parte del alumnado considera factible aplicar esas competencias adquiridas en su práctica clínica futura (es el ítem que mayor puntuación ha obtenido de todo el cuestionario). En nuestro estudio, en general, hemos podido constatar los resultados positivos encontrados en los antecedentes; y por ello, lo más destacado de nuestra investigación es proponer este método de aprendizaje ya que la evidencia encontrada coincide en que es eficaz. Consideramos la formación en EM como una herramienta muy valiosa para adquirir

competencias por parte de los alumnos; y proponemos la utilización de la simulación de casos dado que es una buena estrategia educativa, ya que esta metodología les permite adquirir habilidades que no podrían alcanzar en el ámbito clínico asistencial (centro de salud). En relación con esto último, una de las aportaciones más relevantes de nuestro estudio es que los estudiantes afirman que la competencia en EM se ha conseguido mayormente en el ámbito académico a través de las sesiones de casos simulados, y no en las prácticas en los centros de salud; resulta significativo que a pesar de la evidencia existente al respecto, el uso de la EM no está integrado de forma normalizada en el trabajo enfermero de atención primaria. Tres de cada cuatro participantes así lo han manifestado.

Atendiendo a la percepción y expectativas del alumnado, afirmamos que los resultados obtenidos han permitido que adquieran habilidades en la EM, para poder implantarlas como buenas prácticas en el entorno clínico en el ámbito de la enfermería comunitaria. Sin duda, ello mejorará la adquisición de competencias como futuras enfermeras.

Como limitaciones del estudio destacamos la muestra reducida ($n=51$); a pesar de ello, es representativa para el planteamiento y el desarrollo del estudio con carácter exploratorio. El instrumento utilizado para evaluar el nivel de satisfacción de los alumnos con la metodología de aprendizaje se ha comportado, desde el punto de vista estadístico, como un instrumento fiable, sin embargo al tratarse de un cuestionario "*ad-hoc*" y no encontrar antecedentes, proponemos que es necesario realizar estudios con muestras más amplias y con carácter multicéntrico. Otra limitación en la simulación del caso podría ser la interpretación del rol de paciente por parte

de un profesor, provocando una posible relación de desigualdad en la entrevista, manifestado por las observaciones aportadas por algún alumno. Para futuras investigaciones proponemos la VS en escenarios reales (pacientes no simulados) garantizando la intimidad, el consentimiento y protección de datos.

Tras comprobar la viabilidad del método, confiamos en que es posible seguir avanzando en futuras investigaciones orientadas a la validación de un cuestionario de evaluación en el ámbito académico y adaptada a nuestro entorno, que pueda ayudar a evaluar de manera objetiva la satisfacción, adquisición de habilidades y percepción de utilidad por parte de los alumnos en las diferentes dimensiones de la entrevista motivacional.

Como conclusiones, Confirmamos que el grado de satisfacción con los casos estandarizados utilizados en VS ha sido muy positivo, considerando los alumnos en cuanto a su utilidad que las habilidades adquiridas les posibilitará desempeñarlas como futuras enfermeras en su práctica clínica en el ámbito comunitario. El cuestionario diseñado se ha mostrado fiable y permite evaluar la metodología docente implantada.

BIBLIOGRAFÍA

- Ashford-Rowe, K., Herrington, J. & Brown, Ch. (2014). Establishing the critical elements that determine authentic assessment. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 39(2), 205-222. DOI: 10.1080/02602938.2013.819566.
- Baptista, R.C.N., Martins, J.C.A., Pereira, F., Mazzo, A. (2014). Satisfacción de los estudiantes con las experiencias clínicas simuladas: validación de escala de evaluación. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(5), 709-915. DOI: 10.1590/0104-1169.3295.2471.
- Barnes, R. D. & Ivezaj, V. (2015). A systematic review of motivational interviewing for weight loss among adults in primary care. *Obesity reviews*, 16(4), 304-318. DOI: 10.1111/obr.12264. Epub 2015 Mar 5.
- Beard, G., Nye, C. & Thacker, L. R. (2017). The use of video recording and standardized patient feedback to improve communication performance in undergraduate nursing students. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(4), 176-185. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2016.12.005>.
- Coll, C., Mauri, T., y Rochera, M.J. (2012). La práctica de evaluación como contexto para aprender a ser aprendiz competente. Profesorado. *Revista de curriculum y formación del profesorado*, 16 (1), 50-57. Recuperado de <https://www.ugr.es/~recfpro/rev161ART4.pdf>.
- Cònsul Giribet, M. (Coord). (2007). *Historia de un cambio. Un currículo integrado con el aprendizaje basado en problemas*. Barcelona: Servicios editoriales. Enciclopedia catalana SAU.
- Hermanns, M. & Kilmon, C. (2012). Second Life® as a clinical conference environment: Experience of students and faculty. *Clinical Simulation in Nursing*, 8(7), e297-e300. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2011.04.002>.
- Hsu, L. L., Chang, W. H. & Hsieh, S. I. (2015). The Effects of Scenario-Based Simulation Course Training on Nurses' Communication Competence and Self-Efficacy: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Professional Nursing*, 31(1), 37-49. <http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2014.05.007>.
- Husson, N. M., Zulkosky, K., Fetter, M. & Kamerer, J. (2014). Integrating community health simulation scenarios: experiences from the NCSBN national simulation study. *Clinical Simulation in Nursing*, 10(11), 581-586. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2013.11.009>.
- Kim, M. & Kim, S. (2017). Debriefing practices in simulation-based nursing education in south korea. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(5), 201-209. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2017.01.008>.
- Lewis, R., Strachan, A. & Smith, M. M. (2012). Is High Fidelity Simulation the Most Effective Method for the Development of Non-Technical Skills in Nursing? A Review of the Current Evidence. *The Open Nursing Journal*, 6, 82-89. <http://doi.org/10.2174/1874434601206010082>.
- Martins, J.C., Mazzo, A., Baptista, R.C.N., Coutinho, V.R.D., Godoy, S., Mendes, I.A.C., Trevizan, M.A. (2012). The simulated clinical experience in nursing education: A historical review. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 619-625. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/22.pdf>.
- Megel, M. E., Bailey, C., Schnell, A., Whiteaker, D.

- & Vogel, A. (2013). High-fidelity simulation: How are we using the videos? *Clinical Simulation in Nursing*, 9(8), e305-e310. DOI: 10.1016/j.ecns.2012.04.003.
- Miller, W. R. & Rose, G. R. (2015). Motivational Interviewing and Decisional Balance: Contrasting Responses to Client Ambivalence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43, 129-141. DOI: 10.1017/S1352465813000878.
 - Noordman J., van der Weijden T. & van Dulmen S. (2014) Effects of video-feedback on the communication, clinical competence and motivational interviewing skills of practice nurses: a pre-test posttest control group study. *Journal of Advanced Nursing* 70(10), 2272-2283. DOI: 10.1111/jan.12376.
 - Oh, P. J., Jeon, K. D. & Koh, M. S. (2015). The effects of simulation-based learning using standardized patients in nursing students: A meta-analysis. *Nurse Education Today*, 35(5), e6-e15. DOI: 10.1016/j.nedt.2015.01.019. Epub 2015 Feb 2.
 - Palacios Valderrama, W. N., Álvarez Avilés, M. E., Moreira Bolaños, J. S., Morán Flores, C. (2017). Una mirada al pensamiento crítico en el proceso docente educativo de la educación superior. *EDUMECENTRO*, 9(4), 194-206. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2077-28742017000400014.
 - Pina-Jiménez, I., y Amador-Aguilar, R. (2015). La enseñanza de la enfermería con simuladores, consideraciones teórico-pedagógicas para perfilar un modelo didáctico. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 152-159. Universidad Nacional Autónoma de México Distrito Federal, México. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741844008>.
 - Rivera Mercado, S., Villouta Cassinelli, M. F., y Llabaca Grezb, A. (2008). Entrevista motivacional: ¿cuál es su efectividad en problemas prevalentes de la atención primaria? *Atención Primaria*, 40(5), 257-261. DOI: 10.1157/13120020.
 - Sweigart, L., Burden, M., Carlton, K. H. & Fillwalk, J. (2014). Virtual simulations across curriculum prepare nursing students for patient interviews. *Clinical Simulation in Nursing*, 10(3), e139-e145. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2013.10.003>.
 - Tejada Fernández, J., y Ruiz Bueno, C. (2016). Evaluación de competencias profesionales en Educación Superior: Retos e implicaciones. *Educación* XXI, 19(1), 17-38. <http://dx.doi.org/10.5944/educxx1.12175>.
 - Tierno, J. Irazzo, P. y Barrios, Ch. (2013). El compromiso organizativo_e institucional para diseñar y evaluar competencias en la universidad. *Revista de Educación*, 361, 223-251. DOI: 10.4438/1988-592X-RE-2011-361-141.
 - Universidad Internacional de Cataluña. (2015). Los alumnos de Enfermería practican con pacientes simulados de atención primaria. <http://www.uic.es/es/noticias/los-alumnos-de-enfermeria-practican-con-pacientes-simulados-de-atencion-primaria>.
 - Valizadeh, L., Amini, A., Fathi-Azar, E., Ghiasvandian, S. & Akbarzadesh, B. (2013). The effect of simulation teaching on baccalaureate nursing students' self confidence related to peripheral venous catheterization in children: a randomized trial. *Journal of Caring Sciences*, 2(2), 154-164. DOI: [10.5681/jcs.2013.019](https://doi.org/10.5681/jcs.2013.019).
 - Voogdt-Pruis, H. R., Beusmans, G. H., Gorgels, A. P. & Van Ree, J. W. (2011). Experiences of doctors and nurses implementing nurse-delivered cardiovascular prevention in primary care: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 67(8), 1758-1766. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2011.05627.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05627.x).

Intervención educativa en el conocimiento sobre la higienización de las manos en estudiantes de enfermería

Educational intervention in the knowledge about hand hygiene in nursing students

Intervenção educativa no conhecimento sobre a higienização das mãos em acadêmicos de enfermagem

André Luiz Thomaz de Souza¹, Fábio Bene², Heitor Ribeiro³,
Juliano de Souza Caliar⁴, Deise Aparecida Carminat⁵, Angelita
Maria Stabile⁶

¹Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Docente nas Faculdades Integradas do Vale do Ribeira, Registro, SP, Brasil. Correo electrónico: alfenas2@hotmail.com

²Enfermeiro pelas Faculdades Integradas do Vale do Ribeira, Registro, SP, Brasil. Correo electrónico:fabiomlbene@hotmail.com

³Enfermeiro pelas Faculdades Integradas do Vale do Ribeira, Registro, SP, Brasil. Correo electrónico:heitorrib@hotmail.com

⁴Enfermeiro. Doutor em Ciências. Docente no Instituto Federal de Passos, Passos, MG, Brasil. Correo electrónico: julianocaliari@yahoo.com.br

⁵Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente nas Faculdades Integradas do Vale do Ribeira, Registro, SP, Brasil. Correo electrónico: deiseac@gmail.com

⁶Enfermeira. Doutora em Ciências Fisiológicas pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Correo electrónico: angelita@eerp.usp.br

Cómo citar este artículo en edición digital: Souza, A.L.T., Bene, F., Ribeiro, H., Caliar, J.S., Carminat, D.A., Stabile, A.M. (2019). Intervención educativa en el conocimiento sobre la higienización de las manos en académicos de enfermería. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.24>

Correspondencia: André Luiz Thomaz de Souza. Rua Oscar Yoshiaki Magário, 185, Jardim das Palmeiras. CEP: 11.900-000 - Registro-SP [Brasil]
Correo electrónico: alfenas2@hotmail.com
Recibido: 08/12/2018; Aceptado: 08/01/2019



ABSTRACT

Objective: To evaluate the effect of an educational intervention on knowledge about hand hygiene in nursing students.

Method: Quasi-experimental study of the pre- and post-intervention type, carried out with 23 nursing students. Knowledge about hand hygiene was evaluated using a form containing questions about the subject. In addition, a theoretical and practical

educational intervention was carried out with an average duration of 60 minutes each.

Results: The results of the pre -and post-intervention comparison revealed a significant increase in the number of correct answers, with emphasis on improved knowledge related to the question: What care should be taken with the hands, nails and with the use of ornaments?

Conclusions: The educational intervention performed in this study proved to be efficient in improving knowledge about hand hygiene.

Keywords: Nursing, patient safety, hand hygiene.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o efeito de uma intervenção educativa no conhecimento sobre a higienização das mãos em acadêmicos de enfermagem.

Método: Estudo quase-experimental do tipo pré e pós intervenção, realizado com 23 acadêmicos de enfermagem. O conhecimento sobre a higienização das mãos foi avaliado com o uso de um formulário contendo questões sobre o tema. Além disso, foi realizada uma intervenção educativa teórica e prática com duração média de 60 minutos cada.

Resultados: Os resultados da comparação pré e pós-intervenção revelaram aumento significativo no número de acertos em 17 variáveis investigadas, com destaque para melhora no conhecimento relacionado à questão: Quais os cuidados que devem ser adquiridos com as mãos, com as unhas e com o uso de adornos?

Conclusão: A intervenção educativa realizada neste estudo mostrou-se eficiente na melhora do conhecimento sobre a higienização das mãos.

Palavras chave: Enfermagem, segurança do paciente, higienização das mãos.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el efecto de una intervención educativa en el conocimiento sobre la higienización de las manos en estudiantes de enfermería.

Método: Estudio cuasi-experimental del tipo pre y post intervención, realizado con 23 estudiantes de enfermería. El

conocimiento sobre la higienización de las manos fue evaluado con el uso de un formulario que contenía preguntas sobre el tema. Además, se realizó una intervención educativa teórica y práctica con una duración media de 60 minutos cada una.

Resultados: Los resultados de la comparación pre y post-intervención revelaron un aumento significativo en el número de aciertos en 17 variables investigadas, con destaque para mejora en el conocimiento relacionado a la cuestión: ¿Cuáles son los cuidados que deben ser adquiridos con las manos, con las uñas y con el u otros el uso de adornos?

Conclusiones: La intervención educativa realizada en este estudio se mostró eficiente en la mejora del conocimiento sobre la higienización de las manos.

Palabras clave: Enfermería, seguridad del paciente, higiene de las manos.

INTRODUÇÃO

As Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde (IRAS) estão entre as maiores preocupações na busca pela segurança do paciente (World Health Organization, 2009). No mundo, em torno de 5 a 10% das pessoas hospitalizadas terão alguma infecção relacionada ao cuidado (Yves *et al.*, 2011). Desta forma, a prática de higienização das mãos representa uma importante estratégia para minimizar os riscos de infecções nosocomiais, devido ao baixo custo e a eficiência do procedimento (Pittet, 200; Mendonça, 2003).

Contudo, a adesão dos profissionais da saúde à prática de higienização das mãos é baixa, estima-se que menos de 40% dos profissionais a realizam de forma eficaz (Yves *et al.*, 2011). Além disso, um estudo recente aponta o conhecimento

insatisfatório de estudantes universitários do curso de medicina, de odontologia e de enfermagem em relação à higienização das mãos (Thakker e Jadhav, 2015). Essa situação nos remete à necessidade de ampliar ações direcionadas à educação continuada/permanente ainda no âmbito acadêmico como meta para prevenir infecções.

A contaminação das mãos de profissionais da saúde há muito tempo é apontada como uma das principais formas de transmissão de microrganismos no ambiente clínico (Pittet *et al.*, 1999). Estudos retratam que as mãos dos profissionais da saúde podem ser colonizadas por um ou mais microrganismos, com destaque pela presença de Unidades Formadoras de Colônia de *Staphylococcus aureus* (Bhalla, 2004; Boyce, 2007). Além das mãos, os objetos inanimados que permanecem nos serviços de saúde também representam fontes importantes de microrganismos (Felix e Miaydahira, 2009; Ferreira *et al.*, 2011).

Desde a última década a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem desempenhado esforços para conscientizar e ampliar a prática de higienização das mãos. Uma de suas ações envolve a campanha: “Cuidado Limpo é Cuidado Seguro” (World Health Organization, 2009; Luangasanatip *et al.*, 2015), na qual aliado à higienização das mãos são estabelecidos cinco componentes: mudança do sistema; formação e educação; observação e *feedback*; lembretes no hospital e segurança hospitalar.

No Brasil, destaca-se o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que orienta as condutas profissionais para o monitoramento e a prevenção de danos na assistência à saúde por meio de seis ações: 1) identificar corretamente o paciente; 2) melhorar a comunicação entre os

profissionais de saúde; 3) melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; 4) assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; 5) higienizar as mãos para evitar infecções; e 6) reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão (Ministério da Saúde do Brasil, 2013).

Embora ocorra todo esse esforço para aumentar a segurança do paciente e prevenir agravos, ainda permanecem elevadas as taxas de IRAS, principalmente nos locais onde ocorre um maior número de procedimentos invasivos, como por exemplo, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) (Barros *et al.*, 2012; Sousa *et al.*, 2009), expondo as pessoas a uma série de doenças infectocontagiosas, dentre elas a sepse (Martin, 2012).

Estudos sobre a higienização das mãos envolvendo estudantes universitários de enfermagem são fundamentais para o fortalecimento das práticas seguras ainda no ambiente acadêmico (Thakker e Jadhav, 2015; Felix e Miaydahira, 2009). Frente ao desafio que envolve a higienização das mãos como estratégia de assistência segura, este estudo foi desenvolvido com o objetivo de avaliar o efeito de uma intervenção educativa sobre a higienização das mãos no conhecimento de acadêmicos de enfermagem. Para tanto, como eixo norteador da pesquisa foi utilizado às recomendações da OMS (World Health Organization, 2009) para a higienização das mãos.

MÉTODOS

Estudo quase-experimental do tipo pré e pós-intervenção, conduzido em agosto de 2016, com acadêmicos de enfermagem em uma instituição de ensino superior

localizada no Vale do Ribeira, SP, Brasil. O estudo foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (parecer nº 1.589.996) e conduzido de acordo com os preceitos éticos conforme a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A amostra por conveniência deste estudo foi selecionada a partir dos alunos do primeiro ano letivo do curso de bacharelado em enfermagem. Foram incluídos os alunos regularmente matriculados, de ambos os gêneros, que ainda não tinham participado de aulas sobre a higienização das mãos no ensino superior. Como critérios de exclusão adotaram-se: ausência após duas tentativas de aplicação do questionário pré-intervenção e a não participação em todas as etapas do estudo.

O primeiro ano letivo do curso de enfermagem contava com 61 (100%) alunos matriculados, sendo estes considerados elegíveis para estudo, no entanto, somente 23 (37,70%) concluíram todas as etapas e constituíram a amostragem final. Portanto, 38 (62,30%) alunos não completaram todas as etapas devido à ausência no dia da intervenção educativa e/ou na coleta de dados pós-intervenção. Desta forma, aqueles que não participaram de todas as etapas do estudo, não foram incluídos para as análises dos dados.

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário com 15 questões divididas em duas partes: a) informações sobre os participantes do estudo: gênero, estado civil e idade; b) conhecimento sobre a higienização das mãos. O formulário foi submetido à validação teórica de face e exame de conteúdo por três juízes (Riccio *et al.*, 1995; Galdeno, 2007). A aplicação do formulário ocorreu na sala de aula sob orientação dos pesquisadores deste estudo. O protocolo estabelecido na coleta de dados foi fundamentado em informações

disponíveis na literatura sobre o uso de intervenções educativas (Lima *et al.*, 2013).

O formulário foi aplicado em duas etapas: *Pré-intervenção* educativa: que correspondeu a coleta de dados basal referente ao conhecimento sobre a higienização das mãos e a caracterização amostral. *Pós-intervenção* educativa: que ocorreu após 30 dias da realização da intervenção educativa sobre a higienização das mãos. Nesta etapa, Os participantes foram convidados novamente para responderem ao mesmo formulário aplicado na coleta pré-intervenção.

A intervenção educativa foi realizada sete dias após a coleta de dados pré-intervenção, sendo conduzida por meio de uma atividade teórica e outra prática com duração média de 60 minutos cada uma. Ambas as atividades foram desenvolvidas com o uso de um vídeo educativo publicado no The New England Journal of Medicine (Yves *et al.*, 2011); bem como as recomendações da OMS (World Health Organization, 2009) para a higienização das mãos. Ao término da intervenção educativa, cada participante recebeu um material didático sobre a higienização das mãos.

A intervenção educacional teórica foi realizada por meio de aula expositiva, com recurso audiovisual, aliado a isso a intervenção prática envolveu a demonstração dos passos realizados na higienização das mãos e dos materiais necessários. Ao final da atividade prática, todos os participantes realizaram a higienização das mãos sob a orientação dos pesquisadores e de um professor (enfermeiro) com experiência na temática deste estudo.

Os dados obtidos com a aplicação do formulário na coleta de dados pré e pós-intervenção, foram tabulados e analisados por meio do programa de análise estatística

IBM®, Statistical Package for the Social Sciences, versão 20.0. Os resultados referentes às informações dos participantes do estudo foram apresentados de forma descritiva em frequência absoluta e porcentagem. Para a comparação pré e pós-intervenção dos dados sobre a higienização das mãos, foi empregado o Teste Mc Nemar para amostra pareada, com significância de 5% e os valores expressos em frequência absoluta.

RESULTADOS

A distribuição dos participantes deste estudo, revela maior frequência do gênero feminino, solteiro(a) e de faixa etária até 20 anos (Tabela 1). Quando questionados se higienização das mãos previne infecção, 23 (100%) responderam que sim. No entanto, sobre conhecer a “Campanha Salve Vidas: Higienize suas mãos”, 20 (87,0%) responderam que não conheciam.

**TABELA 1: Informações sobre as características dos participantes do estudo (n=23).
Registro, SP, Brasil, 2016**

	Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Gênero	Masculino	7	25,0
	Feminino	16	57,1
Estado civil	Solteiro	14	50,0
	Casado	3	10,7
	União estável / amasiado	5	17,9
	Divorciado / separado	1	3,6
Faixa etária	Até 20 anos	12	52,2
	De 21 a 30 anos	8	34,8
	Acima de 30 anos	3	13,0

Na avaliação sobre o propósito da higienização das mãos no ambiente assistencial (ambiente no qual ocorre assistência em saúde realizada por um profissional), foi identificado aumento significativo nos acertos em relação a variável “prevenir a contaminação do ambiente” ($p=0,039$) (Tabela 2). Ao analisar sobre quem deve realizar a higienização das mãos no ambiente assistencial, os resultados revelaram aumento significativo no número de acertos na pós-intervenção para a variável “paciente” ($p=0,012$) (Tabela 2).

Em relação aos materiais necessários para a “higienização das mãos” somente as

variáveis: Etanol (de 75,0% a 85,0%) ($p=0,021$), Isopropanol (de 75,0% a 85,0%) ($p=0,039$), Papel toalha (descartável) ($p=0,031$), Secador de ar quente ($p=0,021$), apresentaram aumento significativo no número de acertos no pós-intervenção (Tabela 2).

Quanto à técnica que pode ser utilizada para realizar a higienização das mãos, apenas variável “higienização das mãos com fricção com solução alcóolica de 20 a 30 segundos” apresentou aumento significativo na pós-intervenção ($p=0,001$), atingindo a saturação máxima de 23 acertos (Tabela 2).

TABELA 2: Conhecimento sobre a higienização das mãos (n=23).

“Parte 1”. Registro, SP, Brasil, 2016

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	Pré-intervenção		Pós-intervenção		Valor - p
	Verdadeiro	Falso	Verdadeiro	Falso	
Qual o propósito da higienização das mãos no ambiente assistencial?					
Prevenir infecções	22	1	23	0	1,000
Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos entre os pacientes	20	3	23	0	0,250
Prevenir a transmissão direta de microrganismos aos pacientes	19	4	21	2	0,500
Prevenir a contaminação do ambiente	13	10	20	3	0,039*
Prevenir a aquisição de infecções ocupacionais pelos profissionais da saúde	17	6	22	1	0,063
Quem deve realizar a higienização das mãos no ambiente assistencial?					
Profissionais da saúde	22	1	23	0	1,000
Familiares	17	6	21	2	0,219
Paciente	12	11	21	2	0,012
Pessoas que mantenham contato com o paciente no ambiente assistencial	22	1	23	0	1,000
Quais os materiais que posso utilizar durante a higienização das mãos?					
Etanol (de 75,0% a 85%)	9	14	17	6	0,021*
Isopropanol (de 75,0% a 85%)	3	20	10	13	0,039*
N-propanol (de 75,0% a 85%)	3	20	8	15	0,125
Combinação de etanol, isopropanol e n-propanol (de 75,0% a 85%)	2	21	8	15	0,070
Formulações alcóolicas com concentrações de álcool de 60,0% a 70% desde que testadas e em conformidade com normas vigentes	16	7	19	4	0,508
Água	23	0	21	2	0,500
Sabão líquido	22	1	23	0	1,000
Papel toalha (descartável)	17	6	23	0	0,031*
Secador de ar quente	11	12	19	4	0,021*
Quais as técnicas disponíveis para a higienização das mãos?					
Higienização das mãos com fricção com solução alcóolica de 20 a 30 segundos	12	11	23	0	0,001*
Higienização das mãos com água e sabão de 40 a 60 segundos	20	3	23	0	0,250

NOTA: *Teste de Mc Nemar (valor de p ≤ 0,05)

TABELA 3: Conhecimento sobre a higienização das mãos (n=23).
 “Parte 2”. Registro, SP, Brasil, 2016

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	Pré-intervenção		Pós-intervenção		Valor - p
	Verdadeiro	Falso	Verdadeiro	Falso	
Qual o propósito da higienização das mãos no ambiente assistencial?					
Prevenir infecções	22	1	23	0	1,000
Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos entre os pacientes	20	3	23	0	0,250
Prevenir a transmissão direta de microrganismos aos pacientes	19	4	21	2	0,500
Prevenir a contaminação do ambiente	13	10	20	3	0,039*
Prevenir a aquisição de infecções ocupacionais pelos profissionais da saúde	17	6	22	1	0,063
Quem deve realizar a higienização das mãos no ambiente assistencial?					
Profissionais da saúde	22	1	23	0	1,000
Familiares	17	6	21	2	0,219
Paciente	12	11	21	2	0,012
Pessoas que mantenham contato com o paciente no ambiente assistencial	22	1	23	0	1,000
Quais os materiais que posso utilizar durante a higienização das mãos?					
Etanol (de 75,0% a 85%)	9	14	17	6	0,021*
Isopropanol (de 75,0% a 85%)	3	20	10	13	0,039*
N-propanol (de 75,0% a 85%)	3	20	8	15	0,125
Combinação de etanol, isopropanol e n-propanol (de 75,0% a 85%)	2	21	8	15	0,070
Formulações alcóolicas com concentrações de álcool de 60,0% a 70% desde que testadas e em conformidade com normas vigentes	16	7	19	4	0,508
Água	23	0	21	2	0,500
Sabão líquido	22	1	23	0	1,000
Papel toalha (descartável)	17	6	23	0	0,031*
Secador de ar quente	11	12	19	4	0,021*
Quais as técnicas disponíveis para a higienização das mãos?					
Higienização das mãos com fricção com solução alcóolica de 20 a 30 segundos	12	11	23	0	0,001*
Higienização das mãos com água e sabão de 40 a 60 segundos	20	3	23	0	0,250

NOTA: *Teste de Mc Nemar (valor de p ≤ 0,05)

TABELA 4: Conhecimento sobre a higienização das mãos (n=23).
 “Parte 3”. Registro, SP, Brasil, 2016

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	Pré-intervenção		Pós-intervenção		Valor - p
	Verdadeiro	Falso	Verdadeiro	Falso	
Quais os cuidados que devem ser adquiridos com as mãos, com as unhas e com o uso de adornos?					
Não utilizar adornos durante a assistência clínica ao paciente	20	3	23	0	0,250
Manter as unhas com o comprimento ≤ a 0,5 cm	14	9	22	1	0,021*
Não retirar as cutículas	12	11	23	0	0,001*
Não usar unhas artificiais ou extensores quando em contato direto com os pacientes	16	7	23	0	0,016*
Realizar tratamento para as doenças ocorridas nas unhas	17	6	21	2	0,219
Não lavar as mãos com água e sabão imediatamente antes ou após realizar a higienização com solução alcoólica	6	17	19	4	0,002*
Não usar água quente para higienizar as mãos	5	18	15	8	0,002*
Após higienizar as mãos deixa-las secarem completamente antes de calçar luvas	17	6	22	1	0,063
Utilizar hidratante (emolientes) diariamente para evitar a irritação da pele	9	14	22	1	0,001*
Qual a finalidade no uso das luvas e sua relação com higienização das mãos?					
Proteger o paciente dos riscos de transmissão de microrganismos provenientes das mãos do profissional da saúde	19	4	22	1	0,375
Proteger o profissional da saúde dos riscos da aquisição de infecções provenientes do paciente	22	1	23	0	1,000
O uso de luvas não substitui a necessidade de realizar a higienização das mãos	23	0	22	1	0,625
A higienização das mãos deve ser realizada sempre antes e após a remoção das luvas	19	4	23	0	0,125

NOTA: *Teste de Mc Nemar (valor de $p \leq 0,05$)

Em relação aos momentos para a realização da higienização das mãos, os resultados revelaram aumento significativo, atingindo a saturação máxima (23 acertos) para a variável “após tocar objetos inanimados/superfícies próximas do paciente” ($p=0,031$) (Tabela 3).

Ao questionar os participantes sobre quais as vantagens nas técnicas de higienização das mãos e qual técnica escolherem, foi identificado aumento significativo no número de acertos na pós-intervenção no item solução alcoólica para a variável “utilização mais rápida e melhor tolerabilidade da pele” ($p=0,035$), e no item água e sabão para as variáveis “contaminação das mãos visível com fluidos corporais ou material protético” ($p=0,004$) e “exposição das mãos aos organismos que formam esporos (p. ex. *Bacillus* ou *Clostridium difficileanthracis*)” ($p=0,016$), (Tabela 3).

Em relação ao conhecimento sobre os cuidados com as mãos, unhas e com o uso de adornos (jóias, pulseiras, relógios, dentre outros), os resultados revelaram aumento significativo no número de acertos relacionados às variáveis: manter as unhas com o comprimento total inferior a 0,5 cm ($p=0,021$), não retirar as cutículas ($p=0,001$), não usar unhas artificiais ou extensores quando em contato direto com os pacientes ($p=0,016$), não lavar as mãos com água e sabão imediatamente antes ou após realizar a higienização com solução alcoólica ($p=0,002$), não usar água quente para higienizar as mãos ($p=0,002$) e utilizar hidratante (emolientes) diariamente para evitar a irritação da pele ($p=0,012$) (Tabela 4).

Por fim, ao avaliar os efeitos da intervenção educativa sobre o conhecimento quanto à finalidade no uso das luvas e sua relação com a higienização das mãos, não foi identificado mudanças significativas entre a

pré e pós-intervenção (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Este estudo mostra que uma intervenção educativa teórica/prática sobre a higienização das mãos aumenta estatisticamente o conhecimento de acadêmicos de enfermagem. Além disso, a estratégia metodológica utilizada representa um modelo de fácil reprodução tanto no contexto acadêmico quanto no ambiente assistencial. A implementação de práticas assistências seguras requer a participação efetiva da enfermagem e isso deve fazer parte do processo de formação profissional para que o aluno incorpore em suas ações medidas focadas na prevenção de danos.

Para que ocorra um engajamento maior dos profissionais da saúde em relação à segurança do paciente, é essencial o fortalecimento da cultura da “assistência segura” (Kohn *et al.*, 2000). Essa cultura pode ser definida como a junção de valores, competências, atitudes e comportamentos direcionados a construção de um ambiente saudável e seguro (Reis *et al.*, 2013).

Dentre as 50 alternativas de respostas distribuídas nas oito questões sobre a higienização das mãos avaliadas neste estudo, 17 alternativas apresentaram aumento significativo no número de acertos na pós-intervenção (Tabela 2, 3 e 4). Cabe destacar que o modelo estatístico adotado neste estudo permite à comparação na proporção de respostas de cada participante, neste caso a mudança no número de erros ou acertos entre a pré e pós-intervenção (Andy, 2009).

Diferentes estratégias para a divulgação de conhecimento podem ser utilizadas com foco em obter melhores resultados no processo ensino/aprendizagem, dentre as quais se destaca: palestras, oficinas, leituras,

conferências, material impresso e protocolos (Rabhe e Caliri, 2003). Contudo, para que o conhecimento seja utilizado na prática, o indivíduo deve ser “convencido” quanto à necessidade de mudanças em seus comportamentos (Graham e Logan, 2004).

Recomenda-se que programas educacionais que busquem melhorias na prática clínica sejam implementados com frequência. Além disso, devido à possibilidade de que os efeitos de intervenções educativas sejam de curta duração torna-se fundamental que esses programas sejam reavaliados regularmente (Lima *et al.*, 2013; Day *et al.*, 2001).

A promoção de um ambiente assistencial seguro gera benefícios que envolvem: a diminuição de doenças e agravos, a redução no tempo de tratamento e hospitalização, a melhora funcional e a sensação de bem-estar no paciente (Constatinou e Romamiuk, 2004; Raduenz *et al.*, 2010). Neste contexto, a enfermagem exerce um importante papel durante o planejamento de ações seguras junto à equipe multiprofissional.

Frente à problemática que envolve a segurança do paciente e, além disso, devido à baixa adesão dos profissionais da saúde na realização da higienização das mãos no contexto clínico (Yves *et al.*, 2011), estudos que visam fortalecer o conhecimento sobre os materiais, as técnicas e os momentos para higienização das mãos são fundamentais no fortalecimento da assistência segura.

A OMS disponibiliza protocolos para melhorar a compreensão e o treinamento dos profissionais da saúde sobre a higienização das mãos (World Health Organization, 2009). Entretanto, estes protocolos têm sido pouco utilizados nos currículos de graduação (Thakker e Jadhav, 2015). Além disso, pesquisas sobre o conhecimento dos estudantes de graduação relacionados à higienização das mãos são

pouco exploradas (Thakker e Jadhav, 2015; Nair *et al.*, 2014).

Em um estudo conduzido com 286 acadêmicos de enfermagem com o objetivo de avaliar a técnica de higienização das mãos descrita pelos graduandos e identificar a contribuição das instituições de ensino superior (IES) na formação sobre a higienização das mãos, os autores apontam que a abordagem realizada pelas IES não proporcionou conhecimento suficiente que resultasse na execução correta da técnica de higienização das mãos (Tipple *et al.*, 2010).

Neste contexto, reforçamos que o desenvolvimento de estudos com o uso de intervenções em saúde sobre a higienização das mãos é de extrema importância no ambiente acadêmico, pois quanto mais cedo os alunos tiverem contato com a temática “segurança do paciente” maiores serão as chances de adesão depois de formados (Thakker e Jadhav, 2015).

Os resultados deste estudo devem ser avaliados com cautela, pois envolveu uma amostragem peculiar, com tamanho reduzido, o que não reflete a realidade de outros acadêmicos de enfermagem. Sugerimos o desenvolvimento de outros estudos para que se fortaleçam as evidências em relação ao uso de intervenções educativas sobre a higienização das mãos no contexto acadêmico, com o objetivo de promover desde a formação acadêmica o conhecimento com foco na prática assistencial segura e interdisciplinar.

CONCLUSÃO

A intervenção realizada neste estudo revelou ser eficiente na melhora do conhecimento sobre a higienização das mãos em acadêmicos de enfermagem, confirmando nossa hipótese alternativa, em que promoveu aumento no número de

acertos na avaliação pós-intervenção. Acreditamos que as práticas assistenciais seguras devem ser incorporadas desde a formação acadêmica para que sejam adotadas de forma eficiente no contexto assistencial. Para tanto, é fundamental que o aluno se torne consciente sobre o seu papel enquanto futuro profissional de saúde.

REFERÊNCIAS

- Andy, F. (2009). *Descobrimo a estatística usando SPSS. 2.ª ed.* Porto Alegre: Artmed.
- Barros, L.M., Bento, J.N.C., Caetano, J.A., Moreira, R.A.N., Pereira, F.G.F., Frota, N.M. *et al.* (2012). Prevalência de micro-organismo e sensibilidade antimicrobiana de infecções hospitalares em unidade de terapia intensiva de hospital público no Brasil. *Rev Cienc Farm Básica Apl.* 33(3), 429-35.
- Bhalla, A. (2004). Acquisition of nosocomial pathogens on hands after contact with environmental surfaces near hospitalised patients. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 25(2), 164-67.
- Boyce, J.M. (2007). Environmental contamination makes an important contribution to hospital infection. *J Hosp Infect.* 65(Suppl. 2), 550-54.
- Constantinou, E. & Romaniuk, D. (2004). Client Safety. In: Potter P, Perry A, Ross-Kerr, Wood M. *Canadian Fundamentals of Nursing.* Toronto: Elsevier.
- Day, T., Wainwright, S.P. & Wilson-Barnett, J. (2001). An evaluation of a teaching intervention to improve the practice of endotracheal suctioning in intensive care units. *J ClinNurs.* 10(5), 682-96.
- Felix, C.C.P. & Miyadahira, A.M.K. (2009). Avaliação da técnica de lavagem das mãos executada por alunos do Curso de Graduação em Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 43(1), 139-45.
- Ferreira, A.M., Andrade, D., Almeida, M.T.G., Cunha, K.C. & Rigotti, M.A. (2011). Colchões do tipo caixa de ovo: um reservatório de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina? *Rev Esc Enferm USP.* 45(1), 161-66.
- Galdeano, L.E. (2007). Validação do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em relação à doença arterial coronariana e a revascularização do miocárdio [tese]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Graham, K. & Logan J. (2004). Using the Ottawa Model of Research use to implement a skin care program. *J Nurs Care Qual.* 19(1), 18-24.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M. & Donaldson, M.C. (2000). Committee on Quality of Health Care: Institute of Medicine. *To Err is Human: building a safer health system.* Washington (DC): National Academy Press.
- Lima, E.D., Fleck, C.S., Borges, J.J.V., Condessa, R.L. & Vieira, S.R.R. (2013). Efeitos de intervenção educativa na adesão às recomendações técnicas de aspiração traqueobrônquica em pacientes internados na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 25(2), 115-22.
- Luangasanatip, N., Hongsuwan, M., Limmathurotsakul, D., Lubell, Y., Lee, A.S., Harbarth, S. *et al.* (2015). Comparative efficacy of interventions to promote hand hygiene in hospital: systematic review and network meta-analysis. *BMJ.* 351:h3728.
- Martin, G.S. (2012). Sepsis, severe sepsis and septic shock: changes in incidence, pathogens and outcomes. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 10(6), 701-06.
- Mendonça, A.P., Fernandes, M.S.C., Azevedo, J.M.R., Silveira, W.C.R. & Souza, A.C.S. (2003). Lavagem das mãos: adesão dos profissionais de saúde em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Acta Scientiarum Health Scienc.* 25(2), 147-53.
- Ministério da Saúde do Brasil (Br) Agência Nacional de Vigilância Sanitária [acesso em 16 Fev. 2018]. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Recuperado em https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopacient e/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf.
- Nair, S. S., Hanumantappa, R., Hiremath, S.G., Siraj, M.A. & Raghunath, P. (2014). Knowledge, Attitude, and Practice of Hand Hygiene among Medical and Nursing Students at a Tertiary Health Care Centre in Raichur, India. *ISRN Preventive Med.* (608927): DOI:10.1155/2014/608927.
- Pittet, D., Dharans, S., Touveneau, S., Sauvan, V. & Perneger, T.V. (1999) Bacterial contamination of the hands of hospital staff during routine patient care. *Arch Intern Med.* 159(8), 821-26.
- Pittet, D., Hugonnet, S., Harbarth, S., Mourouga, P., Sauvan, V., Touveneau S. *et al.* (2000). Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Infection Control Programme.* *Lancet.* 356(9238), 1307-12.
- Rabhe, S.A.N. & Caliri, M.H.L. (2003). Úlcera de pressão: estratégias para divulgação do conhecimento na literatura de enfermagem. *Rev Paul Enferm.* 22(3), 307-14.
- Raduenz, A. C., Hoffmann, P., Radunz, V., Dal

- Sasso, G.T.M., Maliska, I.C.A. & Marck P.B. (2010) Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 18(6), 1045-54.
- Reis, C.T., Martins, M. & Laguardia, J. (2013). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 18(7), 2029-36.
 - Riccio, G.M.G.E.T., Sampaio, L.A.B.N., Faria, M.D.E.F.G., Caracciolo, L.T., Ribeiro, F.G. & Cruz, D.M.D.A. (1995). Validação de instrumento de levantamento de dados para a formulação de diagnóstico de enfermagem. *Rev. Soc. Cardiol*. 5(3), 1-16.
 - Sousa, C.M.M., Moura, M.E.B., Santos, A.M.R., Nunes, B.M.V.T. & Alves, M.S.C.F. (2009). Responsabilidade civil dos profissionais de enfermagem nos procedimentos invasivos. *Rev. Bras. Enferm*. 62(5), 717-22.
 - Thakker, V.S. & Jadhav, P.R. (2015). Knowledge of hand hygiene in undergraduate medical, dental and nursing students: A cross-sectional survey. *J Family Med Prim Care*. 4(4), 582-86.
 - Tipple, A.F.V., Sá, A.S., Mendonça, K.M., Sousa, A.C.S. & Santos, S.L.V. (2010) Técnica de higienização simples das mãos: prática entre acadêmicos de enfermagem. *Ciencia y Enfermería*. 16 (1), 49-58.
 - World Health Organization (2009). Guidelines on Hand Hygiene Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care. Geneva: World Health Organization Press. Recuperado en <http://www.who.int/gpsc/5may/tools/9789241597906/en/>.
 - Yves, L., Hugo, S., Benedetta, A., Franck, S. & Didier, P. (2011). Hand hygiene. *N Engl J Med*. 364: e2431 de DOI: 10.1056/NEJMvcm0903599.

Globalización en la postmodernidad: críticas y contribuciones para la enfermería

Globalization in postmodernity: criticism and
contributions for nursing

Globalização na pós-modernidade: críticas e
contributos para a enfermagem

Antonio Jorge Silva Correa Júnior¹; Mary Elizabeth de Santana²;
Gesiany Miranda Farias³; Edson Costa Noronha⁴

¹Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará em "Políticas de Saúde no Cuidado de Enfermagem Amazônico. Correo electrónico: juniorjorge_94@hotmail.com

²Enfermeira. Pós-doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Correo electrónico: marybete@ufpa.br

³Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará em "Políticas de Saúde no Cuidado de Enfermagem Amazônico. Correo electrónico: gesiany.farias@hotmail.com

⁴Filósofo. Professor efetivo da Universidade Federal do Pará. Correo electrónico: noronhaufpa@gmail.com

Cómo este artículo en edición digital: Correa Júnior, A. J. S., Santana, M. E., Farias, G. M. & Noronha, E. C. (2019). Globalización en la postmodernidad: críticas y contribuciones para la enfermería. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.25>

Correspondencia: Antonio Jorge Silva Correa Júnior. Universidade Federal do Pará, Faculdade de Enfermagem, Sala do Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde. Cidade Universitária Professor José da Silveira Netto no Campus Profissional III. Complexo da Saúde.- Rua Augusto Corrêa, Bairro do Guamá. CEP: 66075110 - Belém, Pará, Brasil

Correo electrónico: juniorjorge_94@hotmail.com

Recibido: 11/11/2018; Aceptado: 28/02/2019



ABSTRACT

The target of this critical reflection was the approach of globalization, consumption and identity described by Zygmunt Bauman, establishing links with work, education and formation in nursing. The results and discussion were segmented into three axes. The first contemplates how globalization is associated with labor flexibilization, merchandization of citizenship, rights and health. The second axis reflects within the postmodern itinerary the education and formation of nurses, with emphasis for the concepts of permanent education / politics and the role of the teacher. The third axis

consumes momentarily assertions, to approach the obstacles that globalized teaching lifts as "distance learning." In vain, would be to dissociate global postmodern phenomena from the conjuncture faced by the profession. It is corroborated for the establishment of a theoretical-socio-identity thinking since the nursing formation.

Keywords: Globalization, postmodernity, postmodern culture, nursing education, nursing baccalaureate, curriculum.

RESUMO

O alvo desta reflexão crítica foi a

abordagem de globalização, consumo e identidade como descritos por Zygmunt Bauman, estabelecendo nexos com trabalho, educação e formação em enfermagem. Os resultados e discussão foram segmentados em três eixos. O primeiro contempla como a globalização está associada à flexibilização do trabalho, mercantilização da cidadania, direitos e saúde. O segundo eixo reflete dentro do itinerário pós-moderno a educação e formação de enfermeiros com destaque para os conceitos de educação permanente/política e o papel do professor. O terceiro eixo consoma momentaneamente as assertivas, ao abordar os obstáculos que o ensino globalizado ergue como a “formação à distância”. Debalde seria dissociar fenômenos globais pós-modernos da conjuntura enfrentada pela profissão. Corroborar-se para o estabelecimento de um pensamento teórico-sócio-identitário desde a formação de enfermagem.

Palavras-chave: Globalização, pós-modernidade, cultura pós-moderna, educação em enfermagem, bacharelado em enfermagem, currículo.

RESUMEN

El objetivo de esta reflexión crítica fue el enfoque de globalización, consumo e identidad, como descripto por Zygmunt Bauman, estableciendo nexos con el trabajo, educación y formación en enfermería. Los resultados y la discusión se segmentaron en tres ejes. El primero contempla cómo la globalización está asociada a la flexibilización del trabajo, la mercantilización de la ciudadanía, los derechos y la salud. El segundo eje refleja dentro del itinerario posmoderno la educación y formación de enfermeros con destaque para los conceptos de educación permanente/política y el papel del profesor. El tercer eje consoma momentáneamente las

assertivas, al abordar los obstáculos que la enseñanza globalizada alza como la "formación a distancia". En vano, sería dissociar fenómenos globales posmodernos de la coyuntura enfrentada por la profesión. Se corrobora para el establecimiento de un pensamiento teórico-socio-identitario desde la formación de enfermería.

Palabras clave: Globalización, posmodernidad, cultura postmoderna, educación en enfermería, bachillerato en enfermería, currículo.

INTRODUÇÃO

O primeiro dos modelos de formação e de configuração identitária de enfermagem foi estritamente moralizante e disciplinante, repartindo as atribuições intelectuais para *ladies* nascidas em melhores camadas sociais e manuais para as menos privilegiadas, as *nurses*, culminando na enfermeira introduzida em um modelo de eficiência burguês hospitalar. Teórico-administrativamente o modelo de Taylor e Fayol também serviu para organizar nos ditos capitalistas de produtividade, ainda que na realidade brasileira o “saber e o fazer” bifurquem o trabalho (Geovanini *et al.*, 2002).

No Brasil, o ensino serve-se consideravelmente das bases teóricas da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta e no autocuidado de Dorothea E. Orem, conduzindo assim a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como construção científica e reflexiva privativa do enfermeiro (Oliveira *et al.*, 2016). As questões sociais e seus aprofundamentos e reflexos na formação são relativamente novas, a se considerar os currículos desde a fundação das primeiras escolas de enfermagem como hospitalocêntricos e centrados na cura (Ito *et*

al., 2006).

Atemo-nos ao paradigma cultural pós-moderno, que converte a população em clientela de um sistema indeterminado e com poucos compromissos duradouros, onde o Eu pós-moderno apaga, reescreve e sobrescreve sua identidade e a solidez dos vínculos humanos e conhecimentos dá lugar à paixão pelo descarte. Economicamente e politicamente o mundo experimenta forças díspares e irrefreáveis, pois a soberania econômica, cultural e militar foi abrandada e o cenário mundial povoado por atores que esfacelam do estado-nação poderoso politicamente. A liberdade das finanças, comércio e indústria dependem da extraterritorialidade do capital e da fragmentação. Contrariamente as sociedades passadas a sociedade pós-moderna não precisa de aglomerados de mão de obra, na verdade para continuar crescente e operante necessita de consumidores (Bauman, 1999; Bauman, 2010).

Dado este panorama turbulento, corrobora-se que o definhamento das nações-estados é uma constante que colapsa as relações de poder (Bauman, 1999). Destarte, a enfermagem como ciência moderna frequentemente está coadunada as políticas centrais e imersa com anuência em um mercado de trabalho precário em remuneração e perspectivas além de afetada por políticas hegemônicas (Ito *et al.*, 2006). Nesse sentido, objetiva-se abordar globalização, consumo e identidade (fenômenos descritos no pensamento baumaniano), estabelecendo nexos com trabalho, educação e formação em enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de reflexão de teor crítico, predominantemente sobre duas das obras do

sociólogo Zygmunt Bauman e suas teorias que versam sobre a crítica a pós-modernidade e ao capitalismo: “Globalização: As Consequências Humanas” (ano de 1999) e “Capitalismo Parasitário” (ano de 2010). Zygmunt Bauman (1925-2017) foi um sociólogo e filósofo polonês reconhecido mundialmente, a alcunha de teórico ou pai da pós-modernidade deve-se a sua extensa reflexão sobre o esgotamento e efemeridade dos vínculos, economia e política, marcando sua postura pessimista e crítica em relação ao capitalismo (Santos, 2014).

Obteve-se a miscelânea a partir de leituras e da técnica do fichamento. Seguidas discussões focalizaram a enfermagem, educação, formação, mercantilização e configuração de identidades com: Globalização, Identidade pós-moderna e Consumo; exigindo um raciocínio indutivo a fim de associar as observações de forma oportuna.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A globalização no contexto político e econômico pós-moderno

Globalização é um conceito moderno que entrecruza o painel mundial com um significado indeterminado, deveras associado ao dinamismo e descentralização de assuntos globais e antagonizando o conceito de universalização, cuja pretensão era expandir o bem-estar e as oportunidades de vida. Os empreendimentos globais derrubaram os intentos do último, inaugurando Estados frágeis nas obrigações sociais e a noção de que não é apenas o mundo que está globalizado, os sujeitos também o estão (Bauman, 1999).

Porém, pondera-se que as metas que intervêm nos determinantes sociais de saúde são princípios universalizantes como:

educação de qualidade, acabar com a fome, reduzir a desigualdade e a pobreza, alcançar a segurança alimentar e nutricional, promover a agricultura, produção e consumo sustentáveis. Em tal caso, há de se pensar em como os ditames globais que engendram cada vez mais desigualdade pretendem de alguma forma fazer o inverso: gerar boas condições de vida e saúde (Labonté, 2016).

Nesta sequência, a pobreza dentro ou fora das grandes cidades é retratada pela mídia por meio de monstruosas imagens de fome, porém a destruição de postos de trabalho nunca é mencionada. Sem o elo causal da mídia parece que os pobres são os responsáveis por suas péssimas condições e a pobreza torna-se a mera falta de alimento, nunca a falta de saúde ou vida digna (Bauman, 1999).

Inter-relacionando estas asseverações, destaca-se a mercantilização da saúde e a dissolução do bem-estar social e da cidadania nas nações capitalistas, onde o estado mínimo e o livre mercado neoliberal acabam por afetar a saúde assegurada pela Constituição de 1988, os indícios são as privatizações e a medicalização sistêmica (Santos, 2013). A única tarefa estatal é a de equilibrar as contas públicas: a economia desune-se da política, a classe dos representantes democraticamente eleitos passa ser cada vez mais supérflua e as megaempresas passam a enxergar o Estado apenas como um coadjuvante, o único poder restante (o repressor) é usado contra os trabalhadores, para deleite dos investidores que fragmentam e escasseiam os empregos. Fundamentam-se os medos vigentes no desemprego, que invariavelmente desloca para os trabalhadores a parte insalubre da globalização. Os ambientes de trabalho são coordenados pelos patrões com o mínimo de energia ou tempo, tudo foi substituído pela

exigência de um comportamento ortodoxo dos funcionários, caso contrário, há um contingente de mão de obra esperando pela ocupação do mesmo posto. A autodisciplina é o predicado para a ascensão e as cobiçadas competências técnicas ou da rotina trivializaram-se; as ideias incomuns, inovadoras e a capacidade inventiva são os predicados ambicionados (Bauman, 1999; Bauman, 2010).

Nota-se que consumir serviços e mercadorias, dentro do contexto social brasileiro define a identidade pessoal e a cidadania quando se refere a direitos e deveres, os desníveis de acesso escalonam as pessoas e o direito de consumir contrapõe direitos sociais (Caron *et al.*, 2015). Nesta era o juízo das coisas fugindo ao controle adquiriu precedentes na globalização, pela falta de um centro regulatório e na autopropulsão dos assuntos globais ao bel prazer de gigantes financeiros. Na flexibilização que tornou os postos de trabalho variáveis economicamente desprovidas de teor social, cujos investidores desvalorizam certos de que a mão de obra sempre será abundante (Bauman, 1999).

Simplificadamente, o diferencial de ênfase é o que marcou a passagem para a sociedade pós-moderna: a antiga era centrada no viver para trabalhar, a atual centrada no consumir para viver (Bauman, 1999). Advém daí os debates da mercantilização da própria cidadania, onde direitos são mercadorias ou alvos de trocas estratégicas (Santos, 2013).

Disparidades observadas na saúde exigem a cercania da compreensão destes fatores históricos, políticos, econômicos e sociais para propiciar intervenções incidentes no status socioeconômico e estilo de vida. Além do mais, os determinantes da saúde são examinados no desenvolvimento de políticas de saúde (Cai *et al.*, 2017). Planos de

cuidados precisam do enfoque holístico e informações sociais e, infelizmente, existe uma grande lacuna na literatura para enunciar melhores formas desta incorporação (Sullivan *et al.*, 2017).

Outra via de influência da globalização na saúde é a insegurança no trabalho, situação insalubre de habitação e aluguel, níveis mais baixos de renda familiar, subemprego, benefícios inadequados de assistência social e aumento dos custos de vida (Labonté *et al.*, 2015). Uma vez que os políticos conservadores neoliberais perceberam que suas políticas estupefacientes beneficiavam as elites econômicas das quais faziam parte, a dubiedade sobre como o capitalismo pode apoiar a equidade humana e a sustentabilidade, permanecem expostas como um grande mistério (Labonté, 2016).

No âmbito brasileiro o Sistema Único de Saúde é a entidade capaz de ligar a sociedade à esfera da prevenção, cura, tratamento e reabilitação. Nele os mecanismos de participação facultam o engajamento democrático aproximando o povo do Estado (Santos, 2013). Posto isto, se conclamam os enfermeiros em suas responsabilidades sociais na restauração ou busca pela saúde dos usuários, não privilegiando apenas a técnica e sim, compreendendo o ofício como arte na valorização dos programas de saúde (Carvalho, 2011).

Formação e educação diante da mercantilização: apontamentos para a enfermagem

Por intermédio de associações como a Associação Brasileira de Enfermagem o ideal identitário foi ganhando forma no país, com as políticas de educação e diretrizes curriculares permeando os cursos de graduação (Fonseca, 2017). A prática embasada em evidências cresce dentro dos

currículos através de diretrizes conciliando experimentação e exame crítico, respaldando cuidados mediante evidências pesquisadas e revisadas que sejam revertidas em prol de tecnologias de ensino, pesquisa ou assistenciais (Mackey & Bassendowski, 2017).

Os pilares que guiam a educação podem ser binários (simplicadamente), tanto como meios de massificar e retirar o foco crítico ou meios eficazes de fazer sujeitos assumirem a cidadania (Coelho & Miranda, 2015). Existe a clara responsabilidade das instituições superiores em transfigurar seus métodos de ensino e aprendizagem em meios de revolucionar a realidade social. Ou seja, a responsabilidade da educação superior em enfermagem no Brasil sempre se correlacionou com o contexto político-social da saúde, habilitando profissionais para a práxis crítica e ajustada aos desígnios contemporâneos (Ito *et al.*, 2006).

Entretanto, as visões fundamentadas em Bauman dão conta que o esquecimento é o parâmetro que dá fluidez ao imediatismo despojado da apreensão de habilidades e fundamentos, pois a cultura vigente é do esquecimento e não da aprendizagem (Bauman, 1999). Transformações sucessivas, instantâneas e voláteis, fazem do homem contemporâneo um baluarte de conhecimentos que em breve serão descartáveis, em uma “economia líquida” que ostenta alto potencial de sedução oriundo do excesso de ofertas, simultaneamente ao rápido potencial de dissipação dos produtos (Bauman, 2010).

Para analisar este paradigma é cabível pensar se os desígnios e vicissitudes do mercado de trabalho, substancialmente hospitalocêntrico, possibilitam que as instituições condigam com um ensino de enfermagem formador (ou potencialmente) de profissionais holísticos, críticos, líderes,

comunicativos e educadores permanentes (Ito *et al.*, 2006).

Algumas das teorias sobre a escola parecem dar conta de que o caráter emancipatório da educação é utópico devido à exploração e ao escalonamento que as instituições de ensino depreendem (Coelho & Miranda, 2015). Mudar isto é conjecturar uma educação emancipatória, dando vazão a linhas de raciocínio prioritizadoras de debates sociais. Sabe-se que a negociação do trabalho de enfermagem com os grandes hospitais tira do profissional o real valor de seus empreendimentos, logo a continuidade dos cuidados e a força subdividida do trabalho é negociada sem a participação da classe (Brasileiro & Ribeiro, 2009).

Destarte, no mundo do labor os oprimidos e opressores coexistem e a luta da enfermagem é a luta pela emancipação feminina da submissão ao machismo e ao sistema (Brasileiro & Ribeiro, 2009). Antes, Florence já escudava a essência dos cuidados em uma autoridade cultivada entre mulheres, em um círculo laboral estritamente feminino, de modo a salvaguardar as enfermeiras do patriarcalismo da medicina (Castro-Molina, 2016).

Na dinâmica da globalização a enfermagem como legitimada por Madeleine Leininger, é facejada por inúmeros comportamentos e códigos inexplorados. Contudo, a percepção de mundo conferida pela academia tem por obrigação defender uma postura transcultural de humildade e não de julgamentos cientificistas (Rosa, 2017). Conservar uma relação empática é um dos cerne da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, as informações proferidas pelos usuários devem ser escutadas por um profissional holístico e não apenas afigurado

como um executor de procedimentos técnicos (Saviato & Leão, 2016).

Outrossim, uma educação permanente deve ser discutida em vistas de outras racionalidades, não abandonando totalmente o modo tradicional, mas sim adicioná-lo a um contexto mais abrangente e contemporâneo (Koerich & Erdmann, 2016). A congruência existente entre educação permanente e educação continuada é a busca perdurável por novos saberes, novas técnicas e valores (políticos e sociais) (Sousa *et al.*, 2015).

A educação permanente assimila-se ao cotidiano e suas significações muitas vezes confundem-se com educação continuada (Sousa *et al.*, 2015; Koerich & Erdmann, 2016). Confundir os conceitos denota a predisposição do enfermeiro em encarar como atividades pedagógicas quaisquer atualizações, pois extensivamente a educação permanente alicerça-se sobre situações cotidianas (Sousa *et al.*, 2015). Acercar-se permite compreender e contextualizar a prática, tratando-a como uma troca de saberes dialógica, política, gerencial e comunicativa, projetadas nos cuidados (Koerich & Erdmann, 2016). Bauman (2010) crê que a obsessão pela educação permanente se deva ao binômio da constante atualização da informação e da crença, irônica, de que a personalidade é uma fonte inesgotável.

Sabe-se que a pedagogia tradicional é usada em demasia pelos docentes, porém mais contemporaneamente, metodologias críticas passam a estabelecer a interface sociocultural partindo dos aspectos subjetivos dos homens (Coelho & Miranda, 2015). Outrora o professor conduz estudantes nos campos de prática, contribuindo para o afloramento da comunicação e expressão dos discentes (Oliveira & Braga, 2016).

Dada a importância do professor e os conflitos decorrentes das possibilidades de reforma da pedagogia na globalização, acentuam-se aqui que parte dos desafios nas relações professor-aluno são análogos à incompreensão. A “desconfiança intergeracional” é o choque entre gerações, a incredulidade dos tradicionalistas vai de encontro à vontade dos jovens de mudarem o mundo. Geralmente uns estão presos aos padrões imutáveis de normalidade e conservação, enquanto os outros se sentem impelidos à moção de reformar (Bauman, 2010).

Impasses do ensino globalizado: especial caso da “formação à distância”

A essência identitária da profissão encontra-se historicamente ligada ao fazer feminino invisível, no reestabelecimento das competências físicas e psicológicas para o autocuidado melhorado ou na adaptação dos pacientes. Delimitar tal identidade no Brasil foi um esforço de enfermeiras pioneiras, ao idearem a Associação Brasileira de Enfermagem (tripé social) e a primeira revista de publicações científicas (tripé teórico) (Oguisio & Freitas, 2016).

Tracejam-se padrões assistenciais holísticos com o primor pelos dotes técnicos e relacionais, o prosseguimento dos estudos em programas de pós-graduação e métodos de ensino novos (Saviato & Leão, 2016). Sem embargo, mais inovações serão possíveis por intermédio de mais pesquisas e reflexões aspirando à emancipação da mulher e da saúde brasileira (Brasileiro & Ribeiro, 2009). Para abordar o foco educacional, duas questões geradoras de impasses na formação devem sofrer rápida arguição: 1) os conceitos de prática e teoria comumente separados e 2) ensino *versus* consumo.

Primeiramente, pensa-se na abordagem conceitual de teoria contida nos currículos e

na prática e práxis. A prática mecanicista em uma análise didática ilustra-se enquanto ações não totalmente conscientes – da totalidade da qual participam, perfazendo uma trajetória sem avaliações e teorizações, não permitindo a expansão para a práxis perfeitamente contextualizada. A teoria quando focalizada separadamente da prática, dissimula os aspectos pragmáticos, ou seja, incide na contemplação, idealização e abstracionismo (Pereira, 2003).

Balizar a criticidade na superação desta díade é dar vazão a contrapontos desta visão enraizada no seio profissional, na qual a assistência tem maior congruência com a prática e a teorização maior afinidade com a pesquisa e docência, quando na verdade a práxis está contida em ambas. Porém, não é exclusivamente deste antigo impasse educacional que a profissão está absorta, o compromisso político ou a falta dele é outro empecilho.

A formação de enfermeiros vem mudando perante o vislumbre das ferramentas digitais e multimídia, aguçando o convívio e a dialogia, principalmente entre os pesquisadores. Conquanto, a enfermagem nacional defronta-se com obstáculos para seus intentos organizacionais e políticos, de valorização da vida, saúde e coletividade. Estes obstáculos são o individualismo e antagonização dentro da própria classe (Fonseca, 2017).

Precedentemente, evidenciaram-se transformações sociais ligadas à avidez por buscar, fortuitamente não encontrar e consumir para manter o *status quo*: o consumidor como o homem em movimento (Bauman, 1999). Não obstante, se começa a validar a afirmação que indivíduo pós-moderno é consumidor do ensino; argumentam-se entraves educacionais na globalização: o convencimento de que a educação é um bem vital em virtude das

facilidades do mundo, à proporção que a aleatoriedade das transformações vividas embotam as possibilidades de representar fidedignamente a realidade, na qual o saber existente sempre será questionado e (re)atualizado. Outra é que os discentes pós-modernos cobram a aquisição de um “conhecimento operativo” sem espaço para extensivas teorizações, procuram consultores e *coachings* para ensinar a caminhar facilmente pela academia apontando onde residem informações certas e quais carecem de maior atenção. A crise questiona os constituintes da educação, sua missão e seus resultados na melhoria do mundo, geralmente são os jovens que assumem este protagonismo argumentativo (Bauman, 2010).

Manter-se instigado perduravelmente é desafiador quando a moda do consumo leva sujeitos a serem impacientes e sempre seduzidos por tentações (Bauman, 1999). Um nítido exemplo das tentações do “ensino globalizado” é o ensino de enfermagem à distância (EaD). Fez-se necessário projeto de lei apoiado em parecer do Conselho Federal de Enfermagem, para opor-se e sinalizar o obviamente claro: os cursos de EaD não abarcam a realidade da profissão do cuidar humano (Projeto de Lei 2891, 2015), não como preconizado pela empatia de Jean Watson tampouco pela transculturalidade de Madeleine Leininger.

Como a moda da formação EaD colabora com o consumismo pós-moderno?

Enxerga-se na internet a capacidade interativa e a possibilidade de apagar, reescrever e sobrescrever as identidades, desta reidentificação advém a descartabilidade e o gozo do consumismo. O compromisso social das universidades deve ser suscitado diante:

No turbilhão de mudanças, é muito mais atraente o conhecimento criado para usar e jogar fora, o conhecimento pronto para utilização e eliminação instantâneas, o tipo de conhecimento prometido pelos programas de computador que entram e saem das prateleiras [...] (Bauman, 2010, p. 42).

Segundo o autor o conceito de educação passou a ser vacilante em meio às armadilhas do esquecimento, e o aprendizado está fadado a perseguir ideais móveis que tão logo são aprendidos pelo aluno, dissipam-se (Bauman, 2010). Aqui não se fala na eficácia das ferramentas digitais ou semipresenciais no ensino de enfermagem, mas sim de como a educação torna-se um produto cooptado, rechaçando a educação institucional (Bauman, 1999), através da redução do tempo e da alta oferta de cursos EaD.

Por outro lado, a mídia permeia os espaços assessorando o consumo, e a televisão é o meio de comunicação que dita o modelo de saúde. Aparentemente o hospital é o único recinto onde existem equipamentos e trabalhadores capazes de frear doenças e a morte, o mote disto é um “hospitalocentrismo” estimulado pelo ideal consumista (Caron *et al.*, 2015).

Interpelar pelo comprometimento político é um meio verossímil para a luta, mesmo assim, a participação em movimentos sociais é irrisória e as pautas políticas são relegadas ao segundo plano em congressos. O expediente da enfermagem é árduo, finda por não permitir que a totalidade de enfermeiros empenhem-se em pesquisas e na revolução (Brasileiro & Ribeiro, 2009). O apoio institucional comedido ergue barreiras inclusive para o empenho na educação permanente (Koerich & Erdmann, 2016).

Heuristicamente, o tripé político é necessário para a efetivação destes anseios,

apesar disto sabe-se que apenas um número mitigado de enfermeiros usufrui de cargos políticos (Brasileiro & Ribeiro, 2009). Chegar neste patamar tão caótico e fluido é assustador. Confrontar-se com a sensação de que a totalidade dos *logos* construídos e apreendidos até hoje acumularam-se, produzindo uma sociedade pouco ortodoxa, sem ideais de pertinência e determinantes de valor humano. A ameaça à autoconfiança vem do fato de admirar esta massa de informações e crer que nela estão decifrados os problemas sociais (Bauman, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUTOS PARA ENFERMAGEM

Nesta reflexão avaliamos que a globalização ou globalizar-se são fenômenos mundiais que inegavelmente vociferam a formulação de um currículo político, amiúde, o docente dispõe de um papel primordial: fomentar novas epistemologias através teorias de enfermagem que dão substratos valiosos – por guarnecerem a educação humanisticamente, e encarar a da educação permanente como composição de formação política e não apenas capacitação e reciclagem técnica. É indiscutível o novo papel do docente de enfermagem como catalisador de conhecimentos e atualidades, moderador e instigador político.

Em suma, acredita-se desde a gênese desta reflexão que o maior contributo para formação e educação ante a globalização e o consumismo na pós-modernidade é a fixação do **pensamento teórico-sócio-identitário** da enfermagem, desde a formação acadêmica. Teórico enquanto alia-se aos pressupostos teóricos e práticos (práxis) e valoriza o mundo dos saberes; Social ao valorizar a história da profissão e comprometer-se com os ideais

juramentados à população (universalidade, equidade e integralidade) e Identitário por se relacionar dinamicamente com os membros da profissão em um fazer conjunto pela construção de espaços de valorização do enfermeiro.

REFERÊNCIAS

- Bauman, Z. (1999). *Globalização: as consequências humanas*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Bauman, Z. (2010). *Capitalismo parasitário: e outros temas contemporâneos*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Brasileiro, M. S. E., Ribeiro, Z. F. (2009). Mulher, Enfermagem, Saúde e Religião: reflexões sobre a luta pela emancipação. *Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição* [serial on-line], 1(1), 1-16.
- Cai, J., Coyte, P. C. & Zhao, H. (2017). Determinants of and socio-economic disparities in self-rated health in China. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 7.
- Caron, E., Lefèvre, F. & Lefèvre, A. M. C. (2015). In the final analysis, are we a consumer society or not? Implications for health. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 145-153.
- Carvalho, V. D. (2011). Ethics and values in health care practice: philosophical, educational, and political considerations. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(SPE2), 1797-1802.
- Castro-Molina, F.J. (2016). La enfermera victoriana: género e imperio. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 20(46).
- Coelho, M. D. M. F. & Miranda, K. C. L. (2015). Educação para emancipação dos sujeitos: reflexões sobre a prática educativa de enfermeiros. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 5(2), 1714-1721.
- Fonseca, R. M. G. S. (2017). Enfrentando desafios em tempos de adversidades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(1), 1-2.
- Geovanini, T., Dornelles, S., Moreira, A., Machado, W. C. A. (2002). A Enfermagem Moderna. Em *História da Enfermagem: versões e interpretações* (pp. 291-299). Rio de Janeiro: Revinter.
- Ito, E. E., Peres, A. M., Takahashi, R. T. & Leite, M. M. J. (2006). O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(4), 570-575.
- Koerich, C. & Erdmann, A. L. (2016). Significados atribuídos pela equipe de enfermagem sobre educação permanente em uma instituição

- cardiovascular. *Northeast Network Nursing Journal*, 17(1), 93-102.
- Labonté, R. (2016). Health promotion in an age of normative equity and rampant inequality. *International Journal of Health Policy and Management*, 5(12), 675.
 - Labonté, R., Cobbett, E., Orsini, M., Spitzer, D., Schrecker, T. & Ruckert, A. (2015). Globalization and the health of Canadians: 'Having a job is the most important thing'. *Globalization and health*, 11(1), 19.
 - Mackey, A. & Bassendowski, S. (2017). *The History of Evidence-Based Practice in Nursing Education and Practice*. *Journal of Professional Nursing*, 33(1), 51-55.
 - Oguisso, T. & de Freitas, G. F. (2016). Cuidado-essência da identidade profissional de Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(2), 188-189.
 - Oliveira, K. R. E. D. & Braga, E. M. (2016). The development of communication skills and the teacher's performance in the nursing student's perspective. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(SPE), 32-38.
 - Oliveira, R. S., da Cruz Almeida, E., de Azevedo, N. M., de Almeida, M. A. P. & de Oliveira, J. G. C. (2016). Reflexões sobre as bases científicas e fundamentação legal para aplicação da Sistematização do Cuidado de Enfermagem. *Revista Uniabeu*, 8(20), 350-362.
 - Pereira, O. (2003). *O que é teoria*. São Paulo: Brasiliense.
 - Projeto de Lei 2891 de 2015. Altera a Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem, para nela incluir a obrigatoriedade de formação exclusivamente em cursos presenciais para os profissionais da área. Recuperado de http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1381160&filename=PL+2891/2015.
 - Rosa, W. (2017). Immersing in Context: A Requisite for Socially Responsible Transcultural Nursing. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(2), 117-118.
 - Santos, D. M. B. (2014). ZYGMUNT BAUMAN: Vida, obra e influências autorais. *Cadernos Zygmunt Bauman*, 4(8), 83-113.
 - Santos, P. L. P. (2013). Mercantilização da saúde e cidadania perdida: o papel do sus na reafirmação da saúde como direito social. *Revista da UNIFEPE*, 1(11).
 - Saviato, R. M. & Leão, E. R. (2016). Nursing assistance and Jean Watson: a reflection on empathy. *Escola Anna Nery*, 20(1), 198-202.
 - Sousa, M. D. S. T., Brandão, I. R. & Parente, J. R. F. (2015). A percepção dos enfermeiros sobre Educação Permanente em Saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família de Sobral (CE). *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, 3(1). Recuperado de <http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/260/155>.
 - Sullivan, S. S., Mistretta, F., Casucci, S. & Hewner, S. (2017). Integrating social context into comprehensive shared care plans: A scoping review. *Nursing Outlook*, 1-10.

Etnografía de la comunicación en la educación en enfermería: perspectiva metodológica

Ethnography of communication in nursing education: methodological perspective

Etnografia da comunicação na educação em enfermagem: perspectiva metodológica

José Luis Medina Moya¹, Luz Nelly Rivera Álvarez², Jennifer Rojas Reyes³

¹PhD en Ciencias de la Educación, Enfermero, Pedagogo. Profesor titular. Universidad de Barcelona, Facultad de Pedagogía. Barcelona, España. Correo electrónico:jlmedina@ub.edu

²PhD en Educación y Sociedad, Mg en Enfermería, Enfermera. Profesora asociada. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: lnriveraa@unal.edu.co

³Candidata a PhD en Enfermería, Mg en Enfermería, Enfermera. Financiada por la Convocatoria 727 de 2015 de Colciencias para Doctorados nacionales. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: jrojasre@unal.edu.co

Cómo citar este artículo en edición digital: Medina Moya, J.L., Rivera Álvarez, L.N. & Rojas Reyes, J. (2019). Etnografía de la comunicación en la educación en enfermería: perspectiva metodológica. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.26>

Correspondencia: Avenida Carrera 30 No. 45-03 Ciudad Universitaria Edificio 228, Piso 3 Of. 306. Bogotá, Colombia

Correo electrónico: jrojasre@unal.edu.co

Recibido: 13/12/2018; Aceptado: 14/01/2019



ABSTRACT

This review article and theoretical analysis is derived from multicentric research "Disciplinary knowledge, pedagogical knowledge and situated learning: genesis and mutual influences on university education", developed with Faculties of Health Sciences and Education in Universities of Spain, Brazil, Colombia and Chile. It aims to deepen the epistemological, theoretical and methodological perspective of the study as an innovative route in qualitative research, therefore, the epistemological foundations of Symbolic Interactionism are presented, which is based on the understanding of society through

communication and allows to give meaning to human processes, such as the dialogical processes between teachers and students, analyzing the repercussions that it has on their learning. The theoretical perspective of the Ethnography of Communication that focuses on the analysis of the sociolinguistic patterns with which people interact, being a priority to know the meaning of verbal and non-verbal communication in this situation; and the microethnographic methodological perspective that achieves an understanding of the verbal and social interactions between teachers and students, through non-participant observations and "Think aloud" interviews.

Keywords: Interdisciplinary research, education in nursing, ethnography of communication, qualitative research, symbolic interactionism.

RESUMO

Este artigo de revisão e análise teórica é derivado da pesquisa multicêntrica "conhecimento disciplinar, conhecimento e aprendizagem pedagógica implantada: gênese e influências mútuas das universidades", desenvolvidos com facultades de Ciências da Saúde e Educação em universidades em Espanha, Brasil, Colômbia e o Chile. Visa aprofundar a perspectiva epistemológica, teórica e metodológica do estudo como um caminho inovador na pesquisa qualitativa, portanto, são apresentados os fundamentos epistemológicos do Interacionismo Simbólico, que se baseia na compreensão da sociedade através da comunicação e permite dar sentido aos processos humanos, como os processos dialógicos entre professores e alunos, analisando as repercussões que tem sobre sua aprendizagem. A perspectiva teórica da Etnografia da Comunicação que foca a análise dos padrões sócio-lingüísticos com os quais as pessoas interagem, sendo uma prioridade conhecer o significado da comunicação verbal e não-verbal nessa situação; e a perspectiva metodológica microetnográfica que alcança uma compreensão das interações verbais e sociais entre professores e alunos, através de observações não-participantes e Pense em voz alta em entrevistas.

Palavras-chave: Pesquisa interdisciplinar, educação em enfermagem, etnografia da comunicação, pesquisa qualitativa, interacionismo simbólico.

RESUMEN

Este artículo de revisión y análisis teórico

se deriva de la investigación multicéntrica "Saber es disciplinar, saberes pedagógicos y aprendizaje situado: génesis e influencias mutuas en la enseñanza universitaria", desarrollada con facultades de Ciencias de la Salud y de la Educación en Universidades de España, Brasil, Colombia y Chile. Pretende profundizar la perspectiva epistemológica, teórica y metodológica del estudio como una ruta innovadora en la investigación cualitativa, por tanto, se presentan los fundamentos epistemológicos del Interaccionismo Simbólico, que se basa en la comprensión de la sociedad a través de la comunicación y permite dar significado a procesos humanos, como los procesos dialógicos entre profesores y estudiantes, analizando las repercusiones que tiene en su aprendizaje. La perspectiva teórica de la Etnografía de la Comunicación que se centra en el análisis de los patrones sociolingüísticos con los que interactúan las personas, siendo prioritario conocer el significado que posee la comunicación verbal y no verbal en esta situación; y la perspectiva metodológica microetnográfica que logra una comprensión de las interacciones verbales y sociales entre profesores y estudiantes, por medio de observaciones no participantes y entrevistas "Think aloud".

Palabras clave: Investigación interdisciplinaria, educación en enfermería, etnografía de la comunicación, investigación cualitativa, interacionismo simbólico.

INTRODUCCIÓN

La evolución de la investigación en enfermería, ha abierto las puertas a diversos métodos de indagación y también a la expansión hacia otras temáticas que abordan aspectos interdisciplinares, los

cuales le han permitido conocer las necesidades en cada uno de sus roles (Arias y Gaviria, 2014). Es así como la investigación en educación aporta elementos que permiten el entendimiento de los procesos de pedagógicos en enfermería, basándose en conceptos y teorías de ambas disciplinas. Pretender conocer y comprender las características de la cultura educativa en enfermería, implica dar un avance en la investigación interdisciplinaria con métodos innovadores.

Una perspectiva investigativa compartida entre la educación y la enfermería frente a aspectos culturales en la formación es la etnografía. Ésta hace parte del abordaje cualitativo y se ha orientado al estudio de las costumbres y tradiciones de las comunidades, hace la descripción e interpretación del comportamiento cultural en el que se puede contemplar un grupo humano en particular, en situaciones igualmente particulares (Moncada y Pinilla, 2006). De allí que la etnografía haya tomado diferentes caminos de acuerdo a los contextos y necesidades investigativas como la etno-enfermería, la etnografía de la comunicación, la etnografía de la educación, la etnografía de procesos, entre otras.

En este caso, se expondrá el uso de la etnografía de la comunicación en los procesos de enseñanza y aprendizaje en enfermería, contribuyendo al descubrimiento de las complejidades que encierran los fenómenos educativos en una ciencia como enfermería (Polifroni, 2011), la cual tiene un alto contenido de responsabilidad social por el cuidado de las personas. La enseñanza y aprendizaje de esta disciplina implica un adecuado conocimiento didáctico del contenido del docente, además de estrategias prácticas que lleven al estudiante a comprender la importancia del conocimiento que va a

adquirir, contribuyendo al descubrimiento de las complejidades comunicativas que encierran los fenómenos educativos en enfermería (Shulman, 1987; Medina y Jarauta, 2013).

Basados en el desarrollo del proyecto multicéntrico “Saberes disciplinares, saberes pedagógicos y aprendizaje situado: génesis e influencias mutuas en la enseñanza universitaria”, el cual propone entender las interacciones entre los saberes disciplinares y pedagógicos del docente y los aprendizajes de los estudiantes de enfermería en las aulas. Explicitando esto, se sabe que las respuestas que los profesores ofrecen a las contribuciones de los estudiantes durante sus interacciones en el aula suponen un proceso complejo (Medina, Rivera y Carrillo, 2015), que desde el punto de vista sociolingüístico, acontece porque el docente identifica en las contribuciones de los estudiantes marcadores de reconocimiento y a partir de ellos interpreta, organiza y elabora la respuesta que emitirá.

Por lo anterior, se hace relevante describir y analizar teóricamente el diseño metodológico que se sigue en esta investigación y que se presenta como alternativa a otras rutas comunes en el abordaje cualitativo, explorando la etnografía de la comunicación en un ambiente educativo pero disciplinariamente determinado. Se expone la base epistemológica, teórica y metodológica que concuerdan con el estudio en mención.

PERSPECTIVA EPISTEMOLÓGICA

Los fundamentos filosóficos y/o epistemológicos dan la base para orientar la perspectiva en la que se enfocan los objetivos de investigación y sus resultados. La forma en que se obtiene o construye el conocimiento es el punto que permite

diferenciar los caminos para llegar a conocer un fenómeno y éste conduce a un método de indagación específico.

En este caso, la base epistemológica del proyecto multicéntrico es el *Interaccionismo simbólico* justificado en la naturaleza social, simbólica y no lineal del objeto de estudio. Esta es una corriente del pensamiento que se basa en la comprensión de la sociedad a través de la comunicación, situado en el paradigma de la transmisión de la información: emisor-mensaje-receptor, donde se considera a la comunicación como un hecho instrumental (Blummer, 1969).

Podría parecer confuso que la base epistemológica de la etnografía de la comunicación sea el interaccionismo simbólico, en especial porque la etnografía tiene su origen en la antropología y el interaccionismo surge desde la sociología, sin embargo, es así, a razón de que las vertientes etnográficas que surgieron respondieron a lo cultural y contextual pero no a la interpretación simbólica. Tal es el caso de este diseño de investigación, que centra su análisis en cuestiones sociolingüísticas obligando a interpretar los símbolos que de la interacción se generan, y es allí donde juega un papel muy importante los principios del interaccionismo como la forma de construir conocimiento.

El interaccionismo simbólico enfatiza la importancia del significado e interpretación en los procesos humanos esenciales. En educación, los procesos de enseñanza y los del aprendizaje se concretan mediante el uso de lenguajes y representaciones, accionados en un contexto sociocultural que presenta construcciones simbólicas acordes con fines específicos (Shablico, 2012).

Es así que, el significado de una conducta se forma en la interacción social, que da como resultado un sistema de significados intersubjetivos y el contenido del significado

no es más que la reacción de los actores ante la acción en cuestión (Morse, 2003), siendo así, se deben considerar los principios bajo los cuales se rige (Blummer, 1969; Mead, 1972):

1. A diferencia de los animales, los seres humanos están dotados de capacidad de pensamiento.
2. La capacidad de pensamiento está modelada por la interacción social.
3. En la interacción social las personas aprenden los significados y los símbolos que les permiten ejercer su capacidad de pensamiento.
4. Los significados y los símbolos permiten a las personas actuar e interactuar de una manera distintivamente humana.
5. Las personas son capaces de modificar o alterar los significados y los símbolos que usan en la acción y la interacción sobre la base de su interpretación de la situación.

Blumer (1969) resume el interaccionismo simbólico en tres premisas simples. La primera es que las personas actúan en relación a las cosas a partir del significado que le asignan. La segunda dice que el contenido de las cosas se define a partir de la interacción social que el individuo tiene con los demás. El tercero implica que el contenido es trabajado y modificado a través de un proceso de traducción y evaluación que el individuo usa cuando trabaja las cosas con las que se encuentra.

La importancia del interaccionismo simbólico para la investigación cualitativa es su énfasis distintivo sobre la importancia de símbolos y lo fundamental de los procesos interpretativos generados en base a interacciones, para entender la conducta humana. Desde esta perspectiva, se afirma que la naturaleza de los procesos de

enseñanza-aprendizaje sólo puede ser desentrañada mediante su examen directo, permitiendo construir e interpretar la forma en que los procesos dialógicos mediante los que el profesor acopla sus percepciones y significaciones con las de los estudiantes tiene repercusiones en su aprendizaje (Bautista, 2011).

PERSPECTIVA TEÓRICA

Las aulas se han convertido en lugares de socialización para estudiantes de diversos orígenes étnicos y culturales, en consecuencia se hace necesario el conocimiento y comprensión de estos para orientar la práctica pedagógica en general; sin embargo, no se debe desconocer que los docentes también constituyen grupos de culturas específicas, que a su vez deben dialogar con otras. La interacción entre docentes y estudiantes, el descubrimiento de modelos educativos, el análisis del currículo oculto y el análisis de contextos educativos, constituyen algunas temáticas abordables desde el enfoque etnográfico (Sandin, 2003).

Teóricamente, el proyecto multicéntrico se enmarca en las bases de la *Etnografía de la comunicación*, la cual se centra en el análisis de los patrones sociolingüísticos con los que interactúan los miembros de una comunidad. Estos aspectos se asumen desde la comunicación verbal y no verbal, y ambas son culturalmente modeladas, aunque las personas en interacción no tengan conciencia de ello (Álvarez, 2008). Hymes, es el mayor representante de la etnografía de la comunicación, quien la definió como una composición teórica orientada a aprehender los datos del contexto asociados al lenguaje (Prado, 2013).

Diversos autores consideran que, comunicarse implica participar en una forma de comportamiento determinado por

pautas relativamente estables y sistemáticas; pero estas pautas no son sólo de naturaleza gramatical, sino también de naturaleza pragmática que orienta cognitiva y socialmente el acto comunicativo (Escandel, 2010; Bausells, 2013).

En el mismo sentido, aparece la comunicación no verbal en la interacción, siendo incluso más relevante que la verbal porque permite enfatizar y reforzar los mensajes lingüísticos. A nivel educativo, en las relaciones docente-estudiante logra transmitir las actitudes del docente hacia los contenidos y los estudiantes, su ideología, sus expectativas hacia el grupo en general y a cada uno en particular; a su vez, influye sobre la percepción que el alumno tiene del profesor y de la materia y sobre su grado de satisfacción (Álvarez, 2012).

Esta investigación entre España, Brasil, Colombia y Chile pretende profundizar en el conocimiento de los procesos dialógicos mediante los que el profesor acopla sus percepciones y significaciones con las de los estudiantes y sus repercusiones en el aprendizaje, avanzando en la comprensión de los procesos de coordinación entre los saberes disciplinares y pedagógicos del docente y el aprendizaje del estudiante (Medina *et al.*, 2015).

Lo anterior, se acoge a los principios de la etnografía de la comunicación, porque describe cómo el profesor percibe las contribuciones del estudiante, cómo las interpreta, evalúa y discrimina en ellas lo relevante, haciendo evidente aspectos verbales y no verbales; además, al mostrar cómo responde el docente a los estudiantes y describir su razonamiento y acción pedagógica se manifiestan los procesos lingüísticos, sociales y cognitivos que pueden ser estudiados por este método.

Las formas comunicativas dentro de la educación en enfermería junto con el

conocimiento didáctico del contenido disciplinar, deben ser vistos como símbolos culturalmente aceptados que se convierten en un lenguaje común entre profesores y estudiantes de enfermería, pero que merecen ser interpretados porque podrían no ser comunes a todas las comunidades educativas de disciplinas similares (Medina *et al.*, 2015).

Como diseño de investigación, la etnografía de la comunicación también permite una aproximación desde la intersubjetividad, que toma como punto de partida los usos del lenguaje en los contextos sociales del aula y su relación con las dinámicas de significación y de aprendizaje en la experiencia inmediata de profesores y estudiantes (con énfasis en las del docente) que, cronológicamente, pueden durar segundos y que desde un punto de vista sociocultural es cuando acontece el aprendizaje (Duranti, 1992; Vygotsky, 2010).

El interés por el uso del lenguaje no es entonces, únicamente, un compromiso metodológico para poder responder a la pregunta de qué es lo que dicen las personas en una variedad de contextos, sino, además, conocer lo que hacen con el lenguaje, voluntaria o involuntariamente (Hymes, 1962). En concreto, una de las razones que aconsejan su elección como punto de partida de la investigación es la necesidad de rechazar la convicción de que compartir la misma “lengua” implica un conocimiento también compartido del uso y del significado en diversos contextos (Hymes, 1962).

Conforme a lo descrito, Shablico (2010) argumenta que el lenguaje y las conductas no verbales del profesor y los estudiantes, son mediadores para el intercambio de información, símbolos y significados que promueven nuevos procesos mentales, y que esta dinámica está inmersa en una

cultura y un pensamiento colectivo e individual que tienen en cuenta el habla, la entonación de las palabras, la mirada, el silencio, la gestualidad y los movimientos corporales como aspectos indispensables en el entendimiento del otro.

Así, con la etnografía de la comunicación se tiende a iniciar el análisis del comportamiento lingüístico, por lo que, el habla o su ausencia, parecen ser significativas en la mayoría de las interacciones humanas. Su contribución teórica fundamental, más allá de la descripción de modelos comunicativos, consiste en el análisis del papel que desempeña el habla en el moldeamiento de la vida de las personas (Sandin, 2003; Gumperz, 1982; Pardo, 1998) y esto es ratificado en el desarrollo del proyecto multicéntrico.

PERSPECTIVA METODOLÓGICA

Metodológicamente, el proyecto multicéntrico desarrolla un acercamiento microetnográfico, basado en la sociolingüística en su vertiente microsociedad (Gumperz, 1982). La *Microetnografía* consiste en focalizar el trabajo de campo a través de la observación e interpretación del fenómeno en una *sola institución* social, en una o varias situaciones sociales (Atkinson y Hammersley, 1994). En educación, este enfoque se centra en la situación de interacción docente-estudiante al interior del aula de clase, tratando de demostrar que la interacción verbal y no verbal, no sólo es determinante en el éxito o el fracaso académico de los estudiantes, sino que a su vez depende, en su naturaleza y contenido, de la “competencia comunicativa” existente entre los actores (Zubieta, 1982).

El principal aporte de este tipo de método ha sido el de enriquecer los análisis de los

hechos educativos con la contrastación entre la norma y la realidad del aula de clase, en la que los resultados de la micro-etnografía son de gran utilidad para implementar reformas que no comprometen la estructura social, pero que sí han representado una orientación valiosa para la labor docente (Zubieta, 1982).

Para hacer operativa la microetnografía, se deben usar un conjunto de herramientas intelectuales y de técnicas de recogida (Weston y McAlpine, 2002; Erickson y Simon, 1993), análisis e interpretación de la información, las cuales se explican en la tabla 1 y fueron utilizadas en el proyecto multicéntrico.

TABLA 1: Técnicas de recolección

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	DESCRIPCIÓN
Observación persistente-no participante. (Kawulich, 2006; Valles, 1999)	La observación persistente, permite verificar cambios a través del tiempo en eventos ya observados. Esta forma de observación requiere de muchas sesiones para recabar información relevante. También se desarrollará la observación no participante (Sandoval, 1997) en la que está presente el observador, pero no interactúa, ya que se hace indispensable mantener la objetividad en el proceso y evitar inducir acciones en las actividades que se observen (Bautista, 2011).
Técnica de las transcripciones paralelas. (Velasco, 1999)	Esta técnica permite documentar cómo diferentes individuos interpretan y responden a una misma experiencia en la que participan. El objetivo de esta es contrastar un mismo evento desde diversos puntos de vista de los participantes y del mismo investigador. Permite comprobar la interpretación común y diferenciada que dan a las situaciones estudiadas, lo que enriquece el análisis de los datos al ser presentados de forma comparativa (Weston y McAlpine, 2002).
Entrevistas biográficas. (Valles, 1999)	En los relatos biográficos, el entrevistado tiende a dar tanta información como sea necesario para poder mostrar la transición y vínculos entre unos acontecimientos y otros. Se dan detalles sobre el tiempo, los espacios, los motivos y otros aspectos en los que se deben identificar los acontecimientos de mayor importancia para el fenómeno estudiado. Este tipo de entrevista permite entender cómo los acontecimientos fueron vividos e influyeron en las acciones tomadas.
Entrevistas de “Think aloud”. (Charters, 2003)	Proporcionan una visión de los procesos cognitivos del participante, haciendo explícito su pensamiento durante el desempeño de las tareas. En su versión original, esta técnica invita al participante a verbalizar sus acciones mientras las desarrolla (Erickson y Simon, 1993). Aquí se aplica un protocolo retrospectivo, recogido después de la tarea, donde el participante retrocede sobre lo que hizo, motivado por una grabación de vídeo de sí mismo, porque en el momento en que se da el evento no es posible interrumpir la acción (Fonteyn, Kuipers y Grobe, 1993).

FUENTE: Elaboración de los autores

Partiendo de la premisa sociolingüística de que la construcción de sentidos depende de las diversas formas que adopta la combinación de contenidos y significados durante el flujo del discurso, es de esperarse que el proceso de construcción de significados no sea un asunto únicamente de contenidos sino de combinación secuencial de contenidos (Nitti, Ciavolino, Salvatore y Gennaro, 2010). Por ende, en lo que respecta al análisis de datos, se utilizan conjuntamente estrategias como las comparaciones constantes (Charmaz, 2006; Corbin y Straus, 2002) y el Análisis Secuencial del Flujo del Discurso (Nitti *et al.*, 2010).

Frente a la comparación constante (Charmaz, 2006; Corbin y Straus, 2002) la recolección, codificación y análisis de datos se hace de forma sistemática, contrastando similitudes y diferencias de los datos con el objetivo de descubrir patrones. Por otro lado, el Análisis Secuencial del Flujo del

Discurso consiste en la construcción de sentidos centrándose en los de patrones temporales de significación y que permite analizar la construcción intra e intersubjetiva de sentido con el fin de ir más allá de los límites del análisis semántico del discurso (Nitti *et al.*, 2010).

En la fase de microanálisis del proyecto multicéntrico, se tiene en cuenta la unidad de análisis conformada por la interacción E-P-E' (estudiante-profesor-estudiante), en la que se inicia con la contribución del estudiante, luego el profesor responde de forma inmediata y se observa cómo esta respuesta es recibida por el estudiante. El enfoque microanalítico se caracteriza por exigir altos grados de minuciosidad para tal efecto se descompondrá la intervención del profesor (P) en tres momentos (identificación-evaluación-respuesta) que darán como resultado la unidad ampliada E-P (i-e-r)-E', como se presenta en la siguiente tabla:

TABLA 2: Análisis por elementos de la Unidad E- P (i-e-r)-E'

Unidad de análisis E-P(i-e-r)-E'		Tipo de análisis y elemento de la unidad analizado
Alumno	Contribución	<i>Análisis del discurso-Elemento E:</i> Identificación inductiva de la tipología de contribuciones del estudiante a las que el profesor responde.
Profesor	Identificación	<i>Análisis del discurso-Elementos E-P(i-e):</i> A partir del relato introspectivo del profesor sobre su acción se reconstruyen los microeventos de percepción, descripción, apreciación, categorización y significación de la contribución del estudiante.
	Evaluación	
Profesor	Respuesta	<i>Análisis del discurso-Elementos P(e-r):</i> A partir del relato introspectivo del profesor sobre su acción se reconstruyen los microeventos que explican el progresivo despliegue de la elaboración de la respuesta.
		<i>Análisis del discurso-Elemento P(r):</i> Identificación inductiva de la tipología de respuestas del profesor.
Alumno	Contribución	<i>Análisis del discurso-Elemento R-E':</i> Identificación inductiva de la tipología de las reacciones del estudiante a la respuesta del profesor. <i>Análisis Elementos E-P(r)-E':</i> Comparación de los estados cognitivos del estudiante (atencionales, perceptuales, conceptuales) antes y después de la respuesta del profesor.

FUENTE: Elaboración de los autores

Una vez realizado el microanálisis de todos los datos, se llevará a cabo un análisis relacional y contextualizado que los integre y permita describir los procesos de pensamiento y acción pedagógica que contribuyen efectivamente al desarrollo de aprendizajes de alta calidad y además construir modelos de práctica docente dialógica que basados en ellos. Estos resultados serán triangulados con los profesores participantes y con los especialistas internacionales del equipo de trabajo (Medina, 2014; Taylor y Bodgan, 1987).

CONCLUSIÓN

La etnografía de la comunicación tiene sus bases de conocimiento en el interaccionismo simbólico y se concreta metodológicamente en la microetnografía con diferentes estrategias de recolección y análisis características de la investigación cualitativa. Esta es una ruta propuesta para la obtención de conocimiento dialógico en las interacciones docente-estudiante en el aula, lo que implica un diseño con raíces sociales y antropológicas que no compiten entre ellas sino que se nutren de sus bases.

Con esto es importante reflexionar sobre la flexibilidad en la investigación cualitativa, en la existen múltiples formas de abordar un fenómeno, sin dejar de lado, el rigor, la coherencia interna. Esto se logra al demostrar la conexión epistemológica, teórica y metodológica que fundamentan el desarrollo de una investigación.

El proyecto multicéntrico utilizado como ejemplo de esta ruta metodológica permite reconocer la importancia de la reflexión del docente durante su proceso de enseñanza, porque contribuye a un aprendizaje significativo del estudiante, de modo que, comprender este proceso dialógico dentro

del aula en enfermería, apoya desarrollo de pedagogías innovadoras en los programas curriculares y otros proyectos de investigación interdisciplinarios e interinstitucionales enfocados en dar respuestas pertinentes en lo académico y lo social.

Aclaraciones: Proyecto financiado en Colombia por la Dirección de Investigación y Extensión de la sede Bogotá (DIEB) de la Universidad Nacional de Colombia. CODIGO HERMES: 34917 y por el Ministerio de Educación de España a través del Grupo de investigación de Formación Docente e Innovación Pedagógica FODIP (2104SGR-335).

Conflicto de intereses: Los autores no tiene ningún tipo de conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez Núñez, Q. (2012). La comunicación no verbal en los procesos de enseñanza-aprendizaje: el papel del profesor. *Innovación Educativa*, (22), 23-37.
- Álvarez, C. (2008). Ethnography as a research model in education. *Gazeta de Antropología*, 24(1), artículo 10. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/6998>.
- Arias Valencia, MM. y Gaviria Noreña, DL. (2014) La investigación cualitativa: un acto creativo por la enfermería. *Av.enferm.*, XXXII (2), 280-291.
- Atkinson, P. y Hammersley, M. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós Básica.
- Bausells Espin, A. (2013). *El factor socio-pragmático en el proceso de enseñanza aprendizaje de ELE* (Tesis de Maestría). Universidad de Alcalá, Madrid, España.
- Bautista, NP. (2011). *Proceso de la investigación cualitativa. Epistemología, metodología y aplicaciones*. Bogotá, Colombia: Manual Moderno.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism. Perspective and method*. University of California Press.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory*. London: SAGE publications.
- Charters, E. (2003). The use of Think-aloud methods in qualitative research: An introduction to Think-aloud Methods. *Brock Education*, 12(2), 68-82.

- Corbin, J., y Straus, A. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Antioquia, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Duranti, A. (1992). La etnografía del habla: hacia una lingüística de la praxis En FJ. Newmeyer (ed.) *Panorama de la lingüística moderna de la Universidad de Cambridge*. Vol. 4. El lenguaje: contexto socio-cultural. (pp.252-269). España: CSUC.
- Erickson, K., y Simon, H. (1993). *Protocol Analysis: Verbal Reports as Data*. Boston: MIT Press.
- Escandel Vidal, MV. (2010). La Pragmática en la enseñanza de lenguas extranjeras. En J. Barrio (Coordinador), *La pragmática en la enseñanza*. Mesa redonda llevada a cabo en las Jornadas de formación del profesorado en la enseñanza de L2/ELE y la Literatura Española Contemporánea, Universidad de Sofía "San Clemente de Ojrid", Bulgaria.
- Fonteyn, M., Kuipers, B., y Grobe, S. (1993). A description of think aloud method and protocol analysis. *Qualitative Health Research*, 3(4), 430-441.
- Gumperz, J. (1982). *Discourse Strategies*. Oxford, U.K.: Oxford University Press.
- Hymes, D. (1962). The ethnography of speaking. En T. Gladwin, W. Sturtevant & A. and Education (Eds.), *Anthropology and Education*. Washington, DC: Anthropological Society of Washington.
- Kawulich, B. (2006). La observación participante como método de recolección de datos. *Forum: Qualitative Social Research*, 6(2), Art. 43. Disponible en: www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/download/466/999.
- Mead, GH. (1972). *Espíritu, persona y sociedad: desde el punto de vista del conductivismo social*. Buenos Aires: Paidós.
- Medina Moya, J. (2014). El proceso de comprensión en el análisis de datos cualitativos en educación. *Magis. Revista internacional de investigación en Educación*, 7(14), 39-54.
- Medina, JL., Rivera, LN., Carrillo, M. (2015). Saberes disciplinares, saberes pedagógicos y aprendizaje situado: génesis e influencias mutuas en la enseñanza universitaria-Colombia. Formación Docente e Innovación Pedagógica FODIP (21045GR-335). Barcelona.
- Medina, JL., y Jarauta, B. (2013). Análisis del Conocimiento Didáctico del Contenido de tres profesores universitarios. *Revista de Educación*, (360), 600-623.
- Moncada, LI. y Pinilla, AE. (2006). Research and education in the medicine school. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb.*, 54, 313-329.
- Morse, J. (ed.). (2003). *Asuntos críticos en la metodología de investigación cualitativa*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Nitti, M., Ciavolino, E., Salvatore, S., y Gennaro, A. (2010). Analyzing psychotherapy process as intersubjective sensemaking: an approach based on discourse analysis and neural networks. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 20(5), 546-563.
- Pardo Abril, NG. (1998). Etnografía del habla: una perspectiva del análisis del lenguaje. *Forma y Función*, (11), 149-160.
- Polifroni, C. (2011). Philosophy of science: an introduction. En J. Butts and K. Rich (ed.), *Philosophies and theories for advanced nursing* (pp. 2-18). Salsbury, Mass: Jones and Bartlet.
- Prado Ballester, C. (2007). *La Etnografía de la Comunicación. Un Modelo Olvidado*. VI Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Valdivia.
- Sandin, MP. (2003). Capítulo 7. Tradiciones en la investigación cualitativa en educación. En *Fundamentos y Tradiciones*. Madrid, España: McGraw Hill Interamericana de España.
- Sandoval, C. (1997). *Métodos y técnicas avanzadas de investigaciones aplicadas a la educación y a las ciencias*. Módulo 4: Investigación Cualitativa. Bogotá: ICFES.
- Shablico, S. (2012). La comunicación no verbal en el aula, un análisis en la enseñanza disciplinar. *Cuadernos de Investigación Educativa*, 3(18), 99-121.
- Shulman, L. (1987). Knowledge and teaching: foundations of the New Reform. *Harvard Educational Review*, 57(1), 1-22.
- Taylor, SJ., y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, España: Paidós.
- Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid, España: Síntesis S.A.
- Velasco, MC. (1999). El método biográfico y las historias de vida. Su utilidad en la investigación en enfermería. *Índex de enfermería*, 27, 25-30. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/27revista/27_articulo_25-30.php.
- Vygotsky, L. (2010). *Pensamiento y lenguaje*. Barcelona: Paidós.
- Weston, C., y McAlpine, L. (2002). Parallel transcripts: an innovative approach for capturing the impact of reflective teaching on student learning experience. In *Annual Meeting of the American Education Research Association*. New Orleans, LA.
- Zubieta, L. (1982). *Etnografía y Política Educativa*. Ponencia presentada al Seminario de Administración Educativa. Universidad Pedagógica Nacional. Bogotá: REDACADEMICA.

La salud del hombre en la perspectiva de la sexualidad: un relato de experiencia

Men's health in the sexuality perspective: an experience report

A saúde do homem na perspectiva da sexualidade: um relato de experiência

Janaína Paula Calheiros Pereira Sobral¹, Alana Maiara Brito Bibiano², Marília Martina Guanaany de Oliveira Tenório³, Taíse Gama dos Santos⁴, Roberto Firpo de Almeida Filho⁵, Nívia Madja dos Santos Silva⁶

¹Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Alagoas-Brasil. Correo electrónico: nainacalheiros2@gmail.com

²Fisioterapeuta, Mestre em gerontologia, Universidade Federal de Pernambuco. Recife-Pernambuco-Brasil. Correo electrónico: laninhabibiano@hotmail.com

³Cirurgiã-dentista, Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco-Brasil. Correo electrónico: mariliamgot@hotmail.com

⁴Nutricionista, Mestre em Nutrição Humana, Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Alagoas-Brasil. Correo electrónico: taíse-gama@hotmail.com

⁵Enfermeiro, Especialista em Saúde da Família, Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Maceió, Alagoas - Brasil. Correo electrónico: roberto.firpo@live.com

⁶Psicóloga, Especialista em Saúde do Adulto e do Idoso, Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Alagoas-Brasil. Correo electrónico: niviamadja@gmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Sobral, J. P. C. P., Bibiano, A. M. B., Tenório, M. M. G. O., Santos, T. G., Almeida Filho, R. F. & Silva, N. M. S. (2019). La salud del hombre en la perspectiva de la sexualidad: un relato de experiencia. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.27>

Correspondencia: Residencial Allegro, Avenida Sebastião Correia da Rocha, 1113. Bloco 04, Apt. 301, Bairro Tabuleiro do Martins. CEP: 57061-410-Maceió (AL), Brasil

Correo electrónico de contacto: nainacalheiros2@gmail.com

Recibido: 02/12/2018; Aceptado: 29/01/2019



ABSTRACT

The Men's Health has been a topic widely discussed in recent years, especially after the creation of the National Integral Attention to Men's Health Policy (PNAISH) by the Ministry of Health in 2009. Thus, this article aims at describing the performance of multidisciplinary residents in family health in the implementation and development of a health education group of men in a family

health Unit on the theme of sexuality. Was determined to holding weekly meetings with a group of risk of men who meet near their homes, on the sidewalk, under a tree, idle, usually drunk, and making tobacco use and mostly with problems social, psychological and family and who not going for health services. From this, it began the process of conducting health promotion activities with the elected subjects. Realized the importance

of using innovative methodologies that run through the transfer of information to address issues such as sexuality, which served to strengthen ties between women and health services, as well as to discuss issues that are still said to be taboo.

Keywords: Human health, health education, primary health care, sexuality.

RESUMO

A Saúde do Homem tem sido assunto amplamente discutido nos últimos anos, em especial após a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) pelo Ministério da Saúde no ano de 2009. Desta forma, este artigo objetiva relatar a experiência da atuação dos residentes multiprofissionais em saúde da família na implantação e desenvolvimento de um grupo de educação em saúde com homens em uma Unidade de Saúde da Família, sobre a temática da sexualidade. Determinou-se a realização de encontros semanais, com um grupo de homens de risco, que costumavam se encontrar próximo as suas residências, na calçada, embaixo de uma árvore, ociosos, geralmente alcoolizados, e fazendo uso do tabaco e em sua maioria com problemas sociais, psicológicos e familiares e que não procuravam os serviços de saúde. A partir disso, iniciou-se o processo de realização de ações de promoção em saúde com os sujeitos eleitos. Percebeu-se a importância do uso de metodologias inovadoras que transpassem a transferência de informações para abordar questões como a sexualidade, o que serviu para estreitar vínculos entre homens e serviços de saúde, assim como para discutir questões que ainda são ditas como tabus.

Palavras-chave: Saúde do homem, educação em saúde, atenção primária à saúde, sexualidade.

RESUMEN

La salud del hombre ha sido tema ampliamente discutido en los últimos años, especialmente tras la creación de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre (PNAISH) por el Ministerio de Salud en el año 2009. De esta forma, este artículo tiene por objeto relatar la experiencia de la salud actuación de los residentes multiprofesionales en salud de la familia en la implantación y desarrollo de un grupo de educación en salud con hombres en una Unidad de Salud de la Familia, sobre la temática de la sexualidad. Se determinó la realización de encuentros semanales, con un grupo de hombres de riesgo, que solían encontrarse cerca de sus residencias, en la calzada, debajo de un árbol, ociosos, generalmente alcohólicos, y haciendo uso del tabaco y en su mayoría con problemas sociales, psicológicos y familiares y que no buscaban los servicios de salud. A partir de eso, se inició el proceso de realización de acciones de promoción en salud con los sujetos elegidos. Se percibió la importancia del uso de metodologías innovadoras que transpasen la transferencia de informaciones para abordar cuestiones como la sexualidad, lo que sirvió para estrechar vínculos entre hombres y servicios de salud, así como para discutir cuestiones que todavía se denominan tabúes.

Palabras clave: Salud del hombre, educación en salud, atención primaria a la salud, sexualidad.

INTRODUÇÃO

A saúde é um processo socialmente determinado, que se relaciona com o modo de organização e desenvolvimento de uma dada sociedade. Ao extrapolar a esfera biológica, consideram-se as condições de

vida e trabalho dos indivíduos e coletividades, com diferentes fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais influenciando a gênese de diferentes problemas de saúde e seus fatores de risco (Buss e col., 2007). Nesse contexto, a saúde da família como estratégia de reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) surge para consolidar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) ao concretizar a passagem de uma visão fragmentada para uma visão integral do sujeito, considerando o processo saúde/doença de uma forma mais ampla e complexa (Almeida e col., 2012). Todavia, a organização dos serviços de saúde, especialmente no âmbito da APS, tem resultado em um privilégio no atendimento das necessidades de determinados segmentos sociais como, mulheres, crianças e idosos, em detrimento do público masculino. Além disso, horários de funcionamento coincidem com o horário de trabalho dos sujeitos, e ações de prevenção e autocuidado têm sido pouco direcionadas ao homem e a lógica de atendimento permanece com foco na cura e reabilitação, não havendo garantia da integralidade do cuidado (Silva e col., 2012).

Em contrapartida, há uma construção histórica acerca do que é ser homem, situando-o como um ser viril, invulnerável, que não necessita de cuidados, onde o adoecimento é considerado como sinal de fragilidade. Nessa situação, assume, na maioria das vezes, comportamentos de risco para si e para os que estão a sua volta, não se preocupa consigo e pouco procura pelos serviços de saúde. Esse desenho social contribui para que muitos homens não recebam a devida assistência de saúde que necessitam (Guerreiro, 2012). O homem é ainda considerado do ponto de vista sexual e afetivo. A sexualidade masculina tem sido associada diretamente ao ato sexual, sendo considerada intensa e requerente de satisfação imediata, onde o homem assume

o papel de macho sempre pronto para a mulher que está disponível. Ser homem, nesse contexto, também condiz em não ser homossexual. No caso do uso da camisinha, é inconcebível numa relação estável, e as razões que motivam seu uso são apenas a curiosidade e a necessidade de evitar uma gravidez, deixando de lado a utilização para prevenir Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (Guerreiro, 2012).

Assim, nos moldes da masculinidade ideal estão presentes noções de invulnerabilidade, comportamento de risco e uma sexualidade instintiva e incontrolável, associadas a dificuldades de verbalização das próprias necessidades de saúde e sexuais, pois falar de seus problemas pode significar uma possível demonstração de fraqueza perante os outros (Figueiredo, 2005). Foi diante da necessidade de situar o cuidado à saúde do homem como uma prioridade de atenção e reconhecer este sujeito em sua integralidade, que o Ministério da Saúde instituiu, em 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) (Almeida e col., 2012).

Nesse ínterim, a discussão sobre saúde do homem e sexualidade masculina torna-se pertinente, em especial em grupos que trabalham pautados na educação em saúde, onde há um espaço de trocas horizontalizadas com formação de vínculo. É importante ponderar que discutir sexualidade com o homem envolve diferentes questões como, o conhecimento sobre o corpo masculino, a importância da atividade sexual e a vivência do prazer para ambos os sexos, as concepções de gênero e sua importância no cotidiano dos relacionamentos (relações de confiança e fidelidade, por exemplo), bem como a prevenção das doenças (Figueiredo, 2005). Dessa maneira, o objetivo do presente trabalho foi descrever a experiência do desenvolvimento de atividades de educação em saúde sobre sexualidade em um grupo

de homens de uma comunidade de Maceió, Alagoas.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, descritivo, vivenciado em um grupo de educação em saúde para homens, desenvolvido pelos residentes multiprofissionais em saúde da família da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), no período de maio de 2014 a dezembro de 2015. A referida equipe de residentes é composta por sete categorias profissionais, a saber: Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional que atuam em conjunto na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF), área 72, da Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. Hélvio José de Farias Auto, localizada no II Distrito Sanitário de Saúde do Município de Maceió, Alagoas.

Inicialmente, foi realizado o processo de territorialização na área adstrita à USF no intuito de conhecer as especificidades sociais, econômicas, culturais, de morbimortalidade e outros aspectos da área de atuação. Após essa fase, identificou-se a necessidade de construir um grupo voltado para o público masculino, visto que existia um grupo de homens de risco, que costumava se encontrar próximo as suas residências, na calçada, embaixo de uma árvore, ociosos, na maior parte do tempo alcoolizados, e fazendo uso do tabaco e em sua maioria com problemas sociais, psicológicos e familiares e que não procuravam os serviços de saúde.

Determinou-se a realização de encontros semanais com os sujeitos, com o intuito de promover práticas humanizadas de educação em saúde (promoção de saúde e prevenção de doenças). Essa fase se caracterizou pelo estabelecimento de vínculos com os homens por meio de acolhimento e de atividades educativas.

Durante todo o processo de idealização e realização das atividades de educação em saúde, percebeu-se a necessidade de abordar sobre sexualidade, no mês de julho de 2015, em dois dias não consecutivos de atividades, com o objetivo de discutir com esses homens aspectos referentes ao gênero e sexualidade bem como introduzir ações de prevenção as Infecções Sexualmente Transmissível (IST).

RELATO E DISCUSSÃO

A APS constitui um papel relevante e estratégico para o funcionamento do SUS, pois promove relações contínuas de vínculo com a população, sendo alicerçada em trabalho multi e interdisciplinar que enfoca práticas e ações participativas e democráticas que provoca a autonomia do sujeito e uma responsabilização com sua própria saúde (Silva, 2000).

Nesse sentido, a educação em saúde desenvolvida no primeiro dia foi sobre a sexualidade masculina com a dinâmica da Margarida, através da confecção de uma margarida em material de cartolina (Figura 1). No pilar central da flor, havia duas folhas com as palavras: psicológico e biológico, um caule com a palavra cultura e no miolo da flor a palavra sexualidade. Cada pétala da flor tinham as seguintes palavras: prazer, sensualidade, necessidade, orientação sexual, felicidade, emoção, machismo, comunicação, amor, interação, realização, descoberta, carinho, transformação, maturidade, liberdade, reprodução, permissão e IST/AIDS.

A Educação em Saúde é um recurso utilizado por profissionais da saúde para facilitar a comunicação e atuação no cotidiano das pessoas de modo eficaz, respeitando as diferenças. É, portanto, uma ferramenta que leva o empoderamento do sujeito (Silva e col., 2012).

FIGURA 1: Material educativo utilizado para a discussão sobre a sexualidade masculina com os homens de uma comunidade, Maceió, Alagoas, Brasil, 2015



Cada parte descrita da flor foi distribuída para cada homem participante do grupo que foram divididos em duplas, sendo solicitada a reflexão por cinco minutos sobre a relação entre a palavra que recebeu e a sexualidade. Ademais, a dupla colocou no miolo da flor a pétala e verbalizou a reflexão. Ao término da construção da flor, houve a distinção entre sexo e sexualidade, em que o sexo é um dos aspectos da sexualidade e que esta é mais ampla, e se relaciona com a dimensão cultural, psicológica, emocional, fisiológica, e que diz respeito a um conjunto de fatores inerentes a natureza humana.

A sexualidade é por vezes entendida como exercício da atividade sexual, como um funcionamento biológico e psicológico dos sujeitos, porém a compreensão é mais ampla, é tida como produto de diferentes cenários culturais. Considera-se que características entre homens e mulheres são

diferentes tanto no aspecto da vida sexual quanto no domínio da reprodução, e são, portanto, uma combinação de fenômenos que ocorrem nos indivíduos como efeito de processos complexos de socialização dos gêneros (Goldenberg e col., 2003).

Na medida em que os homens colocaram suas reflexões, a equipe de residentes questionava no sentido de mediar a construção coletiva sobre a temática, principalmente quando os comentários vinham enraizados de preconceitos. A discussão teve um desfecho positivo, com debates enriquecedores, nos quais os homens tiveram a oportunidade de se posicionar abertamente. Houve compartilhamento de experiências pessoais, comparações sobre como vivenciamos a sexualidade ao longo da história e também nos diferentes lugares, baseados em histórias pessoais e nos telejornais. Todas as demandas surgidas foram acolhidas,

respeitadas e debatidas com os participantes.

Pensar na sexualidade masculina é perceber uma exigência socialmente construída, de que o homem seja física e psicologicamente forte, com rejeição pelo autocuidado, adiando ou negando tratamentos preventivos e de promoção e de proteção da saúde. Nesse sentido, torna-se difícil aceitar a doença e reconhecer a relevância que cuidar da saúde e buscar a prevenção é o melhor caminho, evitando com isso o diagnóstico e tratamento tardio (Silva e col., 2012).

O recurso visual, o trabalho em dupla e o vínculo que o grupo já apresentava foram importantes para o desfecho positivo da atividade. A reflexão de gênero se fez presente na discussão, sendo apresentadas as diferenças entre feminino e o masculino, sua construção social e o autocuidado, mas o foco da atividade foi discutir sobre a sexualidade.

“Meninos e meninas crescem sob a crença de que mulher e homem são o que são por natureza”. No meio social, a masculinidade diz respeito ao homem que é solitário e isolado no tocante às experiências pessoais, ou, quando muito superficial e prático, deve ser direcionado a atitudes e realização de atividades (Gomes, 2003). Assim, existe uma fragilidade ou o afastamento dos homens das preocupações com o autocuidado e com a busca pelos serviços de saúde, associando-se aos valores da cultura masculina como tendências à exposição a riscos, relação da masculinidade à invulnerabilidade e também a própria educação familiar, que traz orientações que o papel social do homem é ser o provedor e protetor (Silva e col., 2012).

A segunda atividade, realizada em outro momento, abordou sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) com discussões sobre os principais sinais e sintomas, formas de infecção e tratamento das IST's mais presentes

(Sífilis/Gonorreia/AIDS/Hepatitis), e realização de orientações sobre as formas de prevenção. Utilizou-se os seguintes materiais: cartolina, fita adesiva, imagens de órgãos sexuais infectados, imagens de formas de contaminação e prevenção, e alguns símbolos das IST's (laço vermelho e amarelo).

Estudos demonstram que os homens iniciam a atividade sexual precocemente, com várias parceiras, em que são motivados pela atração física e não possuem vínculo afetivo, na busca de provar a masculinidade e autoafirmação de ser homem. A mulher visualiza seu início da vida sexual diferente do homem, pois tende a postergar e esperar o momento e parceiro ideal. Com isso, são influenciados por valores e crenças que defende a superioridade masculina e as desigualdades de gênero (Silva e col., 2010).

Inicialmente, relatou-se o tema da atividade para os participantes e houve a distribuição das imagens individualmente para que associassem às IST's. Na medida em que havia a associação, os homens colavam na cartolina as imagens referentes às informações sobre cada IST's. Caso ocorresse erros, uma prenda teria que ser paga: cantar uma música antiga ou recitar uma poesia. No final, os residentes colocaram o nome das IST's na cartolina e discutiram as formas de contaminação: uso de material perfuro cortante sem distinção, relação sexual desprotegido (oral, anal e vaginal), compartilhamento de alicates de unha, entre outros. Após essa etapa, foi realizada a demonstração do uso correto dos preservativos feminino e masculino com as próteses de borracha. Houve ainda, a demonstração da elasticidade do preservativo masculino, ao testarmos a colocação no braço de um dos presentes, para provar que cabe em todos os tamanhos de pênis, e tentar reduzir o estigma.

Os homens ao se relacionarem sexualmente com várias parceiras, muitas vezes, sem o uso regular do preservativo

masculino, aumenta sua vulnerabilidade ao acometimento pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e IST's. Muitos justificam a não adoção da camisinha, pela diminuição do prazer no intercurso sexual, ausência da sensibilidade, desconforto na atividade sexual, irritação vaginal, risco de rompimento, entre outros. Por isso, as ações de educação em saúde são relevantes por levar orientações na tentativa de reduzir comportamentos de risco (Silva e col., 2010).

A atividade foi dinâmica, com diversificadas informações visando à prevenção das IST's. O grupo demonstrou conhecimento sobre a temática, o que reforça a necessidade de sensibilizar para o uso do preservativo e outras formas de prevenção, e não meramente um repasse de informação sobre as doenças. Por fim, foram distribuídos preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante, e também orientamos sobre a importância de tomar as três doses da vacina contra hepatite do tipo B.

Vale ressaltar que a doença mais conhecida por esse grupo foi a AIDS, pois entre as IST's, possui maior poder de disseminação e letalidade (Rebello e col., 2011). Diante disso, faz-se necessário provocar espaços de discussões voltadas para os sentidos atribuídos à sexualidade masculina, que não se resumam apenas na prevenção do câncer de próstata, mas também de outras doenças e saúde sexual, que enfoque o autocuidado e a busca pelo serviço de saúde (Gomes, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo traz uma discussão ainda acanhada, mas que vem tomando força e mostra através de suas atividades que é necessário permitir que os homens possam expressar suas dúvidas, ansiedades e fragilidades, principalmente diante de um conceito de masculinidade que vem se

alterando, para que se sintam mais acolhidos e possam procurar ajuda às suas questões de saúde.

No que se refere às ações educativas, percebe-se que elas ganham espaço junto a medidas de prevenção de IST/AIDS, tornando-se um meio de debate importante para tirar dúvidas e estreitar vínculos com os profissionais de saúde, diferente dos métodos tradicionais de campanhas. Essas ações passam a ser uma opção e poderão ser mais exitosas na medida em que, por sua metodologia, consigam transpor o limite da transmissão de informações para as discussões que problematizam as medidas preventivas bem como permeadas por questões que circundam as relações de gênero.

Percebe-se também a necessidade de se aprofundar mais as discussões sobre esses temas, visto que ainda têm sido feitas de forma superficial e pontual e de modo a não reduzir à instância do se evitar a doença, mas ressignificá-la como caminho de promoção de interações afetivo-sexuais mais saudáveis.

REFERÊNCIAS

- Almeida, L. P., Silva, S. O. & Silva, M. M. (2012). Grupo de educação em saúde para homens: um relato de experiência da enfermagem. *Revista de Enfermagem*, 8(8), 227-234.
- Buss, P. M. & Pellegrini Filho, A. (2007). A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93.
- Figueiredo, W. (2005). Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 105-109.
- Goldenberg, P., Marsiglia, R. M. G. & Gomes, M. H. A (Org.). (2003) *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Gomes, R. (2003). Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3), 825-829.
- Guerreiro, I. C. Z. (2012). Masculinidades e prevenção do HIV. *Bol. Inst. Saúde (impr.)*, 14(1),

1809-7529.

- Rebello, L. E. F. S., Gomes, R. & Souza, A. C. B. (2011). Men and AIDS prevention: analysis on knowledge production within the field of healthcare. *Interface- Comunic. Saude Educ.*, 15(36), 67-78.
- Silva, S. G. (2000). Masculinidade na história: a construção cultural da diferença entre os sexos. *Psicol. cienc. prof.*, 20(3), 8-15.
- Silva, K. L., Dias, F. L. A., Maia, C. C., Pereira, D. C. R., Vieira, N. F. C. & Pinheiro, P. N. C. (2010). A influência das crenças e valores culturais no comportamento sexual dos adolescentes do sexo masculino. *Rev. enferm. UERJ*, 18(2), 247-252.
- Silva, P. A. S., Furtado, M. S., Guilhon, A. B., Souza, N. V. D. O. & David, H. M. S. L. (2012). A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma Unidade Básica de Saúde. *Esc Anna Nery (impr.)*, 16(3), 561-568.

Descripción de los ingresos y reingresos de recién nacidos prematuros en España: causas y costes

Description of preterm neonates admitted and readmitted in Spain: causes and costs

Descrição de internação e reinternação de recém-nascidos prematuros na Espanha: causas e custos

Juliana Jesus Alves¹, María D. Redín Areta², Blanca Marín Fernández²

¹Licenciada en Enfermería por la Universidade de São Paulo (USP) campus Ribeirão Preto (Brasil), enfermera en el Hospital Santa Luzia red D'Or en Brasília (Brasil) y en el Instituto de Cardiologia do Distrito Federal en Brasília (Brasil). Máster en Gestión de Cuidados en Enfermería por la Universidad Pública de Navarra (España). Correo electrónico: julianajalves@hotmail.com

²Profesoras Doctoras Titulares (TU) del área de Enfermería en la Universidad Pública de Navarra (España). Correos electrónicos: dolores.redin@unavarra.es, blanca.marin@unavarra.es

Cómo citar este artículo en edición digital: Alves, J.J., Areta, D.R. & Marín Fernández, B. (2019). Descripción de los ingresos y reingresos de recién nacidos prematuros en España: causas y costes. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.28>

Correspondencia: Juliana de Jesus Alves. QRSW 6 bloco B4 apto 103, sudoeste, Brasília-DF, Brasil. Cep: 70675-524

Correo electrónico de contacto: julianajalves@hotmail.com

Recibido: 27/09/2018; Aceptado: 15/01/2019



ABSTRACT

Objective: Identify the primary cause of the hospital admission and readmission of premature infants and evaluate the costs of the readmission between the years 2000 and 2011 in the Comunidade Foral de Navarra hospital in Pamplona, Spain.

Methods: This is a descriptive, retrospective study involving analysis of 297 premature infants who were admitted to the neonatal Intensive Care Unit and were subsequently readmitted at another division of the aforementioned hospital, at least once, during the sixty days after discharge.

Results: The majority of the cases studied (91.25%) were re-hospitalized only once,

with an average stay of 4.61 days. Bronchiolitis and asthma were the most common cause for patient readmission.

Conclusion: The author highlights the importance of parental presence during the child's hospitalization, as they can provide detailed information on the normal characteristics of their child and the potential health issues associated with prematurity. If the child presents any symptoms, the parents will know to seek medical help in the early stages, reducing the risk of complications and future hospitalizations.

Keywords: Premature, readmitted, costs.

RESUMO

Objetivo: Identificar as principais causas de internação e reinternação hospitalar de recém-nascidos prematuros e avaliar os custos que estas reinternações geraram entre os anos de 2000 a 2011 no Hospital Virgen Del Camino (Pamplona), Espanha.

Metodologia: Estudo descritivo, retrospectivo, com análise de 297 bebés prematuros que estiveram internados na UTI neonatal e reinternaram em algum setor do hospital em questão pelo menos uma vez, em até 60 dias após sua alta.

Resultados: A maior parte dos casos (91, 25%) apresentaram uma única reinternação. O tempo médio de estadia na reinternação foi de 4, 61 dias. As principais causas que levaram a uma reinternação foram bronquites e asma sem complicações.

Conclusão: Fazer com que os pais permaneçam com seus filhos em sua hospitalização podem proporcionar-lhes o maior conhecimento sobre o padrão de normalidade de seus filhos, conhecer as principais doenças e os principais problemas associados a prematuridade, fazendo com que os pais procurem ajuda médica na fase inicial da doença, podendo assim diminuir as chances de uma reinternação hospitalar.

Palavras chave: Prematuro, reinternação, custos.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las principales causas de ingresos y reingresos hospitalarios de recién nacidos prematuros y evaluar los costes que los reingresos generan entre los años 2000 y 2011 en el Hospital Virgen Del Camino (Pamplona), España.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, con análisis de 297 niños prematuros que estuvieron ingresados en la

UCI neonatal y reingresaron en algún servicio del hospital en cuestión, al menos una vez, en los 60 días tras el alta hospitalaria.

Resultados: La mayor parte de los casos (91, 25%) presentaron un único reingreso. La estancia media de reingreso fue de 4, 61 días. Las bronquitis y asma sin complicaciones constituyen la causa más común de reingreso.

Conclusión: Intentar que los padres permanezcan con sus hijos cuando éstos están hospitalizados les puede proporcionar una mayor formación acerca de las características normales de su hijo, de las enfermedades y problemas asociados a la prematuridad, haciendo con que los padres busquen ayuda médica en la inicial de la enfermedad pudiendo disminuir el riesgo de un posible reingreso hospitalario.

Palabras clave: Prematuro; reingresos; costes.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió como prematuro a todo aquel recién nacido con menos de 37 semanas completas de gestación (259 días) mientras que el recién nacido a término nace entre las semanas 37 y la 42. Se estima que hoy en día nacen, en todo el mundo, 15 millones de niños antes de tiempo al año y que, de estos, cerca de 1 millón mueren por complicaciones de la prematuridad. Además, muchos de los que sobreviven sufren problemas visuales, auditivos, motores y cognitivos a lo largo de la vida (Howson, Kinney e Lawn, 2012).

La magnitud del problema, así como las disparidades entre países, nos apuntan que de los 11 países con índices de nacimientos prematuros superiores al 15 por ciento,

todos menos dos (Indonesia y Pakistán) están en África subsahariana. Los nacimientos prematuros representan el 11.1% de los nacimientos vivos del mundo, 60% de ellos en Asia meridional y África subsahariana. En los países más pobres, en promedio, 12 % de los bebés nacen demasiado pronto, en comparación con el 9% en los países de mayores ingresos (Howson, Kinney e Lawn, 2012).

Sin embargo, el problema de los nacimientos prematuros no se limita a los países de bajos ingresos. Estados Unidos y Brasil también tienen un elevado número de nacimientos prematuros. Por ejemplo, en los Estados Unidos, alrededor del 12%, o más de uno de cada nueve nacimientos, son prematuros. En España este valor es de 7,4% (Howson, Kinney e Lawn, 2012).

El nacimiento prematuro se da por diversas causas siendo las más comunes embarazos múltiples, embarazos adolescentes, lapsos cortos de tiempo entre nacimientos, peso inadecuado de la madre antes del embarazo (bajo peso u obesidad), abuso de sustancias como el tabaco y alcohol e infecciones y enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión. Sin embargo, frecuentemente no se identifica una causa pudiendo ser genética (Howson, Kinney e Lawn, 2012).

La sobrevida de los prematuros aumentó significativamente en las últimas décadas debido principalmente a los avances en la medicina perinatal, la llegada de las unidades de cuidados intensivos neonatales, la introducción y el desarrollo de la ventilación mecánica, la incorporación de técnicas de monitorización no invasiva y, principalmente, por el uso de corticoides prenatales para acelerar la maduración pulmonar y la introducción del surfactante exógeno (Ramírez e Hübner, 2002).

La disponibilidad de los recursos

necesarios en la atención perinatal justifica que, en países con altos ingresos, la mitad de los bebés nacidos a las 24 semanas de gestación sobrevivan, mientras que, en países de bajos ingresos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas de gestación siguen muriendo debido a la falta de atención (Howson, Kinney e Lawn, 2012).

El recién nacido pre término (RNPT), por el grado de inmadurez de sus órganos y sistema inmunológico tendrá una mayor predisposición, comparado al recién nacido a término (RNAT), a padecer problemas respiratorios, cardíacos, visuales, auditivos y neurológicos además de problemas secundarios relacionados con las largas estancias en la UCI.

La evolución de los niños con alteraciones en su desarrollo dependerá mucho de la fecha de la detección y del momento del inicio de la Atención Temprana. Cuanto menor sea el tiempo de privación de los estímulos, menor será el retraso. En este proceso es indispensable la implicación familiar en el rol cuidador para favorecer la interacción afectiva y emocional así como para la eficacia de los tratamientos.

Según Donabedian (1986), el propósito de los sistemas de atención a la salud es proporcionar la mayor calidad al menor costo, de la manera más equitativa y al mayor número de personas.

Frente al volumen de recursos implicados el conocimiento de la producción de los servicios sanitarios es escaso y el nivel de información no permite conocer adecuadamente cuáles son los problemas de salud más frecuentes atendidos, cómo son tratados, con qué costo y sobre todo con qué resultados.

Como consecuencia, durante los últimos años se han realizado numerosos esfuerzos para aumentar la recolección y estandarización de datos y también están

siendo desarrollados proyectos de investigación destinados a obtener mejoras en el conocimiento del funcionamiento y eficacia de los servicios sanitarios.

En el ámbito hospitalario la actividad se ha medido durante mucho tiempo a través de indicadores cuantitativos, como la estancia o el número de consultas sin considerar ningún componente clínico (Paolillo *et al.*, 2008)

A finales de la década de 1970 se pusieron a disposición de los hospitales herramientas de medición del producto hospitalario basadas en parámetros clínicos. Para ello, se desarrolló el concepto de casuística hospitalaria que representa las respuestas del hospital a las diversas tipologías de pacientes atendidos. Si se pudiesen medir los diversos tipos de pacientes, se podrían prever las necesidades asistenciales de un servicio o de todo un hospital (Oliván, 1997).

La casuística hospitalaria puede ser medida de diferentes formas: mediante índices, como la gravedad (sistemas de iso-gravedad), así ocurre con el sistema APACHE, o mediante clasificaciones de pacientes que miden el consumo de recursos (grupos de iso-consumo) como ocurre con los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) (Paolillo, E., *et al.*; Oliván, 1997).

Los avances en el tratamiento de los prematuros en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales han ayudado a mejorar sensiblemente su supervivencia. Sin embargo, estos niños siguen siendo vulnerables a muchas complicaciones, incluyendo problemas respiratorios, gastrointestinales, del sistema inmune, sistema nervioso central, de la audición y de la visión. Problemas a más largo plazo pueden incluir parálisis cerebral, retraso mental, deterioro visual y de audición, aspectos de comportamiento y socio-emocionales, dificultades de aprendizaje y

menor salud y crecimiento.

En general, mientras más inmaduro sea el prematuro, mayor es el grado del soporte de vida necesario y más larga es la estancia requerida en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, la estancia hospitalaria en total tiende a ser más larga, mientras que los riesgos de reingresos aumentan considerablemente. Las consecuencias para los niños prematuros a lo largo de la vida pueden ser significativas y a menudo se requiere un amplio rango de servicios y de apoyo social.

En Estados Unidos el Comité sobre Análisis de Parto Prematuro y Garantía de Resultados Saludables estima que la carga económica anual para la sociedad, asociada con nacimiento prematuro en Estados Unidos, fue, como mínimo, de 26.2 billones de dólares en 2005 o 51, 600 por niño nacido prematuro. Cerca de dos tercios de este importe se produjo por el cuidado médico (Behrman e Butler, 2007)

Dos estudios recientes demostraron que el coste de la atención para los bebés prematuros después del alta hospitalaria inicial es mayor que el de recién nacidos a término. Uno analizaba el costo médico total en los primeros dos años de vida de 71 niños con peso extremadamente bajo al nacer (recién nacidos peso <1000 g) nacidos en Finlandia desde 1996 hasta 1997 (Tommiska, Tuomnien e Fellman, 2003). En el otro estudio se examinaron los costes y las causas de hospitalización en los primeros 5 años de vida de 240.000 niños de todas las edades gestacionales nacidos en el Reino Unido entre 1970 y 1993 (Petrou *et al.*, 2003).

Estos autores encontraron que el costo total medio de los bebés de bajo peso extremo al nacer que llegan a sobrevivir fue de 105.000 euros. El gasto de la estancia hospitalaria inicial supuso el 64% del valor total. También demostró que el peso al nacer

se correlacionó negativamente con el costo inicial (los bebés más prematuros, <28 semanas de gestación, tienen un costo de 30 veces más que los recién nacidos a término), pero no con el coste del alta inicial.

De acuerdo con la literatura revisada y la importancia del tema en el contexto de la gestión hospitalaria y con el objetivo de buscar nuevas perspectivas de investigación en el área de Gestión de Servicios Neonatales, se plantea en el presente estudio evaluar los costes que generan estos ingresos y reintegros.

Por lo tanto los principales objetivos del estudio son identificar las principales causas de ingresos y reintegros hospitalarios y evaluar los costes que los reintegros generan.

METODOLOGÍA

Se basa en un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, cuyo ámbito de estudio fue la base de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del Hospital Virgen del Camino, Pamplona, Navarra, España. El estudio buscó evaluar, en el periodo de enero del 2000 a diciembre de 2011, todas las causas de los ingresos y reintegros hospitalarios de recién nacidos prematuros nacidos en este hospital.

Participaron en el estudio 297 niños prematuros que estuvieron ingresados en la UCI neonatal del Complejo Hospitalario B y reintegros en algún servicio hospitalario del hospital en cuestión, al menos una vez, en los 60 días tras el alta hospitalaria. Fueron excluidos del estudio aquellos que tenían como diagnóstico principal o secundario más de 37 semanas de gestación y 3 casos en los que no se encontró la edad gestacional y, por tanto, no se pudo saber si eran prematuros.

Fue utilizado para calcular los costos y

analizar todos los ingresos y reintegros la última versión del Manual de Descripción de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (AP-GRD v.25.0, 2010)

Los GRDs de ingreso en la UCI neonatal y los GRDs de reintegros fueron agrupados por semejanza/año.

Para calcular los costes fue multiplicado el peso de cada GRD por el precio de unidad de GRD de cada año, estipulado por el Servicio Navarro de Salud y con valores reajustados en los años de 1999, 2002, 2006 y 2010, publicados en los Boletines Oficiales de Navarra. Los años 2000 y 2001 se obtuvieron con valor en pesetas y fueron pasados a euros. Después de calculado el valor de cada GRD, fueron agrupados por año para obtener los gastos anuales tanto en los ingresos como en los reintegros.

Todos los aspectos éticos fueron seguidos con riguroso criterio.

RESULTADOS

En el periodo estudiado el número de recién nacidos prematuros atendidos en el Hospital Virgen del Camino fue de 2.429.

El 12, 22% de estos bebés (297) tuvieron que ser ingresados al menos una vez, en un periodo de 60 días tras alta hospitalaria.

Descripción del ingreso tras el parto.

Ingresos:

Un total de 297 niños prematuros precisaron un nuevo ingreso en el periodo de tiempo estudiado. De ellos, el 61, 27% fueron niños y el 38, 72% niñas.

La estancia media de ingreso en el momento del nacimiento fue de 32, 36 días con variación de 0 hasta 267 días.

Las causas de ingreso tuvieron un total de 24 GRDs distintos, con una variación del número de casos en cada uno que osciló entre 55 y 1.

Las causas más comunes de admisión en la UCI neonatal fueron:

- En primer lugar, con 55 casos, neonato con peso al nacer 1000 a 1499g sin procedimiento quirúrgico significativo, alta con vida (GRD 607).
- Seguido de 36 casos, con neonato peso al nacer 2000 a 2499g sin procedimiento quirúrgico significativo, diagnóstico neonato normal (GRD 620).
- En tercer lugar, con 29 casos, neonato peso al nacer 1500 a 1999g sin procedimiento quirúrgico significativo sin múltiples problemas mayores (GRD 612).
- Con 26 casos, en cuarto lugar, neonatos peso al nacer 1500 a 1999g sin procedimiento quirúrgico significativo con otros problemas (GRD 614).
- En quinto lugar, con 23 casos neonato peso al nacer 2000 a 2499g sin procedimiento quirúrgico significativo con problemas mayores (GRD 618).
- Seguido de 19 casos peso al nacer menor de 750g alta con vida (GRD 604).
- En séptimo lugar, con 16 casos de neonato peso al nacer 1500 a 1999g sin procedimiento quirúrgico significativo con múltiples problemas mayores o ventilación mecánica más de 95 horas (GRD 611).
- Seguido de 11 casos, neonato peso al nacer mayor de 2499g sin procedimiento quirúrgico significativo con diagnóstico neonato normal (GRD 629).
- En noveno lugar, con 10 casos, neonato peso al nacer 1500 a 1999, g con procedimiento quirúrgico significativo con múltiples problemas mayores (GRD 609) y, con 9 casos, neonato peso al nacer mayor de 2499g sin procedimiento quirúrgico significativo con problema mayor (GRD 627).

Podemos destacar que 47 de estos casos corresponden a niños que presentan un diagnóstico de neonato normal (GRDs 620 y 629). La estancia media de estos niños fue de 8, 48 días con variación de 0 hasta 25 días.

Hay, por otro lado, 45 bebés de éstos que son de alto riesgo, o sea, presentaron uno de los factores a seguir: múltiples problemas mayores, ventilación mecánica o extremo bajo peso (GRDs 604, 609 y 611). La estancia media para estos casos fue de 57, 86 días con variación de 19 hasta 133 días.

Descripción de los ingresos tras el alta inicial. Reingresos:

La mayor parte de los casos, 271 (91, 25%), presentaron un único reingreso.

En este grupo encontramos que el 60, 33% eran niños y 39, 67% niñas.

La estancia media de reingreso fue de 4, 61 días con variación de 0 hasta 57 días.

Los problemas que ocasionaran los reingresos tuvieron un total de 79 GRDs distintos.

El gráfico II recoge la información correspondiente a los GRD que presentaron 3 casos o más. Las bronquitis y asma sin complicaciones constituyen la causa más común de reingreso con un total de 34 casos, en segundo lugar encontramos los Procedimientos sobre hernia con 30 casos, siendo las Hemorragias con complicaciones, con 19 casos, la tercera causa en orden de frecuencia, seguida de bronquitis y asma con complicación mayor con 14 casos. También, con 14 casos, está otitis media e infecciones del tracto respiratorio superior. Con 10 casos está signos y síntomas respiratorios sin complicaciones.

Fuente: Unidad de Codificación del complejo hospitalario B, Pamplona, Comunidad Foral de Navarra. Elaboración propia.

Como es lógico, ante un número tan elevado de GRDs distintos, el número de casos correspondientes a alguno de ellos fue muy pequeño. En este sentido, observamos que más de la mitad de los GRDs (58%) tuvieron apenas un caso, con dos casos se presentó el 14%.

Cabe destacar que los problemas respiratorios, en conjunto, fueron los

responsables del mayor número de reingresos alcanzando un total de 114 casos. En segundo lugar, encontramos los problemas digestivos con 88 casos, seguidos, ya con menor incidencia, de problemas inmunológicos (13 casos); endocrinos y metabólicos, con 10 casos; urinarios, con 5 casos; y circulatorios, con 3 casos.

TABLA I: Principales Sistemas	N.º de casos
Sistema Respiratorio	114
Sistema Digestivo	88
Sistema Inmunológico	13
Sistema Endocrino, nutrición y metabolismo	10
Sistema Urinario	5
Sistema Circulatorio	3

FUENTE: Unidad de Codificación del complejo hospitalario B, Pamplona, Comunidad Foral de Navarra. Elaboración propia

La edad de reingreso ocurrió en mayor porcentaje (39%) entre 31 y 60 días después de la alta hospitalaria; en segundo lugar, encontramos los ingresos producidos de 61 a 90 días tras el alta (27%) y, en tercer lugar, se producen los reingresos de los recién nacidos hasta 30 días (18%) después del alta.

Los principales servicios de alta en las readmisiones hospitalarias fueron pediatría con 226 casos; cirugía infantil, con 53 casos, seguida de neonatología, con 15 casos.

Como se muestra en la tabla II, la estancia media más prolongada en el reingreso corresponde a problemas del sistema musculo esquelético y tejido conjuntivo con estancia media de 10, 5 días; seguida de las enfermedades y trastornos del riñón y vías urinarias, con 9, 12 días de ingreso; y, en

tercer lugar, de las enfermedades del sistema endocrino, con 7, 5 días. Los problemas del aparato respiratorio se sitúan en sexto lugar con una estancia media de 5, 66 días.

Casos con más de un reingreso:

Hubo un total de 26 bebés que reingresaron más de una vez. De estos niños, 22 precisaron dos reingresos, en 3 casos fueron necesarios tres ingresos sucesivos y, finalmente, un niño reingresó cuatro veces.

En este grupo el 76, 9% (20 bebés) eran niños y 23, 1% (6 bebés) niñas.

En relación a la estancia media observamos que en el ingreso fue de 44, 5 días mientras en los reingresos fue de 5, 2 días.

TABLA II: Principales causas. Reingresos por sistemas	Estancia media
Sistema nervioso	6,16
Enfermedades y trastornos de ojo	2,33
Enfermedades y trastornos del oído, nariz y faringe	1,83
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	5,66
Enfermedades y trastornos del aparato circulatorio	6,71
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	4,24
Sistema musculoesquelético y tejido conjuntivo	10,5
Enfermedades y trastornos de piel, tejido subcutáneo o mama	1
Enfermedades del sistema endocrino, nutrición y metabolismo	7,5
Enfermedades y trastornos del riñón y vías urinarias	9,12
Sangre, órganos hematopoyéticos y sistema inmunológico	0
Enfermedades infecciosas	3,36
Trastornos mentales	2

FUENTE: Unidad de Codificación del complejo hospitalario B, Pamplona, Comunidad Foral de Navarra. Elaboración propia

Hubo un total de 30 GRDs distintos siendo el responsable del mayor número de ingresos la bronquitis y asma sin complicaciones, con 11 casos.

Dos de los bebés que reingresan dos veces tienen el diagnóstico de alta, en el ingreso, de peso al nacer menor de 750g y reingresan por edema pulmonar e insuficiencia respiratoria y bronquitis y asma.

De los bebés que tuvieron 3 reingresos, uno tenía el diagnóstico inicial de neonato con peso al nacer 2000-2499g, con procedimiento quirúrgico significativo, sin múltiples problemas mayores (GRD 616), volviendo a reingresar dos veces por trastornos nutricionales y metabólicos misceláneos y otra por procedimiento mayor de estómago, esófago, duodeno, intestino delgado y grueso con complicaciones mayores. Los otros dos niños presentaron el diagnóstico de neonato

con peso al nacer 1000-1499g, sin procedimiento quirúrgico significativo, alta con vida. Uno de ellos volvió a reingresar por bronquitis y asma y otros diagnósticos del aparato respiratorio. El otro, por trastornos degenerativos del sistema nervioso, septicemia con complicación mayor y craneotomía.

El bebé que reingresa en cuatro ocasiones tiene el diagnóstico inicial de neonato con peso al nacer 1500-1999g con procedimiento quirúrgico significativo, con múltiples problemas mayores. Reingresa por procedimientos sobre riñón, uréter y vejiga; infecciones de riñón y tracto urinario y obstrucción congénita de la unión ureterovesical.

Los años de 2007 y 2011 tuvieron los costes más altos mientras los años de 2005 y 2010 tuvieron menos gastos.

En la tabla III podemos notar que los costes de los ingresos son mayores que los reingresos.



TABLA III: Costes Anuales (Euros)	Ingresos		Reingresos		TOTAL
	Coste Medio	Coste Total	Coste Medio	Coste Total	
2000	17066,60	392531,89	1146,69	40134,06	432665,95
2001	14601,77	350442,66	1380,61	49702,07	400144,73
2002	40368,71	363318,46	3556,63	56906,15	420224,61
2003	34211,88	376330,71	3358,67	53738,76	430069,47
2004	22188,45	399392,22	3635,70	69078,40	468470,62
2005	29919,85	269278,68	2298,15	32174,20	301452,88
2006	33751,79	371269,76	3026,57	48425,22	419694,98
2007	53630,95	804464,31	3473,43	59048,43	863512,74
2008	38210,89	534952,56	3351,87	53629,95	588582,51
2009	47212,44	519336,85	3814,00	57210,08	576546,93
2010	23546,80	282561,61	4262,44	59674,28	342235,89
2011	27342,57	765592,20	3531,51	98882,52	864474,72

FUENTE: Unidad de Codificación del complejo hospitalario B, Pamplona, Comunidad Foral de Navarra. Elaboración propia

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Ingresos:

Según los datos encontrados en el presente estudio, las principales causas de ingreso en la UCI neonatal fueron bajo peso al nacer asociado a prematuridad. En los partos prematuros sobretodo antes de la 32.^a semana de gestación, existen mayores riesgos de complicación para el recién nacido, como problemas respiratorios por inmadurez pulmonar, riesgo de hemorragia interventricular por fragilidad de los capilares cerebrales y susceptibilidad a las infecciones por la inmadurez del sistema inmunológico (Tamez e Silva, 2002). Todos estos factores explican el hecho de que cuanto más prematuro sea el recién nacido, menor su peso, mayor será su estancia en la UCI neonatal y mayor riesgo de complicaciones.

La estancia media de ingreso fue de 32, 36

días, mientras que la estancia media de reingreso fue de 4, 61 días. Podemos sugerir que debido la inmadurez de los órganos y los múltiples problemas que genera la prematuridad, la estancia en el ingreso es mayor que en el reingreso, ya que en este último los bebés vuelven por una causa específica.

El número de GRDs también varía en los dos grupos, mientras en el ingreso se agrupan en 24 GRDs distintos, en los reingresos alcanzan los 79.

Reingresos:

Nuestros resultados coinciden con los de Underwood, Danielsen e Gilbert, 2007 y Hayakawa et al, 2010, que encontraron como principales causas de reingresos hospitalarios las de origen respiratorio incluyendo bronquitis, asma, bronquiolitis y neumonías.

El desarrollo del pulmón fetal así como la producción de surfactante son necesarios para la función respiratoria normal. La síntesis de surfactante se inicia a partir de la 23.^a semana de gestación. La maduración anatómica y funcional de los pulmones requiere por lo menos 35 semanas de gestación. En los recién nacidos prematuros estas funciones están comprometidas, lo que causa una mayor incidencia de problemas respiratorios (Petrou *at al.*, 2003; Bonitto 2012).

Las infecciones causadas por virus son más frecuentes en climas templados, durante los meses de invierno y primavera, cuando las temperaturas son más bajas y hay la presencia de partículas en el aire. En España destacan, entre otros, el virus respiratorio sincital, influenza, parainfluenza, enterovirus, rinovirus y coronavirus.¹⁵ Podemos entender que, como en la región de Pamplona las temperaturas son extremas, o sea, en verano, muy calurosas; y en invierno, muy frías, además de ser una ciudad muy arbolada y de la presencia de partículas suspendidas en el aire en primavera, se favorece la aparición de enfermedades respiratorias).

La observación de los padres, principalmente en invierno y en primavera, así como el conocimiento de los principales signos y síntomas son valiosos para establecer un diagnóstico temprano y acertado. Sus percepciones respecto al curso de la enfermedad y su inicio son tan importantes como el conocimiento de la fisiopatología de cada enfermedad común a los prematuros o posible de desarrollar por su hijo, sea por la prematuridad o por histórico de tal enfermedad en el ámbito familiar.

En nuestro estudio, la mayoría de los reingresos se producen pasados 30 días tras el alta hospitalaria.

En este sentido, cabe plantearnos si el intentar que los padres permanezcan con sus hijos cuando éstos están hospitalizados les puede proporcionar una mayor formación acerca de las características normales de su hijo, de las enfermedades y problemas asociados a la prematuridad y de sus complicaciones para que, si el bebé desarrolla alguna enfermedad, los padres busquen ayuda médica cuando la misma aún este en su fase inicial, pudiendo disminuir el riesgo de un posible reingreso hospitalario, haciendo que el niño no tenga que pasar por el estrés de una hospitalización y disminuyendo así costes para el sector sanitario.

Así cómo también nos enseña el trabajo de Mucha, Selma e Silva (2015) los altos costos bien como los riesgos para los prematuros, nos señalan que invertir en atención primaria y prevención aún sigue siendo la mejor opción en este caso, indicando que el direccionamiento de los recursos deben de ser volcados para el ámbito de la salud pública con el objetivo de mejorar la asistencia a las mujeres embarazadas desde el momento inicial del embarazo hasta la Atención Temprana.

BIBLIOGRAFÍA

- Behrman, RE., Butler, AS., editors. (2007). *Preterm birth: causes, consequences, and prevention*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Bonito, RR. (2012). *Manual de Neonatología*. México: Mc Graw Hill.
- Donabedian, A. (1986). La investigación sobre la calidad de la atención médica. *Salud pública Méx.* 28, 324-327.
- Hayakawa *et al.* (2010). Incidência de Reinternação de Prematuros com Muito Baixo Peso Nascidos em um Hospital Universitário. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 14 (2), 324-329.
- Howson, CP., Kinney, MV., Lawn, JE. (2012). *Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros*. Nueva



- York: March of Dimes, PMNCH, Save the Children, Organización Mundial de la Salud.
- López, IC., García, MI. (2001) *Enfermería Pediátrica. Manuales de Enfermería*. 1.ª ed. Barcelona: Elsevier Masson.
 - *Manual de Descripción de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (AP-GRD v.25.0)*. (2010). Euskadi: Osakidetza.
 - Mucha, F., Selma, CF., Silva, GAG. (2015). Frecuencia e características maternas e do recém nascido associadas à internação de neonatos em UTI no município de Joinville, Santa Catarina-2012. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 15(2).
 - Oliván, JAS. Sistemas de información hospitalarios: el C.M.B.D. (1997). *Scire*. 3(2), 115-130.
 - Paolillo, E., et al. Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD). (2008). Experiencia con IR-GRD en el Sanatorio Americano, sistema FEMI. *Rev. Méd. Urug.* 24(4), 257-265.
 - Petrou, S. et al. (2003). The impact of preterm birth on hospital inpatient admissions and costs during the first five years of life. *Pediatrics*. 112, 1290-1297.
 - Ramírez, FR., Hübner GME. (2002). Sobrevida, viabilidad y pronóstico del prematuro. *Rev. méd. Chile*. 130 (8), 931-938.
 - Tamez, RN, Silva, MJP. (2002). *Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Asistencia del recién nacido de alto riesgo*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
 - Tommiska, V., Tuomnien, R., Fellman, V. (2003). Economic costs of care in extremely low birthweight infants during the first two years of life. *Pediatr Crit Care Med*. 4, 157-163.
 - Underwood, MA, Danielsen, B., Gilbert, WM. (2007). Cost, causes and rates of rehospitalization of preterm infants. *Journal of Perinatology*. 27, 614-619.

La formación en religiosidad y espiritualidad en los estudios de Grado en Enfermería

The formation in religiosity and spirituality in the studies of Degree in Nursing

A formação em religiosidade e espiritualidade nos estudos de Graduação em Enfermagem

Rocío de Diego Cordero¹, Cristina Suero Castillo², Juan Vega Escaño³

¹PhD, BSc, OHN, RN. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla. Correo electrónico: rdediego2@us.es

²RN. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla. Correo electrónico: cristinasuercastillo@gmail.com

³PhD student, MSN, OHN, RN. Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja adscrito a la Universidad de Sevilla. Correo electrónico: juanvegadue@gmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: De Diego Cordero, R., Suero Castillo, C. & Vega Escaño, J. (2019). La formación en religiosidad y espiritualidad en los estudios de Grado en Enfermería. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.29>

Correspondencia: Rocío de Diego Cordero. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla. C/ Avenzoar, n.º 9, 41003-Sevilla (Spain)
Correo electrónico de contacto: rdediego2@us.es

Recibido: 10/10/2018; Aceptado: 11/01/2019



ABSTRACT

The objective of this investigation has been to investigate the convenience of including religiosity/spirituality in the study plans of the nursing degree. To this end, a review of the scientific literature of the last 5 years (2012-17) has been carried out in the Cinalh, Scopus, Pubmed and Web Of Science (WOS) international databases. The descriptors used were "religion", "spirituality", "student", "nursing" and "education". The results suggest that the training needs of nursing students vary according to the population studied. There are also barriers in the acquisition of these skills in practice

with the existence of a materialistic nursing, focused on the biological and/or the fear of being misinterpreted. The bibliography evidences that including the subject of religiosity / spirituality in the nursing study plans obtains positive results in nursing care and in the personal sphere of the students themselves. As analyzed, it is considered convenient to include the subject of religiosity/spirituality in nursing degree studies due to the existing knowledge gap on this subject and the benefits associated with the treatment of these issues.

Keywords: Spirituality, religiosity, nursing students, education, training.

RESUMO

O objetivo desta investigação foi investigar a conveniência de incluir religiosidade/espiritualidade nos planos de estudo do grau de enfermagem. Para este fim, uma revisão da literatura científica dos últimos 5 anos (2012-17) foi realizada nos bancos de dados Cinahl, Scopus, Pubmed e Web of Science (WOS). Os descritores usados foram "religião", "espiritualidade", "aluno", "enfermagem" e "educação". Os resultados sugerem que as necessidades de treinamento de estudantes de enfermagem variam de acordo com a população estudada. Há também barreiras na aquisição dessas habilidades na prática com a existência de uma enfermagem materialista, focada no biológico e/ou medo de ser mal interpretada. A bibliografia evidencia que a inclusão do tema da religiosidade/espiritualidade nos planos de estudo em enfermagem obtém resultados positivos no cuidado de enfermagem e na esfera pessoal dos próprios estudantes. Conforme analisado, é considerado conveniente incluir o tema da religiosidade/espiritualidade em estudos de graduação de enfermagem devido à lacuna de conhecimento existente sobre este assunto e aos benefícios associados ao tratamento dessas questões.

Palavras-chave: Espiritualidade, religiosidade, estudantes de enfermagem, educação, treinamento.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación ha sido indagar la conveniencia de incluir materia de religiosidad/espiritualidad en los planes de estudio del grado en enfermería.

Para ello se ha llevado a cabo una revisión de la literatura científica de los últimos 5 años (2012-2017) en las bases de datos internacionales Cinahl, Scopus, Pubmed y

Web Of Science (WOS). Los descriptores usados fueron "religión", "espiritualidad", "estudiante", "enfermería" y "educación". Los resultados apuntan que las necesidades de formación de los estudiantes de enfermería varían según la población estudiada. También se evidencian barreras en la adquisición de estas competencias en la práctica con la existencia de una enfermería materialista, centrada en lo biológico y/o el temor a ser malinterpretados. La bibliografía evidencia que incluir la materia de religiosidad/espiritualidad en los planes de estudio de enfermería obtiene resultados positivos en los cuidados de enfermería y en la esfera personal del propio alumnado. Según lo analizado, se considera conveniente incluir la materia de religiosidad/espiritualidad en los estudios de grado en enfermería debido a la brecha de conocimientos existente acerca de este tema y los beneficios asociados al tratamiento de estas cuestiones.

Palabras clave: Espiritualidad, religiosidad, estudiantes de enfermería, educación, formación.

INTRODUCCIÓN

La cultura es un conjunto de creencias, ritos y acuerdos sobre cómo concebir e interpretar el mundo donde lo religioso/espiritual es un factor central (Aznar, 2016). No obstante, el abordaje de estas cuestiones es escaso en el ámbito de la educación superior. En el caso concreto de la formación en Enfermería, la bibliografía evidencia que tanto profesionales como estudiantes sienten la necesidad de recibir formación acerca de cómo satisfacer las necesidades espirituales de los usuarios a los que atienden (Sanabria Triana, Otero

Ceballos y Urbina Laza, 2002), no abordándose estas cuestiones desde la enseñanza universitaria.

Proporcionar asistencia religiosa promueve la humanización del sistema sanitario y se traduciría en una asistencia integral del paciente, de acuerdo con la definición de salud que propone la Organización Mundial de la Salud (Ministerio de Sanidad, 2011). Enfermería es una disciplina que se ha interesado por mirar a la persona desde una perspectiva integral y la tendencia debe de ser un aumento del interés por las necesidades espirituales de los/las pacientes. Entre las razones de brindar cuidados espirituales se encuentran los beneficios que se obtiene de esta práctica para el paciente como para el propio profesional: el/la paciente se siente valorado/a, acepta mejor su enfermedad, mantiene esperanzas en su curación y se siente más resistente; el personal de enfermería siente satisfacción de haber brindado cuidados humanizados, obtiene emociones positivas y con ellos aumenta la calidad de la vida laboral. Otra de las razones radica en las limitaciones del saber de la ciencia. Cuando la ciencia ha agotado sus motivos, la espiritualidad/religión puede suponer otras fuente de apoyo para la persona, y para el/la enfermero/a es una potente herramienta que ayuda al paciente en su proceso de salud-enfermedad (Nascimento *et al.*, 2016). De no tener en cuenta las necesidades religiosas/espirituales de los/las usuarios/as éstos/as se mostrarán tensos/as e insatisfechos/as con la asistencia recibida dando lugar a resultados desfavorables, en ocasiones, con consecuencias muy negativas (Melguizo y Alzate, 2008).

La bibliografía muestra una larga lista de beneficios que la religión/espiritualidad ejerce en el proceso de salud-enfermedad.

Sin embargo, en la práctica las necesidades fisiológicas de los/las pacientes son atendidas de manera prioritaria (Nascimento *et al.*, 2016) de forma que las necesidades espirituales no las reconocen, no las satisfacen o no hacen frente a ellas.

Satisfacer las necesidades religiosas de los/las pacientes pasan a no ser una opción sino un componente esencial del cuidado de enfermería. Enfermería queda en el compromiso de ofrecer una atención integral al paciente (Neil Cope, Azofeifa Ugalde y Calderón Montero, 2012); por ello es necesario que los/las futuros/as profesionales de enfermería atiendan a las necesidades espirituales y contemplen al ser humano en toda su complejidad (Melguizo Herrera y Alzate Posada, 2008).

OBJETIVO

Indagar la conveniencia de incluir materia de religiosidad/espiritualidad en los planes de estudio del grado en enfermería.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda de bibliografía científica en las bases de datos Pubmed, Cinahl, Scopus y Web of Science (WOS), seleccionado los trabajos publicados en los últimos 5 años (2012-2017). Los descriptores usados fueron “religión”, “espiritualidad”, “estudiante”, “enfermería” y “educación”, combinados mediante los booleanos AND y OR. Los criterios de inclusión fueron artículos con acceso a texto completo, publicados entre 2012-2017, en los idiomas inglés, portugués y español y los criterios de exclusión fueron que estuviesen escritos en idiomas distintos a los indicados, como coreano y chino, así como que se tratase de fuentes repetidas. La búsqueda obtuvo un total de 611 artículos

potencialmente relevantes de los que se han seleccionado 28.

RESULTADOS

Los principales hallazgos identificados tras el análisis de la bibliografía fueron “necesidades de formación en

religiosidad/espiritualidad del alumnado de enfermería” (A); “principales dificultades del alumnado de enfermería al abordar temas de religiosidad/espiritualidad” (B) y “beneficios de incluir materia de religiosidad/espiritualidad en los planes de estudios del grado en enfermería” (C), quedando recogidos en la siguiente tabla (Tabla 1):

TABLA 1: Análisis y síntesis de los resultados. Categorización temática

Autor/es y año	País	Metodología y Muestra	Objetivos	Principales resultados	Categoría
(Abbasi <i>et al.</i> , 2014)	Irán	Estudio descriptivo-comparativo (283 estudiantes de enfermería)	Comparar 3 variables entre los estudiantes de enfermería de 1.º y 4.º año de carrera: bienestar espiritual, espiritualidad y las perspectivas de cuidado espiritual	No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en ninguna de las variables estudiadas	C
(Burkhart y Schmidt, 2012)	Estados Unidos	Ensayo aleatorio controlado (59 estudiantes de enfermería)	Probar la eficacia de un programa educativo y reflexivo de atención espiritual	Se revela un aumento estadísticamente significativo en la capacidad percibida de los estudiantes para proporcionar cuidado espiritual además de mejoría bienestar espiritual del propio estudiante	C
(Caldeira <i>et al.</i> , 2016)	Portugal y Brasil	<i>Estudio descriptivo transversal (129 estudiantes de enfermería)</i>	Estudiar el estado actual de la educación en enfermería sobre espiritualidad	Los estudiantes subrayaron la ausencia de educación sobre espiritualidad en el plan de estudio de enfermería	A
(Cone y Giske, 2013)	Noruega	Estudio cualitativo (19 profesores de enfermería)	Explorar cómo preparan a los estudiantes para reconocer las señales espirituales	Las competencias aumentan cuando se les permite evaluar y proveer cuidados espirituales en la práctica	C
(Connors, Good Gollery, 2017)	Florida (Estados Unidos)	Estudio descriptivo longitudinal (26 estudiantes de enfermería)	Examinar la eficacia de 3 estrategias de enseñanza en espiritualidad: educación en el aula, valoración espiritual en la práctica y simulación en el aula	El impacto de estos métodos de enseñanza en las percepciones de los estudiantes sobre la competencia y confianza para abordar aspectos espirituales de la atención enfermera fue estadísticamente significativo en las 3 fases del estudio	C

(Cooper y Chang, 2016)	Australia	Estudio cualitativo (6 estudiantes de enfermería)	Ver el impacto de una asignatura dedicada a cuidados espirituales en estudiantes de enfermería	Se muestra la necesidad de mayor preparación para proveer cuidados espirituales y reconocer mejor la necesidad de derivar a profesionales religiosos	C
(Cooper et al., 2013)	Australia	Revisión bibliográfica	Explorar la educación del cuidado espiritual en los programas de enfermería	Se evidencian mejoras en la percepción propia, conocimientos y actitudes, capacidad para responder verbalmente al dolor espiritual	C
(Coscrato y Villela Bueno, 2015)	Brasil	Estudio Cualitativo, utilizando el método de investigación-acción (9 estudiantes de enfermería)	Indagar las concepciones de los estudiantes sobre espiritualidad para instaurar acciones educativas en esta materia	La educación académica de enfermería es un momento idóneo para incluir temas de espiritualidad y humanización	C
(Costello, Atinaja-Faller y Hedberg, 2012)	Simmons (Estados Unidos)	<i>Estudio descriptivo transversal</i> (52 estudiantes de enfermería)	Saber si la simulación es un método eficaz para instruir en espiritualidad	Tras la simulación hubo actitudes más positivas hacia la valoración de las necesidades espirituales. Esto les ayudaría a estar en mayor sintonía con sus pacientes	C
(Cruz et al., 2017).	Arabia Saudí.	<i>Estudio descriptivo transversal</i> (338 estudiantes de enfermería)	Investigar la percepción de los estudiantes sobre el cuidado espiritual	No entienden la diferencia entre cuidado espiritual y religioso	B
(Culatto y Summerton, 2015)	Reino unido	<i>Estudio descriptivo transversal</i> (59 profesores de estudios de medicina y enfermería)	Conocer cómo las facultades de medicina y enfermería abordan los cuidados espirituales.	El 39,2% consideró que no tenía personal entrenado para enseñar a los alumnos acerca de espiritualidad.	B
(de Magalhães Oliveira et al., 2012)	Brasil	Estudio cualitativo (9 estudiantes de enfermería)	Investigar la opinión de los estudiantes sobre la dimensión espiritual del cuidar en la práctica de enfermería	La inseguridad es la principal barrera para el abordaje de la dimensión espiritual según los participantes	B
(Giske, 2012)	Noruega	Revisión bibliográfica	Conocer cómo aprenden los estudiantes de enfermería a brindar cuidados espirituales	Los estudiantes necesitan ver la implementación de la espiritualidad en la práctica	A
(Giske y Cone, 2012)	Noruega	Estudio cualitativo (42 estudiantes de enfermería)	Conocer el abordaje de los cuidados espirituales en el alumnado de enfermería	Se evidencia una falta de abordaje a la dimensión espiritual	B

(Hsiao <i>et al.</i> , 2012).	Taiwán	Estudio cuasiexperimental con estudiantes de enfermería (Grupo experimental N=39; Grupo control N=46)	Examinar los efectos de un programa de aprendizaje espiritual sobre la salud mental y el estrés percibido por los estudiantes	Mejora la propia salud espiritual y alivia el estrés en los estudiantes de enfermería	C
(Kalkim, Midilli y Baysal, 2016)	Turquía	<i>Estudio descriptivo transversal</i> (400 estudiantes de enfermería)	Determinar conocimientos y prácticas y percepciones de los estudiantes respecto a la atención espiritual.	Se señala como principales factores la falta de tiempo, de conocimiento, una adecuada educación, prioridad a los problemas físicos	B
(Lewinson, McSherry y Kevern, 2015)	Reino Unido	Revisión sistemática	Comprender la posición de la espiritualidad dentro de la educación enfermera	Las enfermeras son conscientes de los déficits de conocimientos y habilidades en el área espiritual del paciente. La educación en espiritualidad es crucial para brindar cuidados holísticos	A
(Murphy <i>et al.</i> , 2015)	Irlanda	<i>Estudio descriptivo transversal</i> (543 libros de enfermería básica)	Explorar si la espiritualidad está definida en la literatura científica sobre enfermería pediátrica	413 (76%) libros sin referencia a la espiritualidad o términos relacionados	B
(Ross <i>et al.</i> , 2016)	Gales, Malta, Noruega y Países Bajos	<i>Estudio descriptivo transversal</i> (618 estudiantes de enfermería)	Describir la autopercepción de los estudiantes al brindar espirituales	Los encuestados sienten menos competencia y habilidades en la aplicación de la espiritualidad con calidad	B
(Seylani <i>et al.</i> , 2016).	Irán	Estudio cualitativo (19 estudiantes de enfermería)	Explorar el proceso de desarrollo de la espiritualidad en los estudiantes de enfermería	El proceso de desarrollo de habilidades espirituales del estudiante es intuitivo y ocurre principalmente en el entorno clínico	A
(Tiew y Drury, 2012)	Singapur	Estudio cualitativo (16 estudiantes enfermería)	Investigar las actitudes de los estudiantes sobre el cuidado espiritual en la práctica clínica	Entre los factores influyentes en la práctica los entrevistados destacan: el enfoque técnico, falta de tiempo, diferencia de creencias, el miedo	B
(Tiew, Creedy y Chan, 2013)	Singapur	Estudio descriptivo transversal (16 estudiantes de enfermería de 3 instituciones diferentes en el último año de grado)	Investigar las percepciones del cuidado espiritual	La práctica de enfermería orientadas al modelo biomédico dificulta la comprensión de la dimensión espiritual en la práctica	B

(Timmins y Neill, 2013)	Irlanda	Revisión sistemática	Examinar los programas para la enseñanza de la espiritualidad en estudiantes de enfermería	Los estudiantes relatan una falta de información sobre cómo se debe valorar la espiritualidad	B
(Tirgari <i>et al.</i> , 2013)	Irán	Estudio cualitativo (11 enfermeras)	Conocer el significado de los cuidados espirituales desde la propia experiencia de las enfermeras	Se relata poca importancia al cuidado espiritual en la práctica	B
(Williams <i>et al.</i> , 2016)	Quincy (Estados Unidos)	Estudio pre-experimental (31 estudiantes de enfermería)	Examinar el efecto de la herramienta de valoración espiritual FICA sobre la comodidad espiritual en el cuidado del paciente	No hay cambios estadísticamente significativos en la provisión de cuidados espirituales tras el uso de la herramienta	C
(Wu, Liao y Yeh, 2012)	Taiwán	<i>Estudio descriptivo transversal en</i> (N=239 estudiantes de enfermería)	Explorar las percepciones del estudiante acerca del cuidado espiritual	La educación, la experiencia y el interés profesional afectan a las percepciones de los estudiantes de enfermería sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual	B
(Yilmaz y Gurler, 2014)	Turquía	Estudio cuasi-experimental (130 estudiantes de enfermería)	Medir eficacia de integrar espiritualidad en grado de enfermería respecto al conocimiento de espiritualidad y cuidado espiritual	Incrementar formación en espiritualidad puede ser básico para que se deje de ignorar el patrón de espiritualidad de la valoración enfermera	C
(Zakaria Kiaei <i>et al.</i> , 2015)	Irán	<i>Estudio descriptivo transversal</i> (259 enfermeras)	Explorar la percepción de las enfermeras en relación con la atención espiritual	Se perciben como principales obstáculos los horarios de trabajo, estrés laboral y falta de recursos	B

FUENTE: Elaboración propia

DISCUSIÓN

Según los diferentes estudios llevados a cabo en distintas regiones del mundo el alumnado de enfermería necesita contemplar los cuidados espirituales en la práctica y resalta la importancia de que la enseñanza universitaria lo apoye en este ámbito (Giske, 2012); desean conocer qué y cómo valorar el patrón de espiritualidad (Timmins y Neill, 2013) e incluso tienen grandes deseos de sentirse enfermeros y

enfermeras competentes y brindar cuidados espirituales con calidad (Cruz *et al.*, 2017).

Respecto a las necesidades de formación en religiosidad/espiritualidad del alumnado de enfermería, según los resultados de Giske (2012) en Noruega, los estudiantes necesitan que los cuidados espirituales se traduzcan a la práctica para aprender además del concepto de espiritualidad, su implementación en la realidad, al igual que aprenden otras habilidades (Giske, 2012). En

Arabia Saudí, se evidencia la misma necesidad que siente el alumnado noruego, aunque éste tiene una base más pobre sobre conceptos relacionados con religiosidad/espiritualidad ya que no entiende la diferencia entre cuidado religioso y espiritual (Cruz *et al.*, 2017). De igual forma los resultados de un reciente estudio con alumnado iraní muestran que el desarrollo espiritual en el grado de enfermería es intuitivo, llegando a describir su primer año de carrera como frustrante (Seylani *et al.*, 2016). En Irlanda, los/las estudiantes necesitan saber qué y cómo se ha de valorar la espiritualidad ya que desde el ámbito académico se contempla la espiritualidad, pero no se enseña a valorarla en el proceso enfermero (Timmins y Neill, 2013). En un estudio europeo llevado a cabo en 2014 a partir de cuestionarios administrados a 618 estudiantes de enfermería de 6 universidades distintas se pone en evidencia que el alumnado tiene alguna base sobre espiritualidad, pero no se siente competente en la aplicación de cuidados espirituales de calidad (Ross *et al.*, 2016). También en 2016 se llevó a cabo un estudio en Estados Unidos con estudiantes de enfermería a los que se le proporcionó la herramienta de evaluación espiritual (FICA) durante sus prácticas clínicas para que la aplicaran con los pacientes. Ésta no sirvió más que para actuar de guía de valoración, pues los/las estudiantes no mejoraron su capacidad de brindar cuidados espirituales, ni se sintieron más competentes con esta herramienta pues se hacían evidentes sentimientos como incomodidad o incertidumbre al abordar la espiritualidad. Es por esto que se sugiere que desde el ámbito educativo universitario el alumnado trabaje la autoconciencia espiritual y habilidades de comunicación en contextos espirituales (Williams *et al.*, 2016). Esto

último es congruente con la llamada de atención que hacen Giske y Cone (2012) para que desde el ámbito universitario se apoye a los/las estudiantes en su trabajo de autoconciencia espiritual (mediante juegos de rol, estudios de casos) con el fin de detectar y saber responder a las señales espirituales en la práctica.

En lo que respecta a las principales dificultades del alumnado de enfermería en temas de religiosidad/espiritualidad, los estudios apuntan en primer lugar a una falta de importancia a la materia de religiosidad/espiritualidad ya que en la práctica observan que los/las profesionales olvidan estos conceptos y por tanto no pueden adquirir competencias acerca de los cuidados espirituales a pesar de estar motivados para ello (Wu, Liao y Yeh, 2012). En una intervención llevada a cabo por investigadores brasileños con estudiantes de enfermería se señala que la principal dificultad de los cuidados espirituales es la inseguridad, motivada por una falta de conocimiento en este ámbito; aseguran que las competencias en espiritualidad no se adquieren en el grado, por lo que es una importante brecha para el futuro profesional (de Magalhães Oliveira *et al.*, 2012). Las prácticas de enfermería orientadas a las tareas son vistas como un factor que dificulta la comprensión de la espiritualidad en la práctica (Tiew, Creedy y Chan, 2013). Coincide con la percepción del alumnado de Singapur, que además del enfoque materialista, comentan la diferencia de creencias enfermera-paciente y confiesan el miedo a ser malinterpretados (Tiew y Drury, 2012). El enfoque materialista de la enfermería puede tener importante relación con el creciente auge de la dimensión biológica en el mundo de la medicina, hecho que ya ha sido criticado en los resultados del estudio brasileño anteriormente citado

(Caldeira *et al.*, 2016). Por su parte, el miedo a ser malinterpretados o de imponer las propias creencias puede justificar que los/las estudiantes de enfermería obtengan los conocimientos que necesitan de una religión concreta y de bibliografía científica. Esto evidencia la distorsión existente entre los conceptos espiritualidad y religiosidad, la necesidad de que el alumnado conciban estos conceptos bien diferenciados (Tomasso, Beltrame y Lucchetti, 2011) y el desconocimiento de la numerosa evidencia disponible en la literatura científica acerca de la conexión entre religiosidad/espiritualidad y salud física y/o mental (Espinha *et al.*, 2013). No obstante, según evidencia una intervención llevada a cabo con alumnado taiwanés, el factor “conocimientos” no es el único ítem que dificulta la práctica de la espiritualidad, sino que además influye el interés profesional del alumno/a. De esta forma, la práctica del cuidado espiritual difiere según la conciencia e interés profesional y la satisfacción con la elección de carrera (Wu, Liao y Yeh, 2012). Caldeira *et al.* llevaron a cabo una intervención con estudiantes de enfermería brasileños y portugueses en el que “*muy importante*” supuso el 62% de las respuestas sobre la importancia de la espiritualidad en la formación de enfermería (Caldeira *et al.*, 2016). No obstante, en un estudio en Turquía con 400 estudiantes existe mayor importancia atribuida a la formación en espiritualidad del alumnado de enfermería siendo el 83’3% el que desea más información sobre los cuidados espirituales (Kalkim, Midilli y Baysal, 2016). Según la evidencia disponible, existen más factores que influyen en los cuidados espirituales además de los mencionados. Según el estudio brasileño que llevó a cabo Lucchetti (2011), el factor de pertenecer a alguna afiliación religiosa se relaciona

directamente con el interés por este tema (Tomasso, Beltrame y Lucchetti, 2011). Otro factor como practicar la propia religiosidad se correlaciona positivamente con la prestación de cuidados espirituales. El/la profesional de enfermería que cree en Dios tiende a brindar cuidados espirituales con más frecuencia y comodidad que los no creyentes (Lundmark, 2006). Asimismo, los temas relacionados con la espiritualidad/religiosidad deben de ser enseñados con intencionalidad y dirigidos hacia objetivos bien definidos. Sin estos requisitos, la educación de enfermería olvidará los contenidos de espiritualidad, como se comprobó en un estudio comparativo en Irán entre alumnos de 1.º y 4.º curso de enfermería. El objetivo era comparar variables espirituales entre alumnos de distinto curso y se encontró que las puntuaciones entre ambos grupos eran similares, es decir, los alumnos de 4.º curso aun habiendo recibido 3 años más de enseñanza que los de 1.º curso, poseían los mismos conocimientos y actitudes frente al cuidado espiritual (Abbasi *et al.*, 2014). En contraposición a estos resultados destacan los obtenidos por el grupo brasileño de trabajo de Tomasso, Beltrame y Lucchetti (2011), que encontraron que los/las estudiantes de cursos más avanzados se encontraban más preparados respecto a compañeros de cursos más bajos y con opiniones acerca de espiritualidad más afines a las de su profesorado. El motivo lo asocian a una mayor experiencia clínica y mayor entrenamiento con los pacientes. Se hace evidente en todos los estudios revisados que el alumnado de enfermería, aunque difiere en el grado de motivación, carece de conocimientos básicos para brindar cuidados espirituales (Cooper y Chang, 2016); (Tiew, Creedy y Chan, 2013). Se desea que la espiritualidad sea enseñada

como formación continua (Tiew, Creedy y Chan, 2013), como lección aparte y no de manera anecdótica en algunas asignaturas (Tirgari *et al.*, 2013).

Por último, respecto a los beneficios de incluir materia de religiosidad/espiritualidad en los planes de estudio del grado en enfermería, se evidencia que, con diversos métodos de aprendizaje en espiritualidad y simulaciones, se obtienen numerosos beneficios. De esta forma, el alumnado tras recibir formación acerca de espiritualidad/religiosidad y cuidados espirituales se ve a sí mismo más preparado para proveer cuidados espirituales (Cooper y Chang, 2016); (Connors, Good y Gollery, 2017) y cómodo en la provisión de estos cuidados (Connors, Good y Gollery, 2017), así como más tolerantes hacia nuevas culturas y creencias, dispuesto a derivar a profesionales religiosos como capellanes hospitalarios (Cooper y Chang, 2016), con capacidad de responder de manera empática al dolor espiritual, en mayor sintonía con el paciente (Costello, Atinaja-Faller y Hedberg, 2012), con conocimiento general sobre la comunicación en el cuidado espiritual (Hsiao *et al.*, 2012), mejor manejo del patrón creencias/espiritualidad en las valoraciones de enfermería (Yilmaz y Gurler, 2014) lo que contribuye a conseguir una verdadera atención integral (Lewinson, McSherry y Kevern, 2015). A su vez se encuentran beneficios en la propia salud del estudiante como la mejora de la propia salud espiritual (Hsiao *et al.*, 2012), mejoras en el bienestar existencial (Burkhart y Schmidt, 2012), así como el fomento de la reflexión y el alivio del estrés en las prácticas clínicas (Hsiao *et al.*, 2012).

Aun así, se plantean desafíos para quienes están involucrados en educar a los/las estudiantes en espiritualidad. Algunos

autores en pro de la enseñanza de la espiritualidad en el alumnado de enfermería investigan acerca de las mejores acciones educativas para este fin. Precisamente Croscato y Villela (2015) defienden la terapia de grupo como ocasión para adquirir habilidades en espiritualidad a la vez que contribuye a relaciones más comprensivas y en consonancia con la enfermería académica. Cooper *et al.* (2013) proponen invitar a los capellanes a enseñar a los estudiantes la atención espiritual desde su perspectiva. Por el contrario, Giske y Cone (2013) opinan que las competencias de los estudiantes aumentan cuando se les permite evaluar y proveer cuidados espirituales en la práctica clínica.

CONCLUSIONES

Las necesidades de formación del alumnado de enfermería en temas de espiritualidad/religiosidad varía en función del contexto sociocultural que se contemple estando ente las principales reclamaciones realizadas por el alumnado la implementación de los cuidados espirituales en la práctica clínica y la importancia a que desde el ámbito educativo universitario se enseñe a brindar estos cuidados de forma competente.

El alumnado señala numerosas dificultades a la hora de brindar los cuidados espirituales. Entre ellas, la incertidumbre y el miedo motivada por el desconocimiento en esta área; la presencia de una enfermería de orientación biológica y materialista en la práctica; la falta de profesorado adecuadamente entrenado para impartir lecciones sobre espiritualidad; y la existencia de factores personales como la falta de interés profesional y de práctica de la propia espiritualidad/religiosidad.

Tras llevar a cabo esta revisión, los

estudios apuntan a que numerosos son los beneficios que se obtienen al incluir materia de religiosidad/espiritualidad en los planes de estudios de enfermería como que el alumnado se siente más cómodo y mejor preparado para brindar estos cuidados, con mayor manejo de la valoración integral de enfermería; y que además favorece el bienestar existencial del propio alumno.

BIBLIOGRAFÍA

- Abbasi, M., Farahani-Nia, M., Mehrdad, N., Givari, A. y Haghani, H. (2014). Nursing students' spiritual well-being, spirituality and spiritual care. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 19(3), 242-7. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24949061>.
- Burkhart, L. y Schmidt, W. (2012). Measuring Effectiveness of a Spiritual Care Pedagogy in Nursing Education. *Journal of Professional Nursing*, 28(5), 315-321. DOI: 10.1016/j.PROFNURS.2012.03.003.
- Caldeira, S., Simões Figueiredo, A., da Conceição, A., Ermel, C., Mendes, J., Chaves, E., Campos de Carvalho, E. y Vieira, M. (2016). Spirituality in the Undergraduate Curricula of Nursing Schools in Portugal and São Paulo-Brazil. *Religions*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute, 7(12), 134. DOI: 10.3390/rel7110134.
- Cone, P. H. & Giske, T. (2013). Teaching spiritual care - a grounded theory study among undergraduate nursing educators», *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), 1951-1960. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04203.x.
- Connors, J., Good, P. y Gollery, T. (2017). Sing Innovative Teaching Strategies to Improve Nursing Student Competence and Confidence in Providing Spiritual Care. *Nurse Educator*, 42(2), 62-64. DOI: 10.1097/NNE.0000000000000301.
- Cooper, K. L. & Chang, E. (2016). Undergraduate nurse students' perspectives of spiritual care education in an Australian context, *Nurse Education Today*, 44, 74-78. DOI: 10.1016/j.NEDT.2016.05.020.
- Cooper, K. L., Chang, E., Sheehan, A. & Johnson, A. (2013). The impact of spiritual care education upon preparing undergraduate nursing students to provide spiritual care, *Nurse Education Today*, 33(9), 1057-1061. DOI: 10.1016/j.NEDT.2012.04.005.
- Coscrato, G. & Villela Bueno, S. M. (2015). Spirituality and humanization according to nursing undergraduates: an action research. *Investigación y educación en enfermería*, 33(1), 73-82. DOI: 10.1590/S0120-53072015000100009.
- Costello, M., Atinaja-Faller, J. & Hedberg, M. (2012). The Use of Simulation to Instruct Students on the Provision of Spiritual Care, *Journal of Holistic Nursing*, 30(4), 277-281. DOI: 10.1177/0898010112453330.
- Cruz, J. P., Alshammari, F., Alotaibi, K. A. y Colet, P. C. (2017) Spirituality and spiritual care perspectives among baccalaureate nursing students in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Nurse education today*, 49, 156-162. DOI: 10.1016/j.nedt.2016.11.027.
- Culatto, A. & Summerton, C. B. (2015). Spirituality and Health Education: A National Survey of Academic Leaders UK. *Journal of Religion and Health*, 54(6), 2269-2275. DOI: 10.1007/s10943-014-9974-4.
- Espinha, D. C. M., Camargo, S. M. de, Silva, S. P. Z., Pavelqueires, S. & Lucchetti, G. (2013). Opinião dos estudantes de enfermagem sobre saúde, espiritualidade e religiosidade, *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34, 98-106. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000400013&nrm=iso.
- Giske, T. (2012). How undergraduate nursing students learn to care for patients spiritually in clinical studies-a review of literature. *Journal of Nursing Management*, 20(8), n/a-n/a. DOI: 10.1111/jonm.12019.
- Giske, T. & Cone, P. H. (2012). Opening up to learning spiritual care of patients: a grounded theory study of nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, 21(13-14), 2006-2015. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.04054.x.
- Hsiao, Y.C., Chiang, H.Y., Lee, H.C. & Chen, S.-H. (2012). The Effects of a Spiritual Learning Program on Improving Spiritual Health and Clinical Practice Stress Among Nursing Students, *Journal of Nursing Research*, 20(4), 281-290. DOI: 10.1097/jnr.0b013e318273642f.
- Kalkim, A., Midilli, T. & Baysal, E. (2016) An Investigation of the Perceptions and Practices of Nursing Students Regarding Spirituality and Spiritual Care, *Religions*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute, 7(12), 101. DOI: 10.3390/rel7080101.
- Lewinson, L. P., McSherry, W. & Kevern, P. (2015). Spirituality in pre-registration nurse education and practice: A review of the literature, *Nurse education today*, 35(6), 806-14. DOI: 10.1016/j.nedt.2015.01.011.
- Lundmark, M. (2006). Attitudes to spiritual care among nursing staff in a Swedish oncology clinic.

- Journal of Clinical Nursing*, 15(7), 863-874. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2006.01189.x.
- Magalhães Oliveira, A. M., M., Lopes, M. E. L., Evangelista, C. B., Gouveia, E. M. de L., Costa, S. F. G., da & Alves, A. M. P. de M. (2012). The spiritual dimension of care in nursing practice: student's opinion», *Journal of Nursing UFPE on line*, 6(9), 2037-2044. DOI: 10.5205/1981-8963-V6I9A7306P2037-2044-2012.
 - Melguizo Herrera, E & Alzate Posada, M. Lucía (2008). Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Avances en Enfermería*, 26(1), 112-123. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12891>.
 - Ministerio de Sanidad (2011). *Guía de gestión de la diversidad religiosa en los centros hospitalarios*. Recuperado de https://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Guia_gestion_diversidad_religiosa.pdf.
 - Murphy, M. M., Begley, T., Timmins, F., Neill, F. & Sheaf, G. (2015). Spirituality and spiritual care – missing concepts from core undergraduate children's nursing textbooks. *International Journal of Children's Spirituality*, Routledge, 20(2), 114-128. DOI: 10.1080/1364436X.2015.1055458.
 - Nascimento, L. C., de Oliveira, F. C. S., Moreira Santos, T. de F., Pan, R., Flória-Santos, M., Alvarenga, W. A. & Melo Rocha, S. M. (2016). Atención às necessidades espirituais na prática clínica de enfermeiros. *Aquichan*, 16(2), 179-192. DOI: 10.5294/aqui.2016.16.2.6.
 - Neil Cope, C., Azofeifa Ugalde, E. & Calderón Montero, L. (2012). The nursing professional's intervention with the religious needs of the hospitalized person. *Enfermería en Costa Rica*, 2, 58-65.
 - Ross, L., Giske, T., Van Leeuwen, R., Baldacchino, D., McSherry, W., Narayanasamy, A., Jarvis, P. & Schep-Akkerman, A. (2016). Factors contributing to student nurses'/midwives' perceived competency in spiritual care. *Nurse Education Today*, 36, 445-451. DOI: 10.1016/j.nedt.2015.10.005.
 - Sanabria Triana, L., Otero Ceballos, M. & Urbina Laza, O. (2002). *Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería., Escuela Nacional de Salud Pública*. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm.
 - Seylani, K., Karlsson, S., Hallberg, I., Mohammadi, E. & Negarandeh, R. (2016). Spirituality Among Iranian Nursing Students During Undergraduate Study. *Nursing and Midwifery Studies*. DOI: 10.17795/nmsjournal33044.
 - Tiew, L. H., Creedy, D. K. & Chan, M. F. (2013). Student nurses' perspectives of spirituality and spiritual care. *Nurse Education Today*, 33(6), 574-579. DOI: 10.1016/j.nedt.2012.06.007.
 - Tiew, L. H. & Drury, V. (2012). Singapore Nursing Students' Perceptions and Attitudes About Spirituality and Spiritual Care in Practice: A Qualitative Study. *Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 30, 160-169.
 - Timmins, F. & Neill, F. (2013). Teaching nursing students about spiritual care-A review of the literature. *Nurse Education in Practice*, 13(6), 499-505. DOI: 10.1016/j.nepr.2013.01.011.
 - Tirkari, B., Iranmanesh, S., Ali Cheraghi, M. & Arefi, A. (2013). Meaning of Spiritual Care. *Holistic Nursing Practice*, 27(4), 199-206. DOI: 10.1097/HNP.0b013e318294e774.
 - Tomasso, C. S., Beltrame, I. L. & Lucchetti, G. (2011). Knowledge and attitudes of nursing professors and students concerning the interface between spirituality, religiosity and health. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 1205-1213. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500019&nrm=iso.
 - Williams, M. G., Voss, A., Vahle, B., 6 Capp, S. (2016). Clinical Nursing Education: Using the FICA Spiritual History Tool to Assess Patients' Spirituality. *Nurse Educator*, 41(4), E6-E9. DOI: 10.1097/NNE.0000000000000269.
 - Wu, L.F., Liao, Y.C. & Yeh, D.C. (2012). Nursing Student Perceptions of Spirituality and Spiritual Care. *Journal of Nursing Research*, 20(3), 219-227. DOI: 10.1097/jnr.0b013e318263d956.
 - Yilmaz, M. & Gurler, H. (2014). The efficacy of integrating spirituality into undergraduate nursing curricula. *Nursing Ethics*, 21(8), 929-945. DOI: 10.1177/0969733014521096.
 - Zakaria Kiaei, M., Salehi, A., Moosazadeh Nasrabadi, A., Whitehead, D., Azmal, M., Kalhor, R. & Shah Bahrami, E. (2015). Spirituality and spiritual care in Iran: nurses' perceptions and barriers. *International Nursing Review*, 62(4), 584-592. DOI: 10.1111/inr.12222.

Programas de vigilancia de recién nacidos de riesgo: experiencias municipales brasileñas

Newborn risk surveillance programs: Brazilian municipal experiences

Programas de vigilância de recém nascidos de risco: experiências municipais brasileiras

Deisi Cardoso Soares¹, Luiz Augusto Facchini², Sidnéia Tessmer Casarin³, Elaine Thumé⁴

¹Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Correo electrónico: soaresdeisi@gmail.com

²Médico. Doutor em Ciências Médicas. Professor Asociado do Departamento de Medicina Preventiva e Social e dos Programas de Pós-Graduação em Epidemiologia e em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Correo electrónico: luizfacchini@gmail.com

³Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Correo electrónico: stcasarin@gmail.com

⁴Enfermeira. Doutora em Epidemiologia. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Correo electrónico: elainethume@gmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Soares, D.C., Facchini, L.A., Casarin, S.T. & Thumé, E. (2019). Programas de vigilancia de recién nacidos de riesgo: experiencias municipales brasileñas. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.30>

Correspondencia: Deisi Cardoso Soares. Rua Gomes Carneiro, n. 1. Centro. Faculdade de Enfermagem. CEP: 96010-610. Pelotas-RS

Correo electrónico de contacto: rdediego2@us.es

Recibido: 10/10/2018; Aceptado: 11/01/2019.es



ABSTRACT

Objective: To identify newborns at risk surveillance programs for infant mortality within the Brazil, highlighting the operationalisation strategies and inclusion criteria.

Methods: A literature review in the database *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences and the portal of electronic journals *Scientific Electronic Library Online*. The articles that

were included addressed the description of the criteria for inclusion in programs for the surveillance of newborns at risk and their operationalization. Exclusion criteria were editorials or letters to the editor, opinion articles, summaries presented in annals, theses or dissertations.

Results: Seventeen articles described the eight programs experience, in four Brazilian states, in the Southeast and South. The identification of newborns at risk was done through interviews in hospitals or Live Birth

Declaration. The criteria used included biological and social risks, especially prematurity, low birth weight, maternal age and education.

Conclusion: Articles about the theme are scarce and among the risk factors identified, most are likely to change in actions related to prenatal care and health education.

Keywords: Newborn, risk factors, public health surveillance.

RESUMO

Objetivo: Identificar os programas brasileiros de vigilância de recém-nascidos de risco para mortalidade infantil, destacando as estratégias de operacionalização e os critérios para inclusão.

Método: Revisão integrativa da literatura na base de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde e no portal de revistas eletrônicas *Scientific Electronic Library Online*. Foram incluídos os artigos que abordavam a descrição dos critérios de inclusão em programas de vigilância de recém-nascido de risco e a operacionalização dos mesmos. Não foram incluídos os editoriais ou cartas ao editor, artigos de opinião, resumos apresentados em anais, teses ou dissertações.

Resultados: Dezessete artigos descreveram a experiência de oito programas, em quatro estados brasileiros, das regiões Sul e Sudeste. A identificação dos recém-nascidos era através de entrevistas nas maternidades ou da Declaração de Nascidos Vivos. Os critérios utilizados incluíam riscos biológicos e sociais, com destaque para prematuridade, baixo peso ao nascer, idade e escolaridade materna.

Conclusões: Artigos sobre o tema são escassos e dentre os fatores de risco

identificados, a maioria é passível de modificação em ações relacionadas ao cuidado pré-natal e educação em saúde.

Palavras chave: Recém-nascido, fatores de risco, programas e vigilância.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los programas brasileños de vigilancia de recién nacidos de riesgo de mortalidad infantil, destacando las estrategias de funcionamiento y los criterios para inclusión.

Método: Revisión integrativa de la literatura en la base de datos *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, Literatura Latino-americana y del Caribe en Ciencias de la Salud y en el portal de revistas electrónicas *Scientific Electronic Library Online*. Fueron seleccionados los artículos que abordaban la descripción de los criterios de inclusión en programas de vigilancia de recién nacido de riesgo y el funcionamiento de los mismos. No fueron incluidos los editoriales o cartas al editor, artículos de opinión, resúmenes presentados en anales, tesis o disertaciones.

Resultados: Diecisiete artículos describieron la experiencia de ocho programas, en cuatro estados brasileños, de las regiones Sur y Sudeste. La identificación de los recién nacidos fue a través de entrevistas en las maternidades o de la Declaración de Nacidos Vivos. Los criterios utilizados incluían riesgos biológicos y sociales, con evidencia para precocidad, bajo peso al nacer, edad y escolaridad materna.

Conclusiones: Los artículos sobre el tema son escasos y entre los factores de riesgo identificados, la mayoría es susceptible de modificación en acciones asociadas al cuidado pre-natal y educación en salud.

Palabras clave: Recién nacido, factores de riesgo, vigilancia em salud pública.

INTRODUÇÃO

A Política de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, no Brasil, visa assegurar ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, de modo a diminuir a mortalidade materna e infantil, assegurando assim, o desenvolvimento saudável das futuras gerações. A mortalidade infantil é um dos indicadores mais sensíveis para avaliar a situação de saúde e a condição social da população (Frias, Mullachery & Giugliani, 2009) tendo sido objeto de ações dirigidas à sua redução, pelo menos, desde a segunda metade do século XX. No Brasil, essas políticas públicas receberam particular destaque com a pactuação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, os quais propunham a redução da mortalidade infantil em dois terços entre os anos de 1990 e 2015 (ONU, 2000). Esta meta foi alcançada pelo país em 2011, com um coeficiente de 15,3 óbitos por 1000 nascidos vivos (Datusus, 2015; Ipea, 2014).

Estudos epidemiológicos identificaram os principais fatores associados à mortalidade infantil e subsidiaram uma estratégia de atenção denominada “enfoque de risco”, utilizada na programação dos serviços e no planejamento das ações em saúde (Cesar, 1995; Luhm, 2001). Em 2004, a publicação da agenda de compromissos visando à saúde integral da criança recomendou a vigilância do recém-nascido de risco, tendo como uma das linhas prioritárias a garantia do nascimento saudável. Considera risco para mortalidade os recém-nascidos filhos de mães adolescentes (< 18 anos), com baixa escolaridade (< 8 anos de estudo), residentes em área de risco, com história de morte de crianças menores de cinco anos na família, Os riscos atribuídos aos recém-nascidos incluem baixo peso ao nascer (< 2500 g), prematuridade (< 37 semanas de idade gestacional), asfixia grave no nascimento

(Apgar<7 no 5.º minuto de vida), internação ou intercorrências na maternidade ou em unidade de assistência ao recém-nascido (Brasil, 2004; 2011). Apesar do aparente consenso quanto a relevância dos programas de vigilância de situações de risco e de vulnerabilidade dos recém-nascidos, existem importantes lacunas em sua identificação e avaliação, tanto de suas estratégias operacionais, quanto de sua efetividade. Ainda, considerando a escassez de estudos sobre suas características e dinâmica organizacional, este artigo tem por objetivo identificar os programas brasileiros de vigilância ao recém-nascido de risco, destacando as estratégias de operacionalização e os critérios para inclusão.

MÉTODO

A presente pesquisa bibliográfica segue os pressupostos da revisão integrativa, que resgata estudos já publicados, os sistematiza e permite realizar análise, discussão e conclusões sobre um tema de interesse, com o propósito de aumentar a confiabilidade e profundidade das revisões. O processo seguiu os seguintes passos: seleção do tema e das palavras chaves; definição da base de dados para busca; estabelecimento dos critérios para seleção da amostra; identificação do panorama geral do resultado da busca; construção de um formulário para registro dos dados coletados e análise dos dados e interpretação dos resultados (Ganong, 1987). A pesquisa foi realizada em julho de 2014, na base de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no portal de revistas eletrônicas *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e no *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) a partir do motor

de busca Pubmed.

As publicações localizadas, no LILACS e no SCIELO, utilizaram os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): recém-nascido, risco, programa, fatores de risco, mortalidade infantil, vigilância, grupos de risco, atenção primária à saúde, programas e avaliação de programas e projetos de saúde. Para a busca, os descritores recém-nascido, risco e programas foram associados com o operador boelano “OR”, resultando em 24493 referências no LILACS e 19194 referências no SCIELO. Essas foram associadas, individualmente, através do operador boelano “AND” com os descritores: fatores de risco, mortalidade infantil, vigilância, grupos de risco, atenção primária, morbimortalidade infantil e projeto de saúde. Com essa estratégia foram encontradas 4199 referências no LILACS e 1848 no SCIELO. No MEDLINE foram associados os *Medical Subject Headings* (MESHs): *Infant, Newborn e Infant Mortality* resultando em 575219 referências. Após, esses resultados foram associados, individualmente, através do operador boelano “AND” com os MESHs: *Government Programs; Infant Mortality; Public Health Surveillance e Program Evaluation*, resultando em 60347 referências. Por último, os resultados foram associados através do operador boelano “OR” com o MESH *Primary Health Care*, resultando em 4511 referências.

Após as buscas, foram incluídos os artigos que abordavam na introdução, metodologia ou resultados a descrição dos critérios de inclusão nos programas de vigilância ao recém-nascido de risco e a operacionalização dos mesmos. Foram considerados como critérios de exclusão os editoriais ou cartas ao editor, artigos de

opinião, resumos apresentados em anais, teses ou dissertações. Dessa forma, 381 referências foram recuperadas no SCIELO e no LILACS e 1242, na busca realizada no MEDLINE. Para a seleção dos estudos não foi delimitado o período de publicação.

A próxima etapa consistiu em realizar a leitura dos títulos e dos resumos das referências selecionadas em todas as bases, resultando assim no descarte das referências da base MEDLINE e em 48 referências proveniente do LILACS e SCIELO. Assim, procedeu-se a leitura do texto na íntegra desses 48 artigos, sendo que 33 deles foram excluídos por não responderem ao objetivo desse estudo e quatro por tratarem-se de duplicatas, restando então, 11 artigos. Com vistas a qualificar os resultados e ampliar o campo de revisão e o corpus da análise, foram incluídas também seis referências citadas nos 11 artigos selecionados e que respondiam integralmente aos critérios de inclusão, porém não apareceram nas buscas realizadas nas bases de dados. Ao final de todo o processo de seleção foram selecionados 17 trabalhos, os quais compuseram o corpus do estudo. Depois de selecionados os estudos, realizou-se nova leitura, na íntegra, de todos os trabalhos capturados e, posteriormente, a sistematização dos achados e categorização, de acordo com a autoria, o ano de publicação, município, nome do programa, ano de implantação, operacionalização, fatores de risco utilizados para inclusão no programa de vigilância e as formas de monitoramento. Após, os dados foram agrupados em duas categorias: Estratégias de operacionalização dos programas e Critérios para inclusão dos recém-nascidos nos programas. Os fatores de risco de cada programa foram analisados e comparados com os manuais operativos do Ministério da Saúde (MS).

RESULTADOS

Dos 17 trabalhos selecionados todos eram artigos oriundos de pesquisas publicadas entre os anos de 1992 e 2013, sendo os tipos de estudos alternaram entre descritivos, transversais, de avaliação de programa ou de coorte. A maioria das publicações possuía o enfermeiro como primeiro autor (Machado, 2003; Rossetto & Pizzo, 2007; Paiva, Anselmi & Santos, 2002; Tonini, Tomazzoni, Maraschin & Schneider, 2002; Manoel, Carandina & Giarola, 2006; Luque, Lima, Carvalhaes, Tonete & Parada, 2011; Melo & Uchimura, 2011; Zurita & Uchimura, 2011; Zurita, Melo, Santana, Marcon & Uchimura, 2010; Sassá, Higarashi, Bercini, Arruda & Marcon, 2011; Lopes, Santander & Marcon, 2010; Barreto, Silva & Marcon, 2011) com maior destaque para as publicações oriundas de estudos do estado do Paraná (PR) (Rossetto & Pizzo, 2007; Paiva *et al.*, 2002; Tonini *et al.*, 2002; Melo & Uchimura, 2011; Zurita & Uchimura, 2011; Zurita *et al.*, 2010; Sassá *et al.*, 2011; Lopes *et al.*, 2010; Barreto *et al.*, 2011; Marques, Teston, Barreto, Furlan & Marcon, 2010; Zani, Merino, Teston, Serafim, Tsukuda & Marcon, 2011), principalmente da cidade de Maringá (PR) (Melo & Uchimura, 2011; Zurita & Uchimura, 2011; Zurita *et al.*, 2010; Sassá *et al.*, 2011; Lopes *et al.*, 2010; Barreto *et al.*, 2011; Marques *et al.*, 2010; Zani *et al.*, 2011). Os objetivos dos estudos variaram entre descrever os critérios de risco ao nascimento (Tonini *et al.*, 2002, Melo & Uchimura, 2011; Zurita & Uchimura, 2007), avaliar o programa de vigilância do recém-nascido de risco (Rossetto & Pizzo, 2007; Paiva *et al.*, 2002; Luque *et al.*, 2011; Rumel, Filho, Alello, Koyama & Rosenbaun, 1992; Baldin & Nogueira, 2008; Goulart, Xavier, Goulart, Somarriba, Almeida & Costa, 2003) e descrever a atenção a saúde da criança de risco no primeiro ano vida, no enfoque da

Atenção Básica e no contexto familiar (Machado, 2003; Manoel *et al.*, 2006; Sassá *et al.*, 2011; Lopes *et al.*, 2010; Barreto *et al.*, 2011; Marques *et al.*, 2010; Zani *et al.*, 2011).

No geral, os estudos que objetivaram avaliar o programa de vigilância utilizaram diferentes enfoques e métodos, porém a sua maioria apontou a importância do programa, assim como readequações, principalmente na atenção à criança nas Unidades Básicas de Saúde e investimentos dos gestores municipais. Do total das publicações foram identificados oito programas de vigilância de recém-nascido de risco, sendo três no estado de São Paulo, três no Paraná, um no Rio Grande do Sul e um em Minas Gerais. O município de Bauru, no estado de São Paulo (SP) foi pioneiro na implantação do programa de vigilância de recém-nascidos e desde 1986 instituiu o “Programa de Defesa da Vida dos Lactentes” (Rumel *et al.*, 1992), seguido pelo município de Santos (SP), em 1991 (Baldin & Nogueira, 2008).

Em Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul (RS) existe, desde 1992, o “Programa Prá-nenê” (Machado, 2003) e em Londrina (PR), foi implantado, em 1993, o “Programa de Vigilância de Recém-nascido de Risco” (Rossetto & Pizzo, 2007). Em 1995, foi iniciado o programa “Viver em Cascavel” do município de Cascavel (PR) (Paiva *et al.*, 2002; Tonini *et al.*, 2002) e o “Projeto Vida-ação” em Belo Horizonte, estado de Minas Gerais (MG) (Goulart *et al.*, 2003). Em 1997, a Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu (SP), implementou o Programa “Crescer Feliz” (Manoel *et al.*, 2006; Luque *et al.*, 2011) e, no ano 2000, em Maringá (PR) iniciou o “Programa de Vigilância ao Recém-nascido de Risco” (Melo & Uchimura, 2011; Zurita & Uchimura, 2007; Zurita *et al.*, 2010; Sassá *et al.*, 2011; Lopes *et al.*, 2010; Barreto *et al.*, 2013; Marque *et al.*, 2010; Zani *et al.*, 2011). Em

relação à operacionalização, dos oito programas localizados, seis realizavam a identificação de risco através da Declaração de Nascidos Vivo (DNV) (Machado, 2003; Rosseto & Pizzo, 2007; Paiva *et al.*, 2002; Tonini *et al.*, 2002; Manoel *et al.*, 2006; Luque *et al.*, 2011; Melo & Uchimura, 2011; Zurita & Uchimura, 2007; Zurita *et al.*, 2010; Sassá *et al.*, 2011; Lopes *et al.*, 2010; Barreto *et al.*, 2013; Marques *et al.*, 2010; Zani *et al.*, 2011; Goulart *et al.*, 2003) e os demais por meio de entrevistas com as puérperas nas maternidades complementadas por atividades de educação em saúde, tais como orientações às mães sobre amamentação, vacinação, cuidados com o recém-nascido e incentivo ao acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) (Rumel *et al.*, 1992; Baldin & Nogueira, 2008).

Quanto à classificação, a maioria dos programas incluía o recém-nascido que apresentasse um critério de risco isolado (maior risco) e/ou dois critérios de risco associados (menor risco) (Rosseto & Pizzo, 2007; Paiva *et al.*, 2002; Tonini *et al.*, 2002; Manoel *et al.*, 2006; Luque *et al.*, 2011; Melo & Uchimura, 2011; Zurita & Uchimura, 2011; Zurita *et al.*, 2010; Lopes *et al.*, 2010; Barreto *et al.*, 2013; Marques *et al.*, 2010; Zani *et al.*, 2011). Já em relação às características biológicas de inclusão nos programas foram identificados sete critérios, sendo que o peso de nascimento foi critério unânime, variando de 2500g a 2700g. A idade gestacional entre 36 e 37 semanas também foi referida pela grande maioria dos programas (Rosseto & Pizzo, 2007; Paiva *et al.*, 2002; Tonini *et al.*, 2002; Manoel *et al.*, 2006; Luque *et al.*, 2011; Melo & Uchimura, 2011; Zurita & Uchimura, 2011; Zurita *et al.*, 2010; Lopes *et al.*, 2010; Barreto *et al.*, 2013; Marques *et al.*, 2010; Zani *et al.*, 2011).

Dois terços dos trabalhos consideravam a malformação congênita como critério de

risco isolado (maior risco) (Manoel *et al.*, 2006; Luque *et al.*, 2011; Melo & Uchimura, 2011; Zurita & Uchimura, 2007; Zurita *et al.*, 2010; Sassá *et al.*, 2011; Lopes *et al.*, 2010; Barreto *et al.*, 2013; Marques *et al.*, 2010; Zani *et al.*, 2011; Rumel *et al.*, 1992; Baldin & Nogueira, 2008). O índice de Apgar do 5.^o minuto foi valorizado por cinco programas, com pontos de corte diferentes (Machado, 2003; Rosseto & Pizzo, 2007; Paiva *et al.*, 2002; Tonini *et al.*, 2002; Manoel *et al.*, 2006; Luque *et al.*, 2011; Melo & Uchimura, 2011; Zurita & Uchimura, 2007; Zurita *et al.*, 2010; Sassá *et al.*, 2011; Lopes *et al.*, 2010; Barreto *et al.*, 2013; Marques *et al.*, 2010; Zani *et al.*, 2011). Ser filho de mãe portadora de vírus da imunodeficiência humana (HIV) foi critério de risco para um terço dos programas (Manoel *et al.*, 2006; Luque *et al.*, 2011; Melo & Uchimura, 2011; Zurita & Uchimura, 2007; Zurita *et al.*, 2010; Sassá *et al.*, 2011; Lopes *et al.*, 2010; Barreto *et al.*, 2013; Marques *et al.*, 2010; Zani *et al.*, 2011). Ter permanecido internado ao nascer foi citado para três programas (Paiva *et al.*, 2002; Tonini *et al.*, 2002; Baldin & Nogueira, 2008) e a generalidade foi critério considerado de risco em apenas um (Machado, 2003). Os critérios sociais totalizaram 14 itens em nove programas, com uma distribuição média de cinco critérios por programa, destacando-se a idade materna inferior a 18 anos, analfabetismo e possuir mais de três filhos vivos.

A identificação da idade materna como risco variou de 17 anos a menor de 20 anos (Machado, 2003; Rosseto & Pizzo, 2007; Manoel *et al.*, 2006; Luque *et al.*, 2011; Melo & Uchimura, 2011; Zurita & Uchimura, 2007; Zurita *et al.*, 2010; Sassá *et al.*, 2011; Lopes *et al.*, 2010; Barreto *et al.*, 2013; Marques *et al.*, 2010; Zani *et al.*, 2011; Rumel *et al.*, 1992; Goulart *et al.*, 2003), e um dos programas acrescentou idade igual ou superior a 40

anos (Paiva *et al.*, 2002; Tonini *et al.*, 2002). Ser analfabeta foi critério para a maioria dos programas (Machado, 2003; Manoel *et al.*, 2006; Luque *et al.*, 2011; Baldin & Nogueira, 2008; Goulart *et al.*, 2003), outros ampliaram os anos de estudo entre oito anos ou 1.º grau incompleto (Paiva *et al.*, 2002; Tonini *et al.*, 2002; Melo & Uchimura, 2011; Zurita & Uchimura, 2007; Zurita *et al.*, 2010; Sassá *et al.*, 2011; Lopes *et al.*, 2010; Barreto *et al.*, 2013; Marques *et al.*, 2010; Zani *et al.*, 2011). Nascimento por parto domiciliar ou extra-hospitalar foram considerados por quatro programas (Machado, 2002; Paiva *et al.*, 2002; Tonini *et al.*, 2002; Manoel *et al.*, 2006; Luque *et al.*, 2011; Melo & Uchimura, 2011; Zurita & Uchimura, 2007; Zurita *et al.*, 2010; Sassá *et al.*, 2011; Lopes *et al.*, 2010; Barreto *et al.*, 2013; Marques *et al.*, 2010; Zani *et al.*, 2011). Possuir três filhos ou mais foi critério citado em três programas (Paiva *et al.*, 2002; Tonini *et al.*, 2002; Manoel *et al.*, 2006; Luque *et al.*, 2011; Melo & Uchimura, 2011; Zurita & Uchimura, 2007; Zurita *et al.*, 2010; Sassá *et al.*, 2011; Lopes *et al.*, 2010; Barreto *et al.*, 2013; Marques *et al.*, 2010; Zani *et al.*, 2011), e outros dois indicavam ter dois ou mais filhos menores de quatro anos (Rumel *et al.*, 1992; Baldin & Nogueira, 2008). História de óbito de outros filhos foi critério em um terço dos programas (Paiva *et al.*, 2002; Tonini *et al.*, 2002; Manoel *et al.*, 2006; Luque *et al.*, 2011; Melo & Uchimura, 2011; Zurita & Uchimura, 2007; Zurita *et al.*, 2010; Sassá *et al.*, 2011; Lopes *et al.*, 2010; Barreto *et al.*, 2013; Marques *et al.*, 2010; Zani *et al.*, 2011). Já o chefe de família sem emprego, mãe sem companheiro (Baldin & Nogueira, 2008) e baixas condições socioeconômicas representavam risco para dois programas (Manoel *et al.*, 2006; Luque *et al.*, 2011; Melo & Uchimura, 2011; Zurita & Uchimura, 2007; Zurita *et al.*, 2010; Sassá *et al.*, 2011; Lopes *et al.*, 2010; Barreto *et al.*, 2013; Marques *et al.*,

2010; Zani *et al.*, 2011; Rumel *et al.*, 1992).

Com relação às consultas de pré-natal, três programas consideraram o número de consultas, variando entre três (Rumel *et al.*, 1992), quatro (Manoel *et al.*, 2006; Luque *et al.*, 2011) e seis (Machado, 2002). Apenas um programa considerava a presença de distúrbio psiquiátrico da mãe como risco para o recém-nascido (Machado, 2003). E dois avaliavam pais dependentes químicos como risco (Manoel *et al.*, 2006; Luque *et al.*, 2011; Melo & Uchimura, 2011; Zurita & Uchimura, 2007; Zurita *et al.*, 2010; Sassá *et al.*, 2011; Lopes *et al.*, 2010; Barreto *et al.*, 2013; Marques *et al.*, 2010; Zani *et al.*, 2011).

Após identificação de risco, o acompanhamento previa um trabalho articulado com a rede de atenção primária à saúde, na qual a criança teria atendimento prioritário. Foram identificadas duas formas de encaminhamento, uma delas, poderia ser através do agendamento da primeira consulta do recém-nascido na UBS de referência (Rosseto & Pizzo, 2007; Paiva *et al.*, 2002; Tonini *et al.*, 2002; Manoel *et al.*, 2006; Luque *et al.*, 2011; Melo & Uchimura, 2011; Zurita & Uchimura, 2007; Zurita *et al.*, 2010; Sassá *et al.*, 2011; Lopes *et al.*, 2010; Barreto *et al.*, 2013; Marques *et al.*, 2010; Zani *et al.*, 2011; Rumel *et al.*, 1992; Baldin & Nogueira, 2008; Goulart *et al.*, 2003) da família ou então, a partir do envio de uma lista à UBS com os dados dos recém-nascidos de risco de sua área de abrangência (Machado, 2003). Em seis programas, a visita domiciliar para agendamento da primeira consulta ou busca ativa para faltosos fazia parte da estratégia de acompanhamento (Machado, 2003; Rosseto & Pizzo, 2007; Paiva *et al.*, 2002; Tonini *et al.*, 2002; Manoel *et al.*, 2006; Luque *et al.*, 2011; Melo & Uchimura, 2011; Zurita & Uchimura, 2007; Zurita *et al.*, 2010; Sassá *et al.*, 2011; Lopes *et al.*, 2010; Barreto *et al.*, 2013;

Marques *et al.*, 2010; Zani *et al.*, 2011; Baldin & Nogueira, 2008; Goulart *et al.*, 2003), com indicação em dois programas de ser realizada nos primeiros 10 dias de vida da criança (Manoel *et al.*, 2006; Luque *et al.*, 2011; Baldin & Nogueira, 2008).

O acompanhamento, na maioria dos programas, previa intervalo mensal entre as consultas até o primeiro ano de vida (Machado, 2003; Rosseto & Pizzo, 2007; Melo & Uchimura, 2011; Zurita & Uchimura, 2007; Zurita *et al.*, 2010; Sassá *et al.*, 2011; Lopes *et al.*, 2010; Barreto *et al.*, 2013; Marques *et al.*, 2010; Zani *et al.*, 2011), sendo que apenas um dos programas preconizava intervalo quinzenal (Manoel *et al.*, 2006;

Luque *et al.*, 2011). A inclusão de crianças no programa que não foram captadas ao nascimento, no primeiro ano de vida, foi citada em um dos programas (Baldin & Nogueira, 2008). A forma de inclusão ocorria por internação hospitalar no primeiro ano de vida ou pela identificação de risco nas UBS.

A Figura 1 apresenta os sete programas que utilizaram diferentes critérios de classificação de risco dos apontados na agenda de compromisso para saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil, no manual de atenção à saúde do recém-nascido e no caderno de pré-natal de baixo risco (Brasil, 2004; 2011; 2012a).

FIGURA 1: Programas de vigilância de recém-nascido de risco: critérios de risco de inclusão distintos dos preconizados pelo Ministério da Saúde

Programa de vigilância e ano de implantação	Critérios considerados de risco ao nascer
Programa de defesa da vida dos lactentes de Bauru, SP. 1986	Malformação congênita; Dois ou mais filhos menores de quatro anos; Chefe de família desempregado; Mãe sem companheiro; Pré-natal (≤ 3 consultas); Renda inferior a $\frac{1}{4}$ de salário mínimo.
Programa de recém-nascido de risco de Santos, SP. 1991	Malformação congênita; Dois ou mais filhos menores de quatro anos; Chefe da família sem emprego ou mãe como “chefe” da família; Mãe sem companheiro; Irmão menor de dois anos.
Programa Prá-Nenê de Porto Alegre, RS. 1993	Malformação congênita; Gemelaridade; Parto domiciliar; Pré-natal (< 6 consultas).
Projeto Ninar (Viver em Cascavel) – Cascavel - PR. 1995	Idade materna (< 20 ou > 40 anos); Parto domiciliar; Possuir três ou mais filhos vivos; Possuir um filho morto.
Programa Crescer Feliz de Botucatu, SP. 1997	Malformação congênita; Filho de mãe com soropositividade para vírus imunodeficiência humana; Parto extra-hospitalar; Possuir dois ou mais filhos mortos; Possuir três ou mais filhos vivos; Chefe da família sem emprego ou mãe como “chefe” da família; Mãe sem companheiro/apoio; Pré-natal (< 4 consultas).
Programa de Vigilância ao Recém-nascido de Risco do Município de Maringá, PR. 2000	Malformação congênita; Filho de mãe com soropositividade para vírus imunodeficiência humana; Parto extra-hospitalar; Possuir mais de três filhos vivos; Um ou mais filhos mortos; Chefe da família sem emprego; Mãe sem companheiro/apoio.

FONTE: Elaborado pelos autores

A malformação congênita e a gemelaridade foram os critérios biológicos acrescentados pelos programas, no entanto o maior destaque está nos critérios sociais, chegando a oito fatores diferenciais dos preconizados pelos manuais do MS. Nos programas de Londrina (Rosseto & Pizzo, 2007) e Belo Horizonte (Goulart *et al.*, 2003) foram encontrados um número menor de critérios e todos de acordo com o preconizado.

DISCUSSÃO

Estratégias de operacionalização dos programas

A maioria dos programas de vigilância de recém-nascido com risco para mortalidade infantil encontrados na literatura (06) foram implementados no Brasil na década de 90 e nas regiões Sul e Sudeste. Na época a taxa de mortalidade infantil era de 47,1 óbitos/1000 nascidos vivos, com importantes diferenças entre as regiões do país, sendo maior nas regiões Nordeste (75,8/1000) e Norte (45,9/1000) (Ipea, 2014). Em relação à estratégia para a identificação dos recém-nascidos de risco duas abordagens apareceram como disparadoras do processo. A primeira, e mais prevalente nas publicações, ancora-se na análise dos dados presentes na Declaração de Nascidos Vivos (DNV) e a segunda, na coleta de dados primários através de entrevistas com as puérperas na maternidade. A DNV possibilita a análise apurada do perfil demográfico dos recém-nascidos e de suas mães (Brasil, 2012a), porém apresenta limitações relacionadas à falta de dados sobre aspectos sociais, tais como: renda familiar, distúrbios psiquiátricos e uso de drogas. Um aspecto relevante que deve ser avaliado é a qualidade do preenchimento das DNV. Ao avaliar dados do Sistema de

Informações dos Nascidos Vivos (SINASC) de 2000, 2005 e 2010 foi verificada a falta de preenchimento nas variáveis número de filhos vivos (6,4%) e número de filhos mortos (11,9%), nas demais variáveis o percentual de não preenchimento ficou em torno de 5% e as ignoradas ou incorretas representaram cerca de 1,2% em 2010 (Brasil, 2012a).

Salienta-se que as entrevistas com as puérperas, na maternidade, apresentam como vantagem os aspectos sociais que podem ser coletados de forma mais precisa e a realização de ações de educação em saúde. Esta estratégia possui algumas limitações, como por exemplo, a fragilidade materna no momento da entrevista e a falha na identificação das crianças decorrente da forma de organização do trabalho com possíveis perdas em feriados e finais de semana. Entretanto, esta estratégia, pareceu ser mais adequada pela possibilidade de interação dos entrevistadores com as puérperas e suas famílias. Todos os programas destacaram que ao apresentar risco para mortalidade, as crianças deveriam ter atendimento prioritário, com a consulta na primeira semana de vida, seja na UBS ou no domicílio, tornando-se um momento propício para prevenir o desmame precoce, orientar a família nos cuidados à criança e reavaliar os riscos e vulnerabilidades detectadas ao nascer (Brasil, 2012b; 2012c). Nesta perspectiva, a visita domiciliar é uma importante estratégia de intervenção em situações de vulnerabilidade, experiência já consolidada no Brasil, através da Estratégia em Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários. A visita domiciliar tem o potencial de produzir resultados positivos na saúde e no desenvolvimento da criança e das famílias, tais como, a redução nas taxas de fertilidade, aumento do intervalo interpartal, melhoria do vínculo

familiar, provável redução da mortalidade infantil por causas evitáveis, além de um incremento na qualidade do cuidado materno, evitando atendimentos nos serviços de emergência, principalmente entre a população vulnerável e de menor renda (Avellar & Supplee, 2013; Nascimento, Leite, Almeida, Almeida & Silva, 2012).

A forma de monitoramento, descrita nos estudos, apontou as visitas domiciliares, a busca ativa de faltosos e a periodicidade das consultas como estratégias importantes, porém a maioria dos programas identificou fragilidades na construção do vínculo entre a equipe de saúde e a família dos recém-nascidos de risco, indicando a necessidade de uma atenção focada na condição de risco apoiando a família para um pleno desenvolvimento destas crianças (Brasil, 2011; Machado, 2003; Manoel *et al.*, 2006; Melo & Uchimura, 2011; Zurita & Uchimura, 2007; Zurita *et al.*, 2010; Sassá *et al.*, 2011; Lopes *et al.*, 2010; Barreto *et al.*, 2013; Marques *et al.*, 2010; Zani *et al.*, 2011).

Crítérios para inclusão dos recém-nascidos nos programas

Os programas com maior número de critérios de inclusão, descritos nos estudos, foram o de Botucatu e Maringá, abrangendo além dos aspectos biológicos, várias situações de risco sociais. Dentre os critérios biológicos o baixo peso ao nascimento e a prematuridade foram indicados pela maioria dos programas, ambos são associados, na literatura, aos cuidados de saúde materno e as condições socioeconômicas desfavoráveis (Hernandez, Silva, Agranonik, Quadros & Goldani, 2011). Nas últimas décadas houve um incremento na proporção de recém-nascidos de baixo peso no Brasil. Em 1996, o baixo peso representou 7,7%, atingindo 8,5%, em

2013 (Datasus, 2015). Este problema está diretamente relacionado à prematuridade que, em 2011, representou 11,8% dos nascimentos (Victora, Barros, Matijasevich & Silveira, 2013). Entre as causas relacionadas a esse fenômeno se destaca o aumento das intervenções obstétricas e do número de nascimentos múltiplos (Victora, Aquino, Leal, Monteiro, Barros & Szwarcwald *al.*, 2011). Em 2010, a malformação congênita foi a terceira causa de óbitos infantis no país e a segunda nas regiões Sul e Sudeste, sendo a primeira na região Sul para óbitos no período pós-neonatal (Brasil, 2012d). No entanto, no nível de programas de vigilância, sua presença pode ser subestimada, pois algumas malformações são de difícil diagnóstico ao nascimento (Neto, Zhang, Nicoletti & Barth, 2012).

Dentre os critérios sociais se destacam a baixa escolaridade e a idade materna, a presença de mais de três filhos vivos, o parto domiciliar e o número de consultas de pré-natal. No Brasil, observa-se a redução na mortalidade infantil de acordo com a escolaridade materna. Em 1996, a proporção de óbitos infantis de mães analfabetas foi de 8,8%, com redução para 4% em 2013 (Datasus, 2015c). Por outro lado, há uma estabilização na proporção de óbitos entre mulheres com maior escolaridade, apesar de sua associação com parto cesáreo, que por sua vez, pode elevar o número de recém-nascidos prematuros e de baixo peso (Hernandez *et al.*, 2011; Victora *et al.*, 2011). Em 1996, os óbitos infantis de mães com idade igual ou superior a 35 anos representaram 5,9% do total de óbitos em menores de um ano. Esta proporção praticamente dobrou em 2013, representando 11,2% (Datasus, 2015c). Nas últimas décadas houve um declínio na fecundidade da população brasileira,

segundo projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Ibge, 2015) esta taxa, em 2015, era de 1,72 filhos por mulher em idade fértil, sendo que em 2000 estava em 2,39. O número de filhos pode acarretar a divisão do cuidado materno, porém o maior problema parece não estar centrado, necessariamente, no número de filhos, mas sim no reduzido intervalo interpartal. O parto extra-hospitalar foi considerado como risco e apresenta tendência decrescente. Em 1996, das 75.024 crianças menores de um ano que foram ao óbito no Brasil, 16,5% nasceram no domicílio ou em via pública, entretanto, em 2013 estes percentuais reduziram-se para 5,9%. Essa queda significativa deve-se a um maior acesso aos serviços de saúde (Ibge 2015). A realização do acompanhamento pré-natal tem um papel fundamental na redução do número de recém-nascidos de risco. Ao se considerar um número mínimo de seis consultas pré-natais, observa-se uma assistência de qualidade que permite a identificação de infecções urinárias, retardo do crescimento intrauterino, prevenção de intercorrências, entre outros agravos (Nascimento *et al.*, 2012; Hernandez *et al.* 2012; Geib, Fréu, Brandão & Nunes, 2010). Além disso, propicia orientar sobre aleitamento materno, cuidados com recém-nascidos, tipos de parto e o empoderamento das mulheres e familiares.

Dentre as variáveis socioeconômicas, a baixa renda familiar e o fato residir em área de vulnerabilidade social são fatores importantes ao se considerar o risco para mortalidade infantil. Eles estão fortemente implicados nas práticas de cuidados de saúde das crianças, principalmente quando associados ao baixo peso, prematuridade e cuidados pré-natais inapropriados (Vettore, Gama, Lamarca, Schilithz & Leal, 2010). Os critérios para classificação de risco adotados

pelos programas, em sua maioria, estão em consonância com a Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (Brasil, 2004) apesar da implantação dos programas de vigilância terem sido em período anterior a publicação da agenda. No entanto, alguns programas ampliaram os critérios de risco tanto biológicos como sociais.

Em 2012, o Ministério da Saúde (Brasil, 2012a) sugeriu três novos indicadores: idade materna menor de 16 anos, soropositividade materna para vírus imunodeficiência humana, história de morte, aborto ou malformação por sífilis congênita em gestações anteriores, mães com distúrbio psiquiátrico ou usuárias de drogas que impeçam o cuidado à criança e oriundas de famílias sem fonte de renda, e a condição de criança manifestadamente indesejada. A revisão periódica dos critérios de risco, a partir da análise das causas e perfis dos óbitos infantis de cada município, amplia as possibilidades de captação e acompanhamento adequado das crianças de acordo com o perfil epidemiológico de morbimortalidade. Além disso, possibilita o esclarecimento dos elementos da cadeia de eventos determinantes do óbito, de modo a identificar as desigualdades em saúde e a realização de intervenções eficazes na redução da mortalidade infantil (Hartz, Champagne, Leal & Contandriopoulos, 1996).

Diversas alterações nas políticas de saúde, que possibilitaram maior autonomia nas ações de saúde nos municípios, concretizaram-se nas últimas décadas tais como: o Programa de Saúde da Família, o Programa de Redução da Mortalidade Infantil e a descentralização do financiamento do Sistema Único de Saúde (Viana & Poz, 2005).

De um modo geral, houve redução na mortalidade infantil em todos os municípios que implantaram programas de vigilância. O município de Santos apresentava, em 1995, uma taxa de mortalidade infantil de 30,3 óbitos/1000 nascidos vivos (NV), em 2013 esta taxa foi 13,9 óbitos/1000 NV. Em Belo Horizonte a taxa era de 35 óbitos/1000 NV e reduziu para 11,1/1000 NV em 2013. Neste período, em Porto Alegre a queda foi de 10, 4 pontos percentuais (pp) e em Maringá de 2,5 pp (Portal ODM, 2014; Datasus, 2015d). Porém, não existe evidencia que estabeleça uma relação causal entre a implantação dos programas e a redução na mortalidade. Atualmente observa-se um declínio no coeficiente da mortalidade infantil, principalmente dos óbitos ocorridos no período pós-neonatal. Esse componente agrega o maior contingente de fatores de risco evitáveis. Neste sentido, a priorização da atenção à saúde dos recém-nascidos que apresentam risco ao nascer ou durante o primeiro ano de vida (Brasil, 2011) possibilita o monitoramento da ocorrência de morbidades preveníveis pela atenção básica à saúde.

Portanto, o desafio contemporâneo está no enfrentamento da mortalidade no período neonatal precoce, o qual apresenta taxas elevadas em todo território nacional. A estratégia Rede Cegonha, elaborada com intuito de assegurar uma rede de cuidados às mulheres e aos recém-nascidos, poderá qualificar a atenção do pré-natal e do parto (Brasil, 2014).

CONCLUSÃO

A revisão da literatura permitiu o resgate das experiências municipais e os nove programas apontaram as estratégias operacionais, os principais critérios de risco

para monitoramento e prevenção da mortalidade infantil. A publicação em artigos técnicos científicos sobre o tema é incipiente, apesar da relevância da vigilância na identificação de riscos possibilitar uma postura proativa dos serviços de saúde.

Observou-se consonância entre os programas com relação aos fatores de risco biológicos. Dentre os riscos sociais, há necessidade de trabalhar as questões de forma intersetorial, com a diminuição do analfabetismo, do acesso ao planejamento familiar e a qualificação da atenção pré-natal e do parto de modo a evitar a prematuridade e o baixo peso.

REFERÊNCIAS

- Avellar, A.S. & Supplee, L.H. (2013). Effectiveness of Home Visiting in Improving Child Health and Reducing Child Maltreatment. *Pediatrics*, 132 (2), 90-99. Recuperado de http://pediatrics.aappublications.org/content/132/Supplement_2/S90.
- Baldin, P.E.A. & Nogueira, P.C.K. (2008). Fatores de risco para mortalidade infantil pós-neonatal. *Rev Paul Pediatr*, 26(2),156-60. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n2/a11v26n2.pdf>.
- Barreto, M.S., Silva, R.L.D.T. & Marcon, S.S. (2013). Morbidade em crianças menores de um ano consideradas de risco: estudo prospectivo. *Braz J Nurs*, 12 (1), 5-18. Recuperado de <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3999>.
- Cesar, C.L.G. (1995). *O Enfoque de Risco na Programação em Saúde*. São Paulo: Painel de debate.
- Ministério da Saúde. (2004). *Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2011). *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2012a). *Atenção ao pré-natal de baixo risco. Normas e Manuais Técnicos*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2012b). *Monitoramento de indicadores de qualidade dos Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos*

- Vivos (SINASC), nos anos 2000, 2005 e 2010. In: Ministério da Saúde. (2012b). *Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil. Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2012c). *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Normas e Manuais Técnicos*. Brasília: Ministério da Saúde.
 - Ministério da Saúde. (2012d). *Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000. Análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília: Ministério da Saúde.
 - Ministério da Saúde. (2014). *Humanização do parto e do nascimento. Cadernos HumanizaSUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
 - Ministério da Saúde. (2015). *Departamento de informática do SUS (Datasus)*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tdb2012/c01b.htm>.
 - Ministério da Saúde. (2015b). *Departamento de informática do SUS (Datasus)* Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sina/sc/cnv/nvuf.def>.
 - Ministério da Saúde. (2015c). *Departamento de informática do SUS (Datasus)* Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf09uf.def>.
 - Ministério da Saúde. (2015d). *Departamento de informática do SUS (Datasus)*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>.
 - Frias, P.G., Mullachery, P.H. & Giugliani, E.R.J. (2009). Políticas de saúde direcionadas as crianças brasileiras: breve histórico baseado na oferta de serviços de saúde. In: Ministério da Saúde (2009). *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema único de Saúde (SUS) no Brasil. Estatísticas e Informação em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
 - Ganong, L. H. (1987). Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*, 10(1), 1-11.
 - Geib, L.T.C., Fréu, C.M., Brandão, M. & Nunes, M.L. (2010). Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. *Ciênc Saúde Coletiva*, 15(2), 363-370. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a11.pdf>.
 - Goulart, L.M.H.F., Xavier, C.C., Goulart, E.M.A., Somarriba, M.G., Almeida, C.G. & Costa, A.L.D.G. (2003). Avaliação da ação de vigilância à morbimortalidade na periferia de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Rev Saúde Matern Infant*, 3(3), 291-304. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n3/17924.pdf>.
 - Hartz, Z.M.A., Champagne, F., Leal, M.C. & Contandriopoulos, A.P. (1996). Mortalidade infantil “evitável” em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. *Rev Saúde Pública*, 30 (4), 310-8. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v30n4/5081.pdf>.
 - Hernandez, A.R., Silva, C.H., Agranonik, M., Quadros, F.M. & Goldani, M.Z. (2011) Análise de tendências das taxas de mortalidade infantil e seus fatores de risco na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, no período de 1996 a 2008. *Cad Saúde Pública*, 27(11), 2188-2196. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n11/12.pdf>.
 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) *Brasil em síntese*. Recuperado de <http://brasilensintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total>.
 - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). (2014). *Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento*. Brasília: Ipea: MP, SPI. Recuperado de http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf.
 - Lopes, M.C.L., Santander, C.A. & Marcon, S.S. (2010). Acompanhamento dos recém-nascidos de risco de uma Unidade Básica de Saúde de Maringá-PR. *Rev. RENE*, 11(1), 114-24.
 - Luhm, K.R. (2001). *O enfoque de risco na organização de serviços de saúde materno-infantil: avaliação do modelo preditivo utilizado pelo Programa “Nascer em Curitiba Vale a Vida”*. [Tesis de maestria]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP.
 - Luque, A.L.F., Lima, C.M.G., Carvalhaes, M.A.B.L., Tonete, V.L.P. & Parada, C.M.G. L. (2011). Avaliação da atenção ao recém-nascido de risco, na perspectiva de uma política pública de saúde. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 19(2), 2838.
 - Machado, M.E. (2003). Atenção à saúde prestada ao recém-nascido de risco no primeiro ano de vida: um estudo na perspectiva do Programa Prá-Nenê. *Bol Saúde*, 17 (1), 21-38.
 - Manoel, C.M., Carandina, L., & Giarola, L.C. (2006). Programa de vigilância ao recém-nascido de risco: ações desenvolvidas no Centro de Saúde Escola de Botucatu, São Paulo. *Rev Paul Pediatría*, 24(3), 227-32.
 - Marques, F.B., Teston, E.F., Barreto, M.S., Furlan, C.R. & Marcon, S.S. (2010). A rede social em famílias com recém-nascidos de risco durante o primeiro ano de vida: um estudo descritivo exploratório. *Braz J Nurs*, 9(2), 122-130.
 - Melo, W.A. & Uchimura, T.T. (2011). Perfil e processo da assistência prestada ao recém-nascido

- de risco no Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*, 14(2), 37- 323.
- Nascimento, R.M., Leite, A.J.M., Almeida, N.M.G.S., Almeida, P.C. & Silva, C.F. (2012). Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 28(3), 559-572.
 - Neto Siedersberger, P., Zhang, L., Nicoletti, D. & Barth, M. F. (2012). Mortalidade infantil por malformações congênitas no Brasil, 1996-2008. *Rev AMRIGS*, 56 (2), 129-132. Recuperado de <http://www.amrigs.org.br/revista/56-02/original5.pdf>.
 - Organização das nações unidas (ONU). (2000). Resolução A/RES/55/2 de 8 de Setembro de 2000. Dispõe sobre a Declaração do Milênio.
 - Paiva, N.S.T., Anselmi, M.L. & Santos, C.B. (2002). Projeto "Viver em Cascavel": Análise do fluxo de informações. *Rev Latino-am Enfermagem*, 10(4): 537-43.
 - Portal ODM. (2014). *Acompanhamento brasileiro dos objetivos do milênio. Sistema de relatórios dinâmicos dos objetivos de desenvolvimento do milênio*. Recuperado de <http://www.relatoriosdinamicos.com.br/portaldom/4-reduzir-a-mortalidade-infantil>.
 - Rossetto, E.G. & Pizzo, L.G.P. (2007). Avaliação do programa de vigilância do recém-nascido de londrina-Paraná. *Cienc Cuid Saude*, 6(2), 148-156. Recuperado de <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4147>.
 - Rumel, D., Filho, D.C.C., Alello, S., Koyama, M. & Rosenbaun, W. (1992). Acurácia dos indicadores de risco do Programa de Defesa da Vida dos Lactentes em região do estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*, 26(1): 6-11. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v26n1/02.pdf>.
 - Sassá, A.H., Higarashi, I.H., Bercini, L.O., Arruda, D.C. & Marcon, S.S. (2011). Bebê de risco: acompanhando o crescimento infantil no primeiro ano de vida. *Acta Paul Enferm*. 24(4), 541-9.
 - Tonini, N.S., Tomazzoni, M.I., Maraschin, M.S. & Schneider, J.F. (2002). Identificação e análise dos fatores de risco biológicos e sociais das crianças nascidas em Cascavel-Paraná. *Arq Ciênc Saúde Unipar*, 6(1), 25-28.
 - Vettore, M.V., Gama, S.G.N., Lamarca, G.A., Schilithz, A.O.C. & Leal, M.C. (2010). Housing conditions as a social determinant of low birthweight and preterm low birthweight. *Rev Saúde Pública*, 44(6). Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n6/1739.pdf>.
 - Viana, A.L.D. & Poz, M.R.D. (2005). A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Coletiva*, 15(Suplemento), 225-264. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/02.pdf>.
 - Victora, C., Barros, F., Matijasevich, A. & Silveira, M. (2013). Pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas. Recuperado de http://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_e_possiveis_causas.pdf.
 - Victora, C.G., Aquino, E.M.L., Leal, M.C., Monteiro, C.A., Barros, F.C. & Szwarwald, C.L. (2011). Saúde de mães e criança no Brasil: progressos e desafios. *Lancet*. Recuperado de <http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>.
 - Zani, A.V., Merino, M.F.G.L., Teston, E.F., Serafim, D., Tsukuda, S.M. & Marcon, S. S. (2011). Recém-nascido de risco na percepção da mãe adolescente. *Rev. RENE*, 12(2), 279-86.
 - Zurita, R.C.M., Melo, W.A., Santana, R.G., Marcon, S.S. & Uchimura, T.T. (2010). Análise de correspondência para avaliação dos registros das informações dos recém-nascidos de risco. *Rev Gaucha Enferm*, 31(4), 623-32.
 - Zurita, R.C.M. & Uchimura, T.T. (2007). Programa de vigilância ao recém-nascido de risco no município de Maringá-Paraná. 2007. *Saud Pesq*, 4(1), 55-60 REDACADEMICA.

Educación para la salud de las mamas de mujeres ancianas a través de círculos de cultura

Health education of elderly women's breasts by circles of culture

Educação para saúde das mamas de mulheres idosas através de círculos de cultura

Államy Danilo Moura e Silva¹, Izabel Cristina Falcão Juvenal Barbosa², Inez Sampaio Nery³, Nayra Samanta Alves Luz⁴, Ana Fátima Carvalho Fernandes⁵

¹Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. Correo electrónico: allamydanilo@hotmail.com

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Floriano, Piauí, Brasil. Correo electrónico: izabelbarbosa@ufpi.edu.br

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. Correo electrónico: inezsampaionery11@gmail.com

⁴Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí. Floriano, Piauí, Brasil. Correo electrónico: nayrasamanta_21@hotmail.com

⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo. Professora de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. Correo electrónico: afcana@ufc.br

Cómo citar este artículo en edición digital: Silva, A.D.M., Barbosa, I. C.F.J., Nery, I.S., Luz, N.S.A. & Fernandes, A.F.C. (2019). Educación para la salud de las mamas de mujeres ancianas a través de círculos de cultura. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.31>

Correspondencia: Államy Danilo Moura e Silva Universidade Federal do Piauí. Campus Ministro Petrônio Portella. Departamento de Enfermagem. Teresina, Piauí, Brasil
Correo electrónico: allamydanilo@hotmail.com

Recibido: 08/11/2018; Aceptado: 22/01/2019



ABSTRACT

Introduction: Health education as the health promotion strategy should be a social practice focused on the daily questioning, appreciation of life experiences, adapted to different realities.

Objective: The study has the general objective to describe the development of educational activities for prevention and

early detection of breast cancer in older women through crop circles.

Methods: This is an exploratory descriptive research with a qualitative approach. Subjects were 13 elderly women enrolled in a Basic Health Unit in the city of Floriano, Piauí, Brazil. The theoretical foundation of culture circles created by Paulo Freire, and the lines evaluated by

Bardin content analysis.

Results: The crop circles were a dialogue enhancement of the environment in which the words were generated consonant with the experiences and living habits of the participants, encouraging interaction. Speaking at breast cancer, the words expressed were related to fear and despair, confirming the association of this neoplasm with feelings of intense sadness.

Conclusion: We conclude that the implementation of crop circles led to the implementation of the participant group, the reflectivity of their conduct to position themselves as protagonists of their history of health/illness related to what was put to discussion, facilitating the achievement of a better quality of life.

Keywords: Breast neoplasms, health promotion, health education.

RESUMO

Introdução: A educação em saúde como estratégia da Promoção da saúde, deve ser uma prática social focada na problematização do cotidiano, valorização das experiências de vida, adaptada às diferentes realidades.

Objetivo: O estudo tem como objetivo geral descrever o desenvolvimento de ações educativas para prevenção e detecção precoce do câncer de mama em mulheres idosas através de círculos de cultura.

Métodos: Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, com abordagem qualitativa. Participaram 13 mulheres idosas cadastradas em uma Unidade Básica de Saúde do município de Floriano, Piauí, Brasil. A fundamentação teórica foram os círculos de cultura criados por Paulo Freire, sendo as falas avaliadas por meio da análise de conteúdo de Bardin.

Resultados: Os círculos de cultura

constituíram um ambiente de valorização do diálogo em que as palavras geradas eram consoantes com as vivências e os hábitos de vida das participantes, favorecendo a interação. Ao falar em câncer de mama, as palavras expressadas estavam relacionadas a medo e desespero, confirmando a associação dessa neoplasia com sentimentos de intensa tristeza.

Conclusão: Conclui-se que a implementação dos círculos de cultura propiciou a capacidade de reflexão de suas condutas ao posicionarem-se como protagonistas de sua história de saúde/doença relacionada ao que era posto a discussão, facilitando o alcance de uma melhor qualidade de vida.

Palavras chave: Neoplasias da mama, promoção da saúde, educação em saúde.

RESUMEN

Introducción: La educación en salud como estrategia de la Promoción de la salud, debe ser una práctica social enfocada en la problematización del cotidiano, valorización de las experiencias de vida, adaptada a las diferentes realidades.

Objetivo: El objetivo general del estudio fue describir el desarrollo de acciones educativas para prevención y detección precoz del cáncer de mama en mujeres ancianas a través de círculos de cultura.

Métodos: Se trata de una investigación descriptiva exploratoria, con enfoque cualitativo. Participaron 13 mujeres ancianas registradas en una Unidad Básica de Salud del municipio de Floriano, Piauí, Brasil. Los fundamentos teóricos fueron los círculos de cultura creados por Paulo Freire, siendo que los discursos fueron evaluados por medio del análisis de contenido de Bardin.

Resultados: Los círculos de cultura

constituyeron un ambiente de valorización del diálogo en que las palabras generadas eran consonantes con las vivencias y los hábitos de vida de las participantes, favoreciendo la interacción. Al hablar en cáncer de mama, las palabras expresadas estaban relacionadas al miedo y desespero, confirmando la asociación de esa neoplasia con sentimientos de intensa tristeza.

Conclusión: Se concluye que la implementación de los círculos de cultura fomentó la capacidad de reflexión de sus conductas al posicionarse como protagonistas de su historia de salud/enfermedad relacionada a lo que era puesto en discusión, facilitando el alcance de una mejor calidad de vida.

Palabras clave: Neoplasias de mama, promoción de la salud, educación en salud.

INTRODUÇÃO

O significado pertinente para Promoção da Saúde ganhou atenção mais intensa a partir da segunda metade do século passado, sendo pauta de discursões e apresentada como um plano a nível mundial que visa diminuir os vários e recorrentes problemas de saúde que afetam a população, por meio da educação em saúde (Janini, Bessler & Vargas 2015; Pinheiro *et al.*, 2015). A educação em saúde como estratégia de Promoção da Saúde, deve ser uma prática social focada na problematização do cotidiano, valorização das experiências de vida, adaptada às diferentes realidades. Sendo uma prática social, a educação em saúde traz consigo uma visão cultural, definida pelos valores, crenças e as formas como as pessoas vivem e veem o mundo (Alves & Aerts, 2011). Dentre os métodos de educação em saúde, o Círculo de Cultura criado por Paulo Freire, é um ambiente onde

todos têm a palavra, leem e escrevem o mundo, constituindo um espaço de trabalho, pesquisa, ações, dinâmicas e vivências que possibilitam a construção coletiva do conhecimento (Monteiro & Vieira, 2010).

De forma explicativa, considera-se “Círculo” porque todos estão em volta de uma equipe de trabalho, norteados por um animador de debates que participa das atividades comuns em que todos aprendem e ensinam simultaneamente, tendo como objetivo principal, a participação ativa dialogada dos participantes. “De Cultura”, porque os círculos vão além da aprendizagem individual, produzindo modos inovadores, solidários e coletivos de pensar (Brandão, 2005). Com isso, este estudo justifica-se pelo pressuposto de que ações educativas devem fazer parte das ações em enfermagem, no papel de facilitador da aquisição de conhecimento para a prevenção de problemas de saúde pública difíceis de obter controle, como é o caso do câncer de mama, que apesar do incremento de novas tecnologias para o diagnóstico e da criação de novas políticas por parte das autoridades, observa-se uma elevada taxa de morbimortalidade.

O câncer de mama é um grave problema de saúde pública, devido à dificuldade de prevenção primária, que é a forma de eliminar os fatores de risco ou diagnosticar e tratar precocemente a neoplasia, constituindo-se como o tipo de câncer mais prevalente nas mulheres. A sua incidência está relacionada com a idade avançada, embora constitua uma neoplasia relativamente frequente em mulheres mais jovens (Checka *et al.*, 2012; Almeida & Zeferino, 2013; Fernandes *et al.*, 2012). Ainda que se tenha aumentado as ações em saúde do idoso nos últimos anos, o maior enfoque na promoção da saúde para essa faixa etária

não acompanha o ritmo de crescimento populacional dos idosos no mundo, onde esse fenômeno ocorre de forma radical e acelerada (Eliopoulos, 2011; Veras, 2009). Uma forma de melhorar a atenção ao idoso é fazendo-o com que crie um vínculo com o sistema de saúde, sendo a Unidade Básica de Saúde, um espaço privilegiado para atenção integral à saúde, já que sua proximidade com a comunidade possibilita atuar de forma contextualizada na realidade vivenciada pelo idoso, favorecendo a promoção da saúde (Gautério *et al.*, 2013).

Desse modo, fazemos o seguinte questionamento: Os círculos de cultura se constituem como estratégia eficaz na promoção de ações educativas em saúde mamária para mulheres idosas? Entende-se a necessidade de intensificar as ações de promoção da saúde da mulher idosa por meio de metodologias participativas, quanto às formas de detectar rápido o câncer de mama, diante de suas proporções de mortalidade. Ao considerar as características do envelhecimento e a necessidade de intensificar e criar novos meios para promover saúde da idosa no âmbito do câncer de mama, esse trabalho tem como objetivo descrever o desenvolvimento de ações educativas para prevenção e detecção precoce do câncer de mama em mulheres idosas através de círculos de cultura.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, tendo como método a pesquisa ação, desenvolvida nos meses de outubro e novembro de 2015, numa Unidade Básica de Saúde do município de Floriano, Piauí, nordeste do Brasil. A amostra foi composta por treze mulheres idosas que atenderam aos seguintes critérios

de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos, ser residente da área da Unidade Básica de Saúde onde a pesquisa foi executada, aceitar participar do estudo de forma voluntária após esclarecimentos dos objetivos da pesquisa e assinar termo de consentimento. Não fizeram parte da amostra, as idosas que possuísem diagnóstico de doença degenerativa neurológica, que impossibilitasse a tomada de decisões.

Para a coleta dos dados foram realizadas atividades educativas baseadas na fundamentação teórica dos círculos de cultura criado por Paulo Freire e entrevista semiestruturada. Foram iniciadas as atividades com o total de quatro círculos de cultura realizados em duas sextas feiras. Cada sexta aconteciam dois círculos com duração de uma hora e um intervalo com lanche e música dividindo-os. No. 1.º encontro: dinâmica de apresentação e discussão acerca do conceito de câncer instigando a geração de palavras. A partir das colocações das participantes, o facilitador abordou o conceito de câncer de uma forma clara e correlacionada com o cotidiano dos sujeitos envolvidos.

No. 2.º encontro: Diálogo sobre os métodos de autocuidado com suas mamas a partir do autoexame, geração de ideias sobre a temática detecção precoce, exame clínico das mamas e mamografia. 3.º encontro: Leitura do conto, uma história fictícia narrada pelo animador para instigar o raciocínio crítico das participantes, com base no conhecimento adquirido, e testar a tomada de decisão frente ao aparecimento de quaisquer lesões sugestivas do câncer de mama. 4.º encontro: Dinâmica de “palavras articuladoras de pensamento crítico” (Brandão, 2005). As palavras a serem propostas: idosa, saúde, amor, família e paz dentre outras, escritas em cartazes e

possuíam um desenho representativo, estimulando o diálogo entre todas as participantes.

Para a análise dos dados as informações organizadas através dos relatos transcritos na íntegra, analisados na ordem da convergência das falas, e em seguida agrupados em categorias semelhantes de análise de conteúdo conforme preconiza o referencial metodológico de Bardin, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de mensagens. Condição uma organização cronológica para as diferentes fases da análise de conteúdo, constituindo-se como: 1- pré-análise; 2- exploração do material e 3- tratamento dos resultados, inferência e a interpretação (Bardin, 2004).

Na fase 1, denominada de pré-análise, foi realizada a organização, caracterizando-se por um período de intuições que tem por objetivo sistematizar as ideias iniciais de forma a conduzir um plano de análises (Bardin, 2004). Nesta fase foram escolhidas as falas e formulada as hipóteses.

A exploração do material, compreende a fase 2, considerada longa e exaustiva por consistir na codificação ou enumeração de regras previamente formuladas. Foram feitas transformações dos dados brutos do texto, através de recorte, enumeração e classificação com o intuito de atingir uma compreensão do texto (Bardin, 2004).

Na fase 3, tratamento dos resultados, inferência e interpretação, os resultados brutos receberam um tratamento para tornarem-se válidos e significativos (Bardin, 2004). De posse destes resultados, foram realizadas as inferências e interpretações dos objetivos traçados e correlacionados à literatura pertinente.

Para manter o anonimato, as participantes foram codificadas com as siglas (P1, P2, P3... P13). Esta pesquisa faz parte do

macroprojeto intitulado “Um toque pela vida” que tem por objetivo desenvolver ações de educação e promoção da saúde para mulheres do referido município com enfoque na prevenção e detecção precoce do câncer de mama, que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal do Piauí sob o parecer: 0214.0.045.000-11. Buscou-se atender as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, a qual se refere às pesquisas com seres humanos e destaca a proteção ao bem estar dos indivíduos pesquisados, bem como o respeito aos valores culturais, morais, religiosos e éticos.

RESULTADOS

Ao iniciarem as ações, realizou-se a dinâmica dos “pares de rosas” onde disponibilizou-se um buquê com rosas em pares de cores distintas. As idosas que pegassem as rosas correspondentes ao par deveriam conversar, depois apresentar uma a outra ao grupo e ainda complementar a fala com suas expectativas quanto aos encontros. A dinâmica de apresentação serviu para familiarizar os participantes do círculo e tornar um ambiente relacional.

Palavras geradoras por meio das definições do câncer de mama

De acordo com a proposta dos círculos de cultura, nesse primeiro momento as participantes foram estimuladas ao diálogo e geração de palavras que norteassem o debate, a partir do questionamento do que significava o câncer para elas:

Tenho muitas dúvidas sobre câncer, porque quando se ver, de repente a doença aparece, como na minha vizinha (P1).

Ouvi dizer que é perigoso e mata ligeiro (P8).

Já eu, tenho horror! Eu não gosto nem de falar no câncer, eu digo é: aquela doença feia (P3).

Percebemos, diante das falas, uma forte associação do câncer como uma doença muito ruim, talvez como uma das piores na percepção das mulheres, quando referem palavras como medo, horror e angústia que vêm relacionadas às dúvidas também relatadas. Com isso, iniciaram-se os procedimentos de educação em saúde propriamente ditos, conceituando o câncer de mama de uma forma leve e criativa comparando-o com um caranguejo, diante de suas características de esconder-se e por possuir patas espalhadas com poder de fixação, além de sua agressividade e imprevisibilidade:

Do mesmo jeito é um carrapato quando gruda nos bichos, e ainda se escondem. Se a gente demorar para ver, fica empestado (P9).

A fala da P9 ao fazer analogia com algo mais próximo da realidade local, reflete alguns pressupostos da educação popular segundo Freire (2007) em que esta se fundamenta na criatividade e estimula a reflexão e ação das pessoas sobre sua realidade, onde o facilitador precisa perceber-se como aprendiz, diante de um ambiente cultural particular, buscando adotar o caráter e as necessidades sociais e culturais dos participantes, no processo educativo.

Percebeu-se a repetição das palavras “medo” e outras que denotam sentimentos de estigma, que se intensificaram com algumas informações epidemiológicas sobre o câncer de mama que foram colocadas ao introduzir essa parte da conversa:

Me dar medo também... Ainda mais para mim que tive gente minha doente com isso (P10).

O câncer nas mamas é o que dá mais medo, porque parece que é mais perigoso e que mata

mais, passou até no jornal (P7).

Falas como essas supracitadas ocasionou um ambiente de valorização da escuta e eufemismo por parte do animador, quanto às informações explanadas, com intuito de não causar sensacionalismo e aumentar as preocupações com o câncer de mama, a partir dos dados negativos narrados. Nesse contexto, para diminuir a tensão e tranquilizar as participantes, objetivou-se então gerar pensamentos positivos a partir de uma boa notícia norteadora: Quanto mais cedo o câncer de mama for descoberto, maiores são as chances de cura. E o que fazer para prevenir problemas maiores?

Tem a mamografia, que é um exame que aperta. Eu sei que é muito importante esse exame, mas não faço há um tempo (P2).

Hoje em dia as coisas da medicina estão melhores, tem tecnologia. Antes, as pessoas adoeciam e não se tratavam (P2).

As colocações da P2, apesar de empíricas, são bastante pertinentes, por trazerem questões reais dos avanços das tecnologias duras para diagnóstico precoce do câncer de mama e dos tratamentos para a doença, tais informações que foram reforçadas pelo animador e que geraram pensamentos positivos, voltando ao equilíbrio e estimulando novos questionamentos de outras maneiras de prevenir e detectar precocemente um câncer.

Deteção precoce do câncer de mama

No segundo círculo de cultura, iniciaram-se as atividades ao estimular o diálogo do que foi debatido anteriormente a respeito das estratégias para a deteção precoce do câncer de mama. A princípio, buscou-se enfocar o autocuidado a partir dos questionamentos: como descobrir cedo um câncer de mama? Você conhece seu corpo?

A introdução do debate teve o intuito de que as mulheres refletissem sobre o corpo normal e o corpo com alterações, em que para se descobrir possíveis alterações corporais é necessário conhecê-lo. Para ser menos invasivo ao falar de toque e de corpo com as idosas, comparou-se essa ideia de descobrir algo diferente no que costuma estar normal, como na própria casa das participantes:

Na minha casa, nas minhas coisas, eu sei quando está faltando alguma coisa e quando está alguma coisa diferente (P1).

Com base no que P1 referiu, o animador fez analogia do conhecimento dos objetos de casa com o conhecimento do corpo, especialmente das mamas quanto à descoberta de alterações mamárias. Nesse sentido, as mulheres foram indagadas quanto ao interesse em aprender as técnicas para o autoexame das mamas. Com resposta positiva, iniciaram-se as demonstrações em que todas participaram.

Além da demonstração da palpação, esclareceu-se quanto à inspeção e outras informações pertinentes como: ressaltar que o autoexame das mamas é um método complementar e não deve substituir o exame clínico e a mamografia para o rastreamento e detecção precoce de possíveis neoplasias mamárias:

Quando eu estiver no banho, vou lembrar de fazer esse exame (P12).

Eu pensei que fosse mais difícil. Gostei mais dessa parte deitada na cama, e se Deus me livre encontrar o caroço eu corro no médico (P5).

Complementando essa atividade, foram entregues às participantes algumas próteses mamárias realísticas de silicone em que algumas delas possuíam nódulos palpáveis que mimetizavam um câncer de mama. À medida que identificavam os tumores nas

próteses, percebiam-se as reações de espanto, receio ao tocar e a curiosidade de algumas delas.

Reflexão a partir de narrativa

No terceiro encontro, as idosas escutaram e participaram da leitura de um conto, uma história fictícia elaborada pelo animador do grupo, onde uma personagem idosa encontra alterações mamárias. A dinâmica visou instigar o raciocínio crítico das participantes, com base no conhecimento já adquirido, quanto à tomada de decisão frente ao aparecimento de quaisquer umas das lesões sugestivas de câncer de mama. As participantes ficaram empolgadas e até emocionadas com a história. A partir daí, a diálogo foi aberto visando responder ao questionamento:

(Suspiro) ... eu acho que ia ficar desesperada que nem ela. Não, não, eu nem sei o quê eu ia fazer (P7).

Ela tem que fazer o quê vocês disseram na sexta, tem que ir procurar tratamento (P2).

Eu primeiro ia orar a Deus, para me dar uma luz. Deus é poderoso, ele sabe o melhor para nós todos (P9).

Sequencialmente, foi reforçada a importância de consulta ao profissional da saúde, diante do aparecimento de alterações mamárias, esclarecendo rapidamente quanto ao sistema de referências na saúde.

Palavras articuladoras do pensamento crítico

O quarto círculo de cultura trouxe as “palavras articuladoras de pensamento crítico” que somam às palavras geradoras para provocar um pensamento crítico mais demorado e articulação com as vivências e os sentimentos das participantes do círculo (Freire, 2007).

Utilizaram-se palavras como idosa, saúde,

amor, família e paz, que foram expostas em cartazes com desenhos representativos ao lado auxiliando as idosas que não sabiam ler:

Ser idosa, por mais que apareçam muitas doenças... (risos)... é um dádiva de Deus (P13).

O que seria da gente sem a família. Quando eu vejo minha família feliz, esqueço até das coisas ruins. Por isso família é amor, família é tudo (P4).

A saúde é o que me dar coragem, sem saúde eu não estaria aqui com vocês ouvindo essas coisas importantes (P11).

As idosas destacaram a importância do “ser idosa e ter família”, como continuidade das gerações e demonstrações de afeto, sendo considerados essenciais em possíveis processos patológicos, considerados preocupantes pelos idosos, conforme as falas sobre saúde, em que a falta desta, sugere improdutividade e restrições.

DISCUSSÃO

Os sentimentos de medo ao falar em câncer de mama, transparecem ser uma ameaça à vida e à integridade física da mulher, que ao pensar na possibilidade de diagnóstico, vivencia a expectativa de um futuro incerto, preocupando-se com as dificuldades, que vem acompanhada do medo da morte e mutilação (Ramos, 2012).

No presente estudo, observamos a carência de conhecimento das participantes quanto ao câncer de mama, acompanhado de medos e tabus. Com isso, o processo de educação em saúde foi embasado no conhecimento prévio, fazendo associações com a realidade e a cultura local.

É importante trabalhar o dialeto e vivências, pois ao lidar com pessoas, a cultura mostra a visão do mundo dos indivíduos, sendo necessário seu

entendimento para que o educador possa buscar intervenções consoantes com a realidade dos educandos (Martins *et al.*, 2013; Beserra *et al.*, 2011).

Quanto às medidas de detecção precoce, observamos pouco conhecimento e omissão das mulheres ao tocarem o próprio corpo. O nível de conhecimento baixo sobre a temática é frequente na população idosa, que apesar da alta incidência, são elas que em menor quantidade de vezes fazem mamografias, são submetidas a exames clínicos por profissionais de saúde e realizam o autoexame, deixando-as mais exposta aos riscos (Almeida, Guerra & Filgueiras, 2012). Com isso, é necessário implementar estratégias de educação em saúde mamária, já que o conhecimento das mulheres sobre detecção do câncer ainda é insuficiente (Fernandes *et al.*, 2012).

A narrativa fictícia permitiu a reflexão do grupo. As palavras referenciadas sugerem a uma antecipação de sentimentos das mulheres idosas quanto ao possível diagnóstico de câncer de mama, considerando os preceitos de Kubler-Ross (1997) ao estudar as fases do adoecer e morrer, observa-se forte espiritualidade. Um suposto diagnóstico de câncer confronta o sujeito com a questão do imprevisível, da finitude e da morte, e por ser uma doença potencialmente letal, traz a ideia de perda do corpo saudável, a perda da sensação de invulnerabilidade e a perda do domínio sobre a própria vida.

A provocação das palavras articuladoras do pensamento crítico foi relevante para a consciência crítica das situações cotidianas, ao causar entusiasmo nas formas de pensar e focar assuntos pouco expressados, renovando as maneiras de pensá-los.

Essas palavras junto às tantas outras referidas durante os encontros anteriores, pretenderam inteirar-se com o que é

cotidiano e o que deve ser bom para as idosas, causando um momento de reflexão-ação “como prática da liberdade, um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade” (Freire, 2005).

As palavras expressadas a partir daquelas expostas em cartazes retratam um processo de internalização/externalização de sentimentos através, também dos signos e símbolos que estimulam o imaginário (Freire, 2005). O falar sobre ser idosa ofereceu a reflexão sobre o estar no mundo e na sociedade, reconhecendo que apesar da idade avançar, não devemos percebê-la como algo ruim que vem acompanhado de coisas ruins, como as doenças, mas sim como motivo de altivez.

CONCLUSÃO

O ambiente de encontro e descoberta proposto pelo método de Paulo Freire implementado neste estudo, contribuiu para o descobrimento de potencialidades não conhecidas pelas próprias mulheres idosas, muitas vezes marginalizadas por situações socioculturais. Esse espaço descontraído, em formato de círculo, norteado por questionamentos e planejado com criatividade, causou a geração de sentimentos compartilhados onde a troca de experiência era mútua, favorecendo a aprendizagem coletiva a partir da junção do saber científico debatido de forma dinâmica e adaptado à realidade das participantes.

Reconhece-se que os círculos de cultura se constituem como estratégia efetiva para a promoção da saúde de idosas quanto ao câncer de mama, pois propiciou ao grupo participante a capacidade de reflexão de suas condutas ao posicionarem-se como protagonistas de sua história de saúde e doença relacionada ao que era posto a discussão, facilitando o alcance de uma

melhor qualidade de vida.

Sugere-se a divulgação dos círculos de cultura no meio científico no âmbito da saúde e da enfermagem, como estratégia educativa a ser adotada pelos profissionais da área, diante de seu forte embasamento teórico-prático elaborado por Paulo Freire e por sua comprovada eficácia confirmada neste estudo e em outras literaturas que versavam educação em saúde na comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, O.J.A. & Zeferino, L.C. (2013). Rastreamento do câncer de mama na mulher idosa. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 59(4), 555-557.
- Almeida, T.R., Guerra, M.R. & Filgueiras, M.S.T. (2012). Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: um revisão sistemática. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 22(3),1003-1029. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n3/09.pdf>.
- Alves, G.G. & Aerts, D. (2011). As práticas de educação em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(1), 319-125.
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. 3 ed. Lisboa: Persona.
- Beserra, E.P., Torres, C.A., Pinheiro, P.N.C., Alves, M.D.S. & Barroso, M.G.T. (2011). Pedagogia freireana como método de prevenção de doenças. *Ciência & Saúde Coletiva*,16(1), 1563-1570. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700092&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Brandão, C.R. (2005). *O que é o método Paulo Freire*. 7.ª ed. São Paulo: Brasiliense.
- Checka, C.M., Chun, J.E., Schnabel. F.R., Lee, J., y Toth, H. (2012). The relationship of mammographic density and age: implications for breast cancer screening. *Am J Roentgenol*, 198(3), 292-295.
- Eliopoulos, C. (2011). *Enfermagem gerontológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Fernandes, A.F.C., Bonfim, I.M., Araújo, I.M.A., Silva, R.M., Barbosa, I.C.F.J. & Santos, M.C.L. (2012). Significado do cuidado familiar à mulher mastectomizada. *Esc Anna Nery*, 16(1), 27-33. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a04.pdf>.
- Freire, P. (2005). *Pedagogia da autonomia: saberes*



necessário à prática educativa. 31.^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

- Freire, P. (2007). *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Gautério, D.P., Vidal, D.A.S., Barlem, J.G.T., y Santos, S.S.C. (2013). Ações educativas do enfermeiro para a pessoa idosa: estratégia saúde da família. *Rev. enferm. UERJ*, 21(2), 824-828.
- Janini, J.P., Bessler, D. & Vargas, A.B. (2015). Health education and health promotion: impact on quality of life of elderly. *Saúde Debate*, 39(105), 480-490.
- Kubler-Ross, E. (1997) *The wheel of life: a memoir of living and dying*. New York: Touchstone.
- Martins, A.K.L.M., Barbosa, I.C.J.F., Silva, A.D.M., Borges, B.V.S., y Santos, L.R. (2013). O paradigma manicomial em tela: relato de experiência de acadêmicos de enfermagem. *Sanare*, 12(2), 54-58.
- Monteiro, E.M.L.M. & Vieira, N.F.C. (2010) Educação em saúde em círculos de cultura. *Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília*, 63(3), 397-403.
- Pinheiro, D.G.M., Scabar, T.G., Maeda, S.T., Fracoli, L.A., Pelicioni, M.C.F. & Chiesa, A.M. (2015). Competências em promoção da saúde: desafios da formação, *Saúde Soc.*, 24(1), 180-188.
- Ramos, W.S.R. (2012). Sentimentos vivenciados por mulheres acometidas por câncer de mama. *J Health Sci Inst.*, 30(3), 241-248.
- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*, 43(3), 548-5542.

Miscelánea

Reseña de *Les dones i les professions sanitàries al llarg de la història*, de Montserrat Jiménez Sureda

Review of *Women and Health Professions throughout history*, by Montserrat Jiménez Sureda

Revisão de *Mulheres e profissões de saúde ao longo da história*, por Montserrat Jiménez Sureda

Mónica Suy

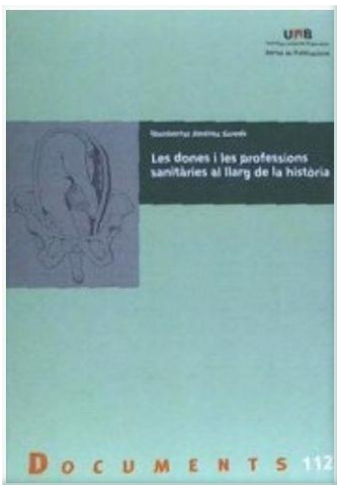
Profesora de historia e inglês en academia privada (Londres)

Cómo citar esta reseña en edición digital: Suy, M. (2019). Reseña de “*Les dones i les professions sanitàries al llarg de la història*” de Montserrat Jiménez Sureda. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.53.32>

Correspondencia: Remitirse al correo electrónico

Correo electrónico: monica.suy@e-campus.uab.cat

Recibido/Aceptado: Reseña invitada



JIMÉNEZ SUREDA, Montserrat,

Les dones i les professions sanitàries al llarg de la història,

Barcelona: Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona, 130 pp. (PORTADA)

ABSTRACT

This review describes the essential features of the history of women in the health context. It is a very consistent book, because its historical focus is global: gender, culture, social structures, etc.

Keywords: History of Medicine, nursing history, gender and health professionals, history of women.

RESUMO

Esta revisão descreve as características essenciais da história das mulheres no contexto da saúde. É um livro muito consistente, porque seu foco histórico é global: gênero, cultura, estruturas sociais, etc.

Palavras-chave: História da medicina, história da enfermagem, gênero e profissionais de saúde, história das mulheres.

RESUMEN

Esta reseña describe los rasgos esenciales de la historia de las mujeres en el contexto sanitario. Es un libro muy conseguido, pues su enfoque histórico es global: género, cultura, estructuras sociales, etc.

Palabras clave: Historia de la medicina, historia de la enfermería, género y profesionales de salud, historia de las mujeres.

Recently, I have had the pleasure of reading the latest book by Montserrat Jiménez, titled *Les dones i les professions sanitàries al llarg de la història*. She is one of my former professors and I was delighted to have another chance at learning from her now that I do not get to see her in class. When I saw the title I thought it might be a bit confusing to me, devoted to language and literature, since its theme was apparently medicine. However, I decided to give it a try and I was gladly surprised.

From the title, one would expect it to be a complex book full of technicalities and quite dense to get through, but that is not the case at all. The book is accessible to the general public as well as to the professional readership. It is structured in short chapters where different experiences of women with medicine are illustrated and reflected on. The best thing about this structure is that all the chapters are independent from each other, telling stories from the past or present and from all parts of the world and yet, they are all related at once. Jiménez includes experiences from all social classes and races and ages. For example, in “La semiòtica de

la sanació”, she comments on the presence of *curanderos* in Mexico (and Latin America in general) but also during the European *Ancien Regime* and in “L’administració estatal de la sanitat pública” she exemplifies how the governments managed public health with mentions of Ancient Rome, Castille, Peru, Havana, Caracas and Naples. These are just a few instances of how diverse this book manages to be, not only within itself but also within a single chapter.

This results in the book becoming a great portrait of humanity and how all societies and cultures have struggled at some point with medicine, especially the one related with women and reproduction. It also reflects how hard women have had it throughout history in both suffering from illnesses or simply giving birth and being able to be health professionals.

Jiménez not only talks about women as health professionals but also as patients and as victims of a patriarchal society who never really allowed them to reach their full potential. The book has chapters on illnesses women have suffered from (“Les malalties femenines: clorosi, neurastènia i histèria”), the path from illiteracy to the first women becoming doctors (“*Aux armes, citoyennes*”, “*Almae matres*”, “D’analfabetes científiques a doctors en medicina” among others), the treatment and distrust in women from male doctors (“*Medicina ars nobilissima*”) and even prostitution (“*El mal necesario*”).

The author reflects on modern and alternative medicine and illustrates with examples from around the world the development of modern, more scientific medicine is taking over more traditional and alternative medicine. She mentions and reflects on homeopathy and its popularity in “El gemec poderós de la partera”, “El jardí de Maria” and “El perquè de la intolerància”.

What struck me the most is just how resourceful people have managed to be with medicine throughout history. Jiménez brings light to all the work women have done in this field, which is never acknowledged and appreciated enough. Not only that but she also comments on *curanderos*, who historically have a bad reputation, especially now with modern medicine, but have been so important throughout history and have saved many lives. She also takes class into consideration and talks about the struggles of the lower classes of society to get treatment for illnesses and how they would often go to quacks for more traditional and cheaper - but most likely worse- treatment.

Jiménez has managed to write an excellent book as a reflection on the achievements of women in the medical field as well as raising awareness of all the medical struggles from which women have suffered as patients and as victims of a heteropatriarchal society.

It is brilliant that she decides to comment on the medical situation (present and past) from other parts of the world apart from Occident. It shows that while in Occident we

are advancing and women are accepted in medicine and science is more trustworthy than traditional cures, it is not the case everywhere in the world and there is still a long way to go. Some places, such as Latin America, still trust quacks quite a lot and some countries, even in Occident, still lack a public health system. It is also a way to give voice to the experiences from communities who are not as privileged as we are in Occident and raise awareness of what has been and is going on in other countries.

In conclusion, I would recommend this book to anyone who supports feminism as it makes you realize just how long women have been fighting to have a place in medicine and how long we have not been taken into account by male doctors, both as patients and as professionals. For this same reason, I think it would also be wonderful if this book was read by people who think feminism is not necessary since it proves that we have come a long way but that women are still silenced in the field.



FUNDACIÓN INDEX



GRUPO DE INVESTIGACIÓN EYCC



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Facultad de Ciencias de la Salud