

Revista de Enfermería y Humanidades

ASOCIACIÓN DE HISTORIA Y ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS



CULTURA DE LOS CUIDADOS

2º Cuatrimestre 2020. Año XXIV. Nº 57



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Facultat de Ciències de la Salut
Facultad de Ciencias de la Salud

SUMARIO

Editorial

- Ética VS. Investigación

Fenomenología

- Cultura y espiritualidad en la vivencia del cáncer de mama y la mastectomía

- Los estigmas que involucran las creencias religiosas y a las personas viviendo con el VIH

- La experiencia de la persona con cáncer de colon y colostomía: tiempo y espacio que se sufre o se vive

- Cuidar del cuidado: Ética de la compasión, más allá de la protocolización del cuidado de enfermería

- ¿Qué servicios, o unidades de trabajo, viven de forma más traumática las enfermeras al incorporarse al mundo profesional en Tenerife, España? Un estudio fenomenológico

- Significado de cuidado al final de la vida en la unidad de cuidado intensivo pediátrico

Historia

- El tifus exantemático en Jerez de la Frontera (1941-1942)

- Asamblea Local de Cruz Roja Española de Elche (1909-1930)

- La nodriza pasiega: transición de la actividad biológica a la laboral (1830-1930)

- Historia de la salud: tuberculosis en las cartas a Esther (São Paulo, 1905-1919)

- Exposición permanente de la historia de la enfermería gaditana. 120 aniversario de la institución colegial

Antropología

- Reflexiones acerca de la práctica clínica del enfermero con los jóvenes

- Corporeidad, transpersonalidad y transculturalidad: reflexiones dentro del proceso salud-enfermedad-cuidado

- Sentidos de la formación bioética de enfermeros en un contexto intercultural

- Enfermería en unidad de internación psiquiátrica

- Atención terapéutica de agentes de pastoral de sobriedad para drogadictos

- Antropología e interculturalidad en la primera infancia: desde el cuidado de enfermería fundamentado en ritos de paso en una comunidad indígena peme

Teoría y Métodos

- Aplicación del cuidado basado en la teoría de Orem al paciente ostomizado

- Aplicabilidad de la teoría de Orem en el autocuidado de personas con ostomía intestinal: un estudio reflexivo

- Calidad de vida de enfermeros y su relación con la alimentación y el cortisol

Miscelánea



Universidad de Alicante

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

CONSEJO EDITORIAL

DIRECCIÓN/EDITOR

José Siles González.

COMITÉ EDITORIAL

Luis Cibanal Juan - Carmen Solano Ruiz.

CONSEJO DE REDACCIÓN

COORDINADORA

Ana Lucía Noreña Peña.

MIEMBROS CONSEJO REDACCIÓN

Miguel Ángel Fernández
Ana I. Gutiérrez García
Molina Eva M.ª Gabaldón Bravo
Elena Ferrer Hernández
Flores Vizcaya Moreno
José Ramón Martínez
Riera M.ª Mercedes Rizo Baeza
Rosa Pérez-Cañaveras

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. Profesora 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

Profesor Titular Universidad de Huelva (España).

Maria Elisa Moreno-Fergusson *Profesora Asociada de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de La Sabana, Colombia. Editora de la revista Aquichan.*

Esperanza de la Peña Tejeiro

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

Cecilio Eserverri Cháverri

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

Francisca Hernández Martín

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

Francisco Herrera Rodríguez

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

Amparo Nogales Espert

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

Natividad Sánchez González

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

Francisco Ventosa Esquinaldo

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

Marilyn Douglas

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

Fernando Porto

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

Beatriz Morrone

Profesora Titular de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Mar del Plata. Investigadora Categorizada II.

Integrante del Banco Nacional de Evaluadores para Proyectos de Investigación del Ministerio de Cultura y Educación (Argentina).

Ximena Isla Lund

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

Raquel Spector

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

Rick Zoucha

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

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, CUIDEN CINHAL y hemerotecas digitales como: Cantárida y RUA (repositorio institucional Universidad de Alicante: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/831>). "Inscrita y miembro del 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 «online»: <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.

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

Diseño y maquetación: Mario Siles García.

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

EDITORIAL	
- Ética VS. Investigación	4-8
FENOMENOLOGIA	
Cultura y espiritualidad en la vivencia del cáncer de mama y la mastectomía	9-26
Los estigmas que involucran las creencias religiosas y a las personas viviendo con el VIH	27-40
La experiencia de la persona con cáncer de colon y colostomía: tiempo y espacio que se sufre o se vive	41-51
Cuidar del cuidado: Ética de la compasión, más allá de la protocolización del cuidado de enfermería	52-60
¿Qué servicios, o unidades de trabajo, viven de forma más traumática las enfermeras al incorporarse al mundo profesional en Tenerife, España? Un estudio fenomenológico	61-71
Significado de cuidado al final de la vida en la unidad de cuidado intensivo pediátrico	72-82
HISTORIA	
El tifus exantemático en Jerez de la Frontera (1941-1942)	83-142
Asamblea Local de Cruz Roja Española de Elche (1909-1930)	143-159
La nodriza pasiega: transición de la actividad biológica a la laboral (1830-1930)	160-172
Historia de la salud: tuberculosis en las cartas a Esther (São Paulo, 1905-1919)	173-185
Cuidado al final de la vida a domicilio: consideraciones sobre Brasil y Francia	186-199
Exposición permanente de la historia de la enfermería gaditana. 120 aniversario de la institución colegial	200-209
ANTROPOLOGÍA	
Reflexiones acerca de la práctica clínica del enfermero con los jóvenes	210-218
Corporeidad, transpersonalidad y transculturalidad: reflexiones dentro del proceso salud-enfermedad-cuidado	219-231
Sentidos de la formación bioética de enfermeros en un contexto intercultural	232-249
Enfermería en unidad de internación psiquiátrica	250-263
Atención terapéutica de agentes de pastoral de sobriedad para drogadictos	264-279
Antropología e interculturalidad en la primera infancia: desde el cuidado de enfermería fundamentado en ritos de paso en una comunidad indígena pume	280-294
TEORÍA	
Aplicación del cuidado basado en la teoría de Orem al paciente ostomizado	295-306
Aplicabilidad de la teoría de Orem en el autocuidado de personas con ostomía intestinal: un estudio reflexivo	307-317
Calidad de vida de enfermeros y su relación con la alimentación y el cortisol	318-330
MISCELÁNEA	
Reseña de "Gestión del cuidado interprofesional" de Dr. Ricardo Ayala Valenzuela, Editor	331-338
Breve Reseña sobre el Contexto Social, Histórico y Cultural de la Novela "Kartápolis, la Enfermera del San Simón"	339-344
Reseña de "Sapiens (de animales a dioses)" de Yuval Noah Harari	345-348
Reseña de "Florence Nightingale en la obra de Federico Rubio" de Elena Santainés	349-350
Llamada de artículos para número especial de "International Journal of Environmental Research and Public Health"	351-354

EDITORIAL

Ética VS. Investigación

Ethics VS. Investigation pandemics, feelings and nursing

Ética VS. Investigaçã

Francisco Javier Castro-Molina¹

¹Enfermero de salud mental. Historiador del Arte. Antropólogo. Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de Candelaria, Universidad de La Laguna.

Como citar este artículo en edición digital: Castro-Molina, F.J. (2020). Ética VS. Investigación. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 24(57). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.01>

Correspondencia: Escuela de Enfermería Nuestra Señora de la Candelaria. Ctra. del Rosario, 145, 38010 Santa Cruz de Tenerife, España

Correo electrónico: fcastrom@ull.edu.es

Recibido: editorial invitada Aceptado: Editorial invitada



ABSTRACT

In this editorial, the author reflects on the importance of the presence of an ethical framework in the field of research, establishing recent examples in relation to the importance of informed consent and how progressively efforts have been made to shape it through a materialized consensus. in such important documents as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report or the Oviedo Convention.

Key words: ethics, investigation, informed consent, Declaration of Helsinki, Belmont Report, Oviedo Convention.

RESUMEN

En esta editorial el autor realiza una reflexión sobre la importancia de la presencia de un marco ético en el campo de la investigación, estableciendo ejemplos recientes en relación con la importancia del consentimiento informado y como, progresivamente, se ha procurado dar forma mediante un consenso materializado en documentos tan importantes como la Declaración de Helsinki, el Informe Belmont o el Convenio de Oviedo.

Palabras clave: ética, investigación, consentimiento informado, Declaración de Helsinki, Informe Belmont, Convenio de Oviedo.

RESUMOS

Neste editorial, o autor reflecte sobre a importância da presença de um quadro ético no campo da investigação, estabelecendo exemplos recentes em relação à importância do consentimento informado e como, progressivamente, tem sido feita uma tentativa de dar forma através de consensos materializados em documentos tão importantes como a Declaração de Helsínquia, o Relatório Belmont ou a Convenção de Oviedo.

Palavras-chave: Investigação consentimento informado, Declaração de Helsínquia, Relatório Belmont, Convenção de Oviedo.

Dice la filósofa Ayn Rand que “el altruismo es la doctrina que exige que el hombre viva para los demás y coloque a los otros sobre sí mismo”. Y ¿qué significado tiene la palabra altruismo? La Real Academia de la Lengua Española define “altruismo” como la “diligencia de procurar el bien ajeno aun a costa del propio”. Cuando nos enfrentamos el concepto de altruismo con la experimentación con seres humanos, y, por consiguiente, con la donación de tejido biológico nos encontramos con una cuestión arduamente compleja: ¿altruismo sí o no en la experimentación biológica?, o, ¿debe ser retribuido o no de alguna manera este tipo de actuación? Está claro que la naturaleza humana juega un papel fundamental en todo esto. Y aquí surgen nuevas dudas: ¿es la naturaleza humana tan perversa como plantea Hobbes, en la que el hombre está dotado por un carácter antisocial y egoísta, o se ciñe más a el concepto de benevolencia e igualdad que establece Rousseau? Personalmente, con la intención de cubrir

mis necesidades psicológicas, abogo por la segunda (Delgadilo and Salinas, 2019). El Hombre equilibrado por naturaleza da uso al altruismo de manera reiterada. Claro ejemplo es, aunque no sea con carácter investigador, la actividad en el campo de la donación de órganos que existe en España y en otros muchos países, donde en “aumento de necesidad” la sociedad se mueve para regalar su sangre o los órganos, ya no solo de los seres que han concluido su existencia, sino aquellos que siguen existiendo regalan “vida de su vida”, los llamados trasplantes de donante vivo (Escudero and Otero, 2015). Pero volvamos a los que nos concierne, el altruismo y la donación de material biológico. Cuando el bien es común e implica la posibilidad del crecimiento de la ciencia y el conocimiento de “nuevos remedios” que palien enfermedades, la donación debe ser altruista. Esto no es lo habitual. La “mercantilización de la salud-enfermedad” no lo permite. Es mucho lo que hay en juego, mucho desde “la óptica de lo material”. Y en ocasiones poco desde “la óptica del bien común”.

Si es cierto que la colaboración tiene un coste para la persona que accede a ello. Y ¿cómo podemos compensar la disposición y la dedicación-daños que puedan producirse? Lo lógico sería cubrir los gastos que se generen de la colaboración que en ningún caso pueden considerarse como una “retribución monetaria o en especies” por el acto de ayuda en el proceso de investigación. Ahora si, debemos tener presente que son muchas las posibilidades que puedan surgir,

entre ella la relación contractual con las personas estudiadas durante una investigación que pueden estar orientadas a la mejora de las condiciones de salud o, en sí, al lucro. Este último es el que se puede poner en entredicho. ¿Por qué? Simplemente por la forma o las consecuencias que puede tener en la persona. Ejemplos parecidos existen muchos. Uno de los más sonados en su momento fue el desastre de Chernobyl en el que, con la intención de neutralizar la radiactividad de un reactor roto que no hacía más que regalar partículas atómicas a la atmósfera, se reclutó a “ignorantes voluntarios” que debía construir un sarcófago de hormigón que parara el mal. Pocos sobrevivieron (Zafra Anta *et al.*, 2002). Otro fue el que se desarrolló por la CIA (entre 1953 y 1964) en el que se suministraba a civiles y militares americanos LSD y otras sustancias por prostitutas a las que se les pagaba como reclamo y que posteriormente eran monitorizados a través de espejos en habitaciones preparadas para tal fin (Marks, 2007). O los experimentos llevados a cabo entre 1960 y 1971 por el radiólogo Eugene Saenger en la Universidad de Cincinnati, y financiado por el Pentágono, en el que llevó a cabo un experimento en el que expuso a personas sin recursos en su mayoría negros, un total de 88, sin su consentimiento a radiaciones. Y es esto último una cuestión de notable trascendencia (Stephens, 2002). Porque el consentimiento informado es un documento fundamental en cualquier “acto, proceso o

proyecto de investigación porque otorga voluntaria y libremente datos personales o muestras humanas”. Tanto la beneficencia como la justicia son los principios éticos que los sustentan logrando así, un marco de confianza en relación con las investigaciones científicas que se ejecutan. Y son la voluntariedad, la información y la comprensión las tres piezas fundamentales del consentimiento, que en el caso de estudios de tipo genético requieren una mayor disposición para el entendimiento por parte de los participantes de lo que se va a realizar. Es fundamental que la documentación que se emplee, entre ella el consentimiento, presente información que se adapte a las posibilidades de los participantes buscando tan solo el cumplimiento de los requisitos legales y éticos requeridos.

Progresivamente se ha procurado consensuar una serie de pautas que permitan esto. Con el Código de Núremberg (1947) y sus diez principios se dio el pistoletazo de salida, para posteriormente dar paso a la Declaración de Helsinki (1964), el Informe Belmont (1979), las Guías éticas del Consejo de Organizaciones Internacionales de la Ciencia Médica (1982) bajo el auspicio de la UNESCO y la OMS, para finalizar en el Convenio de Oviedo (1997) donde el Consejo de Europa procuró impulsar un acuerdo orientado a la protección de los derechos y la dignidad del ser humano con respecto a las acciones realizadas por la medicina y la biología. Porque el

Cultura de los Cuidados

‘participante’ debe conocer los objetivos del estudio, porque el ‘participante’ de saber acerca de cómo se va a realizar el experimento, porque el ‘participante’ debe estar familiarizado con los beneficios y los inconvenientes o riesgos que se prevé que pueden acaecer. A ellos hay que agregar una serie de elementos particulares propios de una investigación genética como son la amplitud del estudio genético que se va a realizar (genómico, exómico o si esté enfocado a uno o varios genes), el manejo de la información individual y la información que se va a obtener, y, por último, como se va a gestionar tanto las muestras como los datos del estudio. Porque los deberes de los investigadores con respecto al consentimiento informado se establecen a partir de una redacción acorde con principios éticos y legales, de la protección de la confidencialidad y la custodia de las muestras-datos recabados, la resolución de dudas de los participantes, el principio de justicia a la hora de la selección de la muestra y la comunicación de resultados a los participantes y a la sociedad en general mediante los mecanismos propios que se han habilitado para tal (García Guerrero, 2018). Hoy por hoy la sociedad científica mundial, tras los hechos que acaecieron durante la Segunda Guerra Mundial de la mano del nazismo, está considerablemente sensibilizada con esta cuestión y presenta un “comportamiento duro” cuando se produce un incumplimiento de las reglas establecidas. La realización inadecuada de todo este proceso podría traer

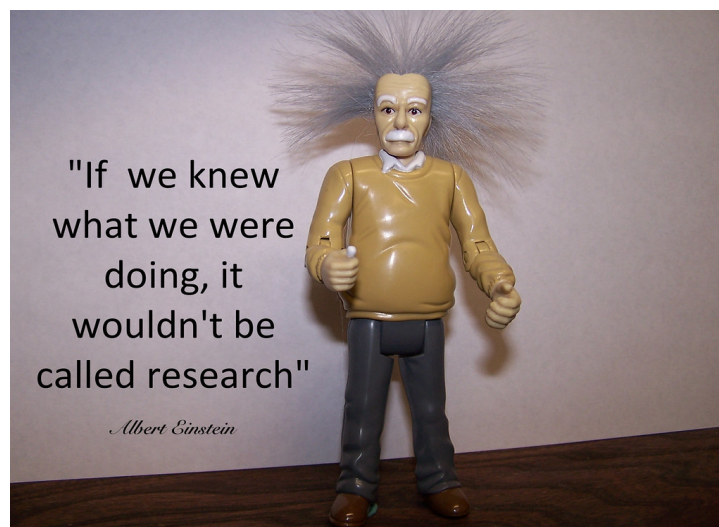
“consecuencias trágicas” para los ‘participantes y sus familiares’, así como para los investigadores, entre ellas la pérdida de la confianza de la sociedad en la investigación.

Un claro ejemplo de estas consecuencias queda retratado en la película “The immortal life of Henrietta Lacks”, una película que narra la historia de una mujer afroamericana que tras ser diagnosticada de cáncer de cérvix en 1950 es sometida a un experimento sin tener conocimiento de ello. George Otto Gey, científico que lideró el proyecto en el Hospital John Hopkins de Baltimore (único que atendía a personas negras), creó el cultivo de células HeLa a partir de tejido del tumor canceroso de Henrietta Lacks, que posteriormente fueron empleadas para la investigación biomédica, produciendo considerables beneficios. Su familia quedó marcada por los hechos que ocurrieron a raíz de esta situación para lo que crearon una serie de mecanismos que fueron poco efectivos (peculiaridades en el comportamiento de los hijos o la evasión psicológica del marido y padre). Gracias al interés de una periodista que tenía la pretensión de narrar los hechos ocurridos, todos ellos lograron retomar los recuerdos que habían exiliado para dar comienzo a un proceso de maduración que les permitiese cerrar un capítulo negro de su historia. Pero, además, con la película se procura realizar una crítica a los experimentos que en los Estados Unidos de Norteamérica se realizaron en la primera mitad del siglo XX con afroamericanos que eran ajenos a su

participación en la investigación. E incluso rescata un tema de marcado interés, el de la remuneración de los participantes y el “posible enriquecimiento” gracias a las patentes generadas. Pero si es cierto que los individuos participantes deben recibir alguna compensación, siempre que su intervención no les cause daño a nivel físico, psíquico, social o espiritual. Y situaciones como éstas son las que obligan a pensar que el marco referencial normativo debe ser una herramienta imprescindible en todo momento. Porque claro está que, “todo no vale”.

BIBLIOGRAFÍA

- Delgadilo, D. S. and Salinas, J. C. (2019). Three contracts, three uncertainties: The configuration of institutional solutions in hobbes, Locke and Rousseau. *Problema*, (13), 321–344. doi: 10.22201/ijj.24487937e.2019.13.13724.
- Escudero, D. and Otero, J. (2015). Intensive care medicine and organ donation: Exploring the last frontiers? *Medicina Intensiva*, 39(6), pp. 366–374. doi: 10.1016/j.medin.2015.01.008.
- García Guerrero, J. (2018). Informed Consent: Something Unresolved in the Penitentiary Setting. *Cuadernos de bioetica: revista oficial de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica*, 29(96), 125–136.
- Marks, J. (2007). *En busca del candidato de Manchuria: La CIA y el control mental. Historia secreta de sus investigaciones con LSD para la modificación de la conducta*. Madrid: Valdemar.
- Stephens, M. (2002). *The Treatment: The Story of Those Who Died in the Cincinnati Radiation Tests*. Durham and London: Duke Unive. Edited by D. U. Press.
- Zafra Anta, M. A. et al. (2002). Health effects of the Chernobyl disaster. Fifteen years afterwards. *Anales Espanoles de Pediatría*, 56(4), 324–333.



Fuente: <https://search.creativecommons.org/photos/89516b03-29f8-486d-bc9d-6c35ae53960d>CC BY-NC-SA 2.0 license.

FENOMENOLOGÍA

Cultura y espiritualidad en la vivencia del cáncer de mama y la mastectomía**Culture and spirituality in the experience of breast cancer and mastectomy****Cultura e espiritualidade na experiência do câncer de mama e mastectomia****Rocío de Diego-Cordero¹, María Fernández -Fernández² Juan Vega-Escaño³**

¹Doctora. Profesora Ayudante Doctora del Departamento de Enfermería en la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla. Correo electrónico: rdediego2@us.es

²Master. Graduada en Enfermería por la Universidad de Sevilla. Correo electrónico: 18mariaff@gmail.com

³Master. Enfermero Especialista en Enfermería del Trabajo. Doctorando del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla. Prof. Adjunto 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., Fernández-Fernández, M^a., & Vega-Escaño, J. (2020). Cultura y espiritualidad en la vivencia del cáncer de mama y la mastectomía. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 24 (57) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.02>

Correspondencia: Juan Vega Escaño. c/ Beatriz de Silva nº 13. Ptal. 2 1ºD. 41927 - Mairena del Aljarafe (Sevilla).

Correo electrónico de contacto: juanvegadue@gmail.com

Recibido: 18/12/2019

Aceptado: 23/02/2020

**ABSTRACT**

Introduction: The increasing numbers of breast cancer, the high survival and the current cultural and religious- spiritual diversity make a large number of factors that must be

considered in the experience of this pathology. **Objective:** To know the influence of cultural elements in the experience of breast cancer and mastectomy. **Methodology:** Integrative review in national and international databases of scientific literature

published between 2006 and 2018. Results: The main findings identified were the emotional and sexual aspects, and their influence on the experience of breast cancer / mastectomy, stressful social and cultural factors in women with breast cancer / mastectomy and the mechanisms of adaptation to breast cancer in relation to its culture. Regarding the first two findings, there is evidence of loss of femininity, self-esteem and negative perception of body image as well as a decrease in satisfaction, sexual functionality and libido. Also fear of relapse and family role change in countries such as Jordan, Lebanon and in African-American culture. As for the mechanisms of adaptation, the disease is understood from the spiritual as God's will in prevailing cultures in Indonesia, Jordan and Hawaii, although, on the contrary, women in Bahrain conceive of cancer as a punishment or an *evil eye*. Conclusion: There is a need to pay more specialized attention attending to emotional and sexual aspects, acting on social awareness to avoid the stigma they suffer and assessing the meaning of the disease and the spiritual coping strategies carried out. Future studies could deepen the culturally competent approach to this pathology.

Keywords: Breastcancer, mastectomy, culture, care, spirituality.

RESUMEN

Introducción: Las cada vez más crecientes cifras de cáncer de mama, la alta supervivencia y la diversidad cultural y religioso-espiritual actual hacen que en la vivencia de esta patología confluyan una gran cantidad de factores que deben ser considerados. Objetivo: Conocer la influencia de los elementos culturales en la vivencia del cáncer de mama y la mastectomía.

Metodología: Revisión *integradora* en bases de datos nacionales e internacionales de bibliografía científica

publicada entre 2006 y 2018. Resultados: Los principales hallazgos identificados fueron los aspectos emocionales y sexuales, y su influencia en la vivencia del cáncer de mama/mastectomía, los factores sociales y culturales estresantes en la mujer con cáncer de mama/mastectomía y los mecanismos de adaptación al cáncer de mama en relación a su cultura. Respecto a los dos primeros hallazgos, se evidencia pérdida de la feminidad, autoestima y percepción negativa de la imagen corporal así como un descenso de la satisfacción, la funcionalidad sexual y la libido. También temor a la recaída y al cambio de rol familiar en países como Jordania, Líbano y en la cultura afroamericana. En cuanto a los mecanismos de adaptación, la enfermedad es entendida desde lo espiritual como voluntad de Dios en culturas imperantes en Indonesia, Jordania y Hawái, aunque, por el contrario, mujeres en Bahréin conciben el cáncer como un castigo o un mal de ojo. Conclusión: Existe la necesidad de prestar una atención más especializada atendiendo aspectos emocionales y sobre la sexualidad, actuando sobre conciencia social para evitar el estigma que padecen y valorando el significado de la enfermedad y las estrategias espirituales de afrontamiento llevadas a cabo. Estudios futuros podrían profundizar en el abordaje culturalmente competente de esta patología.

Palabras clave: Cáncer de mama, mastectomía, cultura, cuidados, espiritualidad.

RESUMO

Introdução: O crescente número de câncer de mama, a alta sobrevivência e a atual diversidade cultural e religiosa-espiritual constituem um grande número de fatores que devem ser considerados na experiência dessa patologia.

Objetivo: Conhecer a influência de elementos culturais na experiência do câncer de mama e mastectomia. **Metodologia:** Revisão integradora em bancos de dados nacionais e internacionais da literatura científica publicados entre 2006 e 2018. **Resultados:** Os principais achados identificados foram os aspectos emocionais e sexuais, e sua influência na experiência do câncer de mama / mastectomia, fatores sociais e culturais estressantes em mulheres com câncer de mama / mastectomia e os mecanismos de adaptação ao câncer de mama em relação à sua cultura. Em relação aos dois primeiros achados, há evidências de perda de feminilidade, auto-estima e percepção negativa da imagem corporal, além de diminuição da satisfação, funcionalidade sexual e libido. Também o medo de recaídas e mudanças no papel da família em países como Jordânia, Líbano e na cultura afro-americana. Quanto aos mecanismos de adaptação, a doença é entendida do ponto de vista espiritual como vontade de Deus nas culturas predominantes na Indonésia, Jordânia e Havaí, embora, pelo contrário, as mulheres no Bahrein concebam o câncer como um castigo ou um mau-olhado. **Conclusão:** É necessário prestar uma atenção mais especializada, atendendo aos aspectos emocionais e sexuais, agindo com consciência social para evitar o estigma que sofrem e avaliando o significado da doença e as estratégias de enfrentamento espiritual realizadas. Estudos futuros poderão aprofundar a abordagem culturalmente competente para essa patologia.

Palavras-chave: câncer de mama, mastectomia, cultura, cuidado espiritualidade.

INTRODUCCIÓN

En España el cáncer de mama es el más frecuente entre las mujeres, aumentado la cifra de afectadas por esta patología en los últimos años, con 32953 casos estimados para 2020 según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM, 2020). Se practican 16.000 mastectomías anualmente en España como tratamiento, 4.800 de estas con reconstrucción y solo 1.920 de forma inmediata según los datos aportados por Sociedad Española de Cirugía Plástica y Reparadora (SECPRE, 2018). A pesar de que cada vez son más las mujeres que sobreviven al mismo (89,2% en España) (AECC, 2019), la convivencia con algunas de las secuelas que esta enfermedad pueda ocasionarles no siempre se traduce en una buena calidad de vida. Aunque la incidencia de mortalidad ha bajado en los últimos años gracias a los métodos de cribados y diagnósticos, sigue siendo la primera causa de muerte en la mujer en España. En 2017 se contabilizaron 6573 fallecimientos por cáncer de mama de los cuales 6489 eran mujeres (SEOM, 2019). En relación con la edad, según datos de la SEOM el 10 % de casos en menores de 40 años y la máxima incidencia en mayores de 50 años. Asimismo, los estudios demuestran cómo esta enfermedad se asocia a una importante carga psicológica, con

afectación de la calidad del sueño(Ramos, 2006), de las relaciones de la mujer con el mundo y su familia(Jaman Mewes & Rivera, 2014), del rol emocional y vitalidad de la mujer, ya que la cirugía y tratamiento afectan a las pacientes en diferentes áreas de su bienestar, generando sufrimiento psicosocial potenciado por el trastorno de la imagen corporal, principalmente causado por la mastectomía y la alopecia(Hernández & Cruzado, 2013).

A pesar del gran número estudios que muestran las principales áreas afectadas en las mujeres con cáncer de mama, así como las líneas generales de actuación de su diagnóstico y tratamiento, son más escasos aquellos que incluyen la influencia de los elementos culturales como determinantes de la vivencia de este cáncer que guíen la actuación de profesionales sanitarios.

Entre estos factores se encuentran por una parte las normas de feminidad que actúan como un sistema de poder que se encuentra imbricado en todos los aspectos de la cotidianeidad no siendo detectados explícitamente y por ello reproduciéndose de manera “natural” a través de los principales agentes educadores (medios de

comunicación, familia, escuela(Martínez Barreiro, 2004). Ello explica que en nuestra sociedad las experiencias de corporeidad sean distintas entre hombres y mujeres; ellas van a dar mucha más importancia al cuerpo que ellos en el ámbito físico y en la salud, lo que generará conductas y vivencias de la alteración de la imagen corporal muy distintas entre unas y otros.

Por otra parte, el espacio y el tiempo van a condicionar también esta forma de entender el cuerpo; muestra de ello es que en nuestra actualidad occidental la forma de vestirse esté influenciada por el período estacional (Martínez Barreiro, 2004), no ocurriendo lo mismo en otras partes del mundo. Y la espiritualidad también se presenta como un factor determinante; estudios previos han apuntado la efectividad de intervenciones espirituales sobre pacientes con cáncer siendo éstas tan importantes como cualquier otro tipo de atención (Talita et al., 2017).

Unido a lo anterior y debido a la creciente globalización mundial (INE, 2017; INE 2018) la sociedad española ha experimentado y está experimentando un gran cambio hacia la multiculturalidad que provoca grandes diferencias, ya sea en cuestiones espirituales, lingüísticas,

raciales, étnicas 13o de género, debido al creciente fenómeno migratorio. La persona inmigrante posee el derecho a asistencia sanitaria equitativa de acuerdo con su identidad cultural según UNFPA, la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, y la Declaración Universal de los Derechos Humanos (UNFPA, 2109, España, 2003; ONU, 2008). Por todo ello, surge la necesidad de prestar asistencia sanitaria culturalmente competente, biopsicosocial, espiritual e igualitaria así como de tener en cuenta la gran diversidad de experiencias que puede suponer en concreto la vivencia del cáncer de mama y la mastectomía en las mujeres, de manera que estas competencias culturales mejoren los cuidados en base a los elementos socioculturales, a fin de satisfacer sus necesidades y su calidad de vida.

Por ello, el objetivo de esta revisión fue conocer la influencia de los elementos culturales (englobando dentro de ellos los elementos espirituales) como determinantes de la forma de experimentar y vivir el cáncer de mama y la mastectomía.

MATERIAL Y MÉTODOS

La presente revisión integradora de la literatura se llevó a cabo durante un año, mediante búsquedas bibliográficas

en bases de datos nacionales e internacionales. Para la estrategia de búsqueda se han empleado descriptores (Decs/ Mesh) en castellano o inglés combinados mediante el operador booleano AND y OR, replicándola en las diferentes bases:

"Cultural characteristics" AND ("breast neoplasms" OR "mastectomy")

Como criterios de inclusión se fijaron (1) que los artículos estuviesen disponibles a texto completo, (2) publicados en los últimos 12 años (2006-2018) en revistas de calidad contrastada, (3) escritos en lengua castellana, inglesa, francesa y portuguesa, y (4) que respondiesen al objetivo del estudio.

RESULTADOS

En una primera fase, se llevó a cabo la búsqueda y selección de fuentes primarias. En una segunda fase, se realizó una selección secundaria a través de las fuentes primarias Pubmed, Scopus, Lilacs y PsycInfo con la obtención final de 25 artículos al que se añadió un artículo recuperado tras la búsqueda de literatura gris (Tabla 1).

Los principales hallazgos identificados en la revisión fueron los aspectos emocionales y sexuales, y su

influencia en la vivencia del cáncer de mama/mastectomía (A); los factores sociales y culturales estresantes en la mujer con cáncer de mama/mastectomía (B), los mecanismos de adaptación al cáncer de mama en relación a su cultura (C).

Inicialmente se encontraron 892 artículos, de los cuales 426 fueron incluidos tras pasar los filtros de fecha de publicación, idioma y eliminación de los duplicados. Tras ello se llevó a cabo la revisión inicial (nivel I) de resúmenes y títulos de los 76 seleccionados; siendo excluidos 350 por su no adecuación al tema o del tipo de estudio. En el nivel II se revisó el texto completo de los 72 estudios no eliminados en el nivel I y se excluyeron los estudios que no cumplieron los criterios de elegibilidad. En el nivel III se confirmó, con el concurso del tercer revisor, que los estudios seleccionados cumplieran el resto de criterios de elegibilidad, incluyendo definitivamente 26 artículos en la revisión. Puede verse en el diagrama de flujo (Figura 1).

Estos 26 artículos seleccionados fueron 8 revisiones bibliográficas, 13 estudios cualitativos, un análisis secundario de datos, dos estudios

cuantitativos descriptivos transversales y un estudio fenomenológico.

La mayoría de los estudios pertenecían a la zona geográfica de Asia/Oceanía (n=10), seguidos de América del Norte (n=9), América del Sur (n=4), África (n=3) y Europa (n=1). A continuación, nos servimos de una tabla resumen para exponer los resultados relevantes resumidos de cada artículo seleccionado (Tabla 2).

En su mayoría, los hallazgos seleccionados versan sobre, en primer lugar aspectos emocionales como son baja autoestima y sensación de pérdida de feminidad, culpabilidad y inutilidad. El temor al fin de la vida y a la posible recurrencia de la enfermedad, son los miedos más frecuentes. Además experimentan otros como miedo a la cirugía, al dolor, a la angustia psicológica, a la falta de fertilidad, a la ruina económica de su familia y a la cicatriz. Los síntomas físicos generados por los efectos secundarios de quimioterapia actúan como factor estresante en la vivencia de estas mujeres (vómitos, cansancio y calvicie). Además, la sexualidad se ve modificada por la disminución de la libido, la satisfacción sexual y dispareunia, y se relaciona directamente con depresión, ansiedad y

menopausia inducida por medicamentos. Todo esto genera el gran estigma social que sufren las mujeres que la padecen, considerado en todas las sociedades como un tabú, incluso aislando a las familias socialmente. Por último, la espiritualidad centrada en lo religioso como estrategia de adaptación a la enfermedad puede adoptar una doble vertiente: aceptación de la situación (la enfermedad es la voluntad de Dios), y rechazo (ira contra el designio divino). Resaltar que gran parte de los artículos encontrados sobre cáncer de mama giran en torno al proceso de diagnóstico o screening, hecho de vital importancia puesto que las mujeres experimentan temor y rechazo a la realización de las pruebas (mamografías); y que los estudios sobre la calidad de vida de las mismas durante y tras el tratamiento y la curación son escasos. A diferencia de otras temáticas en investigación sanitaria, es en los países con menor nivel económico social donde se realizan la mayoría de los artículos de esta revisión, tales como Jordania, Líbano, Brasil, Ghana, Corea, entre otros.

DISCUSIÓN

Apreciando el avance de la globalización y la diversidad cultural y religioso- espiritual mundial, el profesional de

salud debe conocer la forma de vida y las circunstancias sociales de la cultura de cada mujer para realizar una intervención integral y holística. Así, esta revisión de la literatura pretende dar respuesta a la pluralidad de respuestas biopsicosociales y espirituales sobre el cáncer de mama o mastectomía en la mujer que el profesional puede abarcar en su asistencia. De este modo, la línea de investigación continúa abierta en torno ofrecer estrategias eficaces para la visibilidad y concienciación del cáncer de mama y mastectomía.

Aspectos emocionales y sexuales, y su influencia en la vivencia del cáncer de mama/mastectomía.

Los factores emocionales son el gran bloque de síntomas a tratar, destacando en la mayoría de las localizaciones la pérdida del autoconcepto y la feminidad(Conde, Pinto-Neto, Freitas Júnior, & Aldrighi, 2006; Jassim & Whitford, 2014; Leila, Nada, Kais, & Jawaher, 2016; Santos, Santos, & Vieira, 2014; Santos & Vieira, 2011; Taha, Al- Qutob, Nyström, Wahlström, & Berggren, 2012). La complicación emocional más corriente sin distinción cultural, espacial o temporal es la depresión, favorecida por la baja autoestima, la poca esperanza de vida y

el cansancio físico con se destaca en un estudio llevado a cabo en Jordania (Obeidat, Homish, & Lally, 2013). Precedido y apoyado por otros autores que ya en 2010 realizaron un estudio sobre un colectivo coreano y relaciona la depresión con la baja economía y la falta de apoyo familia (Tae, Heitkemper, & Kim, 2012). Los resultados obtenidos apuntan que este último factor es experimentado por mujeres de culturas muy diferentes como se evidencia en otros estudios con mujeres chinas donde se señala a la culpabilidad como factor favorecedor (Li & Lambert, 2007), con mujeres pakistanís (Banning, Hafeez, Faisal, Hassan, & Zafar, 2009) o con pacientes de cáncer de mama afroamericanas (Davey, Kissil, Niño, & Tubbs, 2010). Para combatirlo, otros autores en 2014 indican que el apoyo familiar es favorecido por las relaciones afectivo- sexuales positivas en mujeres originarias de Brasil y Norteamérica (Santos et al., 2014). Igualmente, ya en 2006 en esta misma localización aportaron que el tratamiento con quimioterapia favorece los trastornos depresivos (Conde et al., 2006).

Factores sociales y culturales estresantes en la mujer con cáncer de mama/mastectomía.

La mujer experimenta variedad de miedos durante su proceso de salud, relacionados con su forma de vida, destacando entre ellos los derivados del doble estigma social imperante en el mundo sobre el cáncer y sobre la mujer. Asimismo, presentan miedo al cambio de roles sociales, familiares sobretodo como esposa y madre, y personales como mujer en diferentes culturas (Doumit, Huijjer, Kelley, & Nassar, 2008; Gibson, Thomas, Parker, Mayo, & Wetsel, 2014; Santos et al., 2014). En el año 2012, un estudio realizado en Jordania expuso que la mujer soporta miedo a la inutilidad como madre al cuidado de sus hijos y su hogar, al estigma social que les genera a éstos y a ser abandonada por su marido por no cumplir con su rol como mujer (Taha et al., 2012). Esto coincide con otros estudios en Bahrein y Pakistán donde sienten su calidad de vida disminuida (Banning et al., 2009; Jassim & Whitford, 2014). En consonancia, Jassim y Whitford evidenciaron en 2014 que las mujeres de Bahrein sufren descenso de la libido y obligatoriedad de tener relaciones por temor a que su marido pudiera buscar una segunda esposa (Jassim & Whitford, 2014). Incluyendo este hecho en otras culturas como en Jordania donde las mujeres tienen miedo al abandono por la creencia

de que la patología es contagiosa (Taha et al., 2012). Por otro lado, encuestas realizadas a hombres de Arabia Saudita en evidencian que solo el 9,6% afirma que dejaría a su mujer después del diagnóstico del cáncer, aunque esto no se refleje en la realidad y las mujeres intenten retrasar el diagnóstico (Al-Amoudi & Abduljabbar, 2012). En otras culturas como Irán, los hombres afirman no obligar a sus esposas a mantener relaciones sexuales, aunque sientan frustración y no se comuniquen con su pareja (Nasiri, Taleghani, & Irajpour, 2012). Sin embargo, según un estudio fenomenológico realizado en 2013 también en mujeres jordanas, éstas no sintieron miedo a ser abandonadas por su familia (Obeidat et al., 2013). Y en un estudio sobre mujeres tailandesas en 2015 reflejó que los cónyuges de las mujeres realizaban tareas domésticas y de cuidado mientras ellas sufrían síntomas de la quimioterapia (Liamputtong & Suwankhong, 2015).

Mecanismos de adaptación al cáncer de mama en relación a su cultura

En cuanto a los mecanismos de adaptación, un estudio cualitativo en 2014 con mujeres de Bahrein (oriente medio) destacaban cubrir su cabeza y

cuerpo (hijab), incrementando el ocultismo y evitando así hacer visible los efectos del tratamiento con quimioterapia (Jassim & Whitford, 2014). Positivamente, las mujeres chinas se refugian en la empleabilidad (Li & Lambert, 2007).

Asimismo, un grupo de investigadores apuntaron en 2007 que la enfermedad permite experimentar una transformación espiritual y sobre las creencias, obteniendo conciencia de la finitud de la vida (Levine, Yoo, Aviv, Ewing, & Au, 2007).³² En la misma línea, Reynolds expone en 2006 que en un grupo de mujeres estadounidenses frecuentaba el uso de terapias alternativas, como el humor para reducir el estrés y aumentar la sensación de control, cuidar el alma, mejorar la aceptación de las circunstancias personales, reducir el miedo y el dolor (Eide, 2007). Estas prácticas son apoyadas también por mujeres tailandesas, cultura en la que los cuerpos representaban el paisaje personal de curación y el cuidado de estos una forma de prevenir la recaída (Liamputtong & Suwankhong, 2015).

Este trabajo no está exento de limitaciones: que la búsqueda se haya restringido a los idiomas inglés,

castellano, francés y portugués, así como el límite de años en 2006, y la consulta a los datos Pubmed, Lilacs, Scopus y Psycinfo, posibilita la pérdida de información en otras bases de datos y en otros idiomas y años. En relación a la metodología empleada en la mayoría de los artículos, se trata en su mayoría de estudios cualitativos lo cual no asegura que los resultados sean representativos de la totalidad de la población, así como otras cuestiones propias de esta metodología tales como si las decisiones y descripciones de las personas que participan representan realmente las de la ciudadanía, si quienes analizan estos datos utilizan técnicas de consenso en las que utilizan su punto de vista personal y/o si siempre son las mismas personas quienes aceptan o rechazan realizarestas entrevistas.

CONCLUSIONES

En cuanto a los aspectos emocionales y sexuales, las mujeres experimentan multitud de miedos y temores durante y tras el tratamiento, destacando miedo a la recidiva, que favorecen estados de pérdida de feminidad y de autoestima. Estos factores junto con la dificultad para mantener relaciones sexuales satisfactorias se relacionan directamente con altos niveles de depresión y

ansiedad. En cambio, el apoyo social se considera un factor positivo.

El estigma social y familiar caracteriza las relaciones sociales y personales en todas las culturas en mayor o menor medida. Lugares donde las relaciones de poder son desiguales en género y los ingresos bajos, el ocultismo y aislamiento social, así como familiar este rechazo social está más presente.

El significado del cáncer de mama se encuentra fuertemente influenciado mismo por las creencias espirituales y religiosas de las mujeres. En los países con menores ingresos impera el temor a lo desconocido, se aferran a Dios como salvador, utilizan rituales para alcanzar la paz, y/o acuden a remedios naturales sanadores.

BIBLIOGRAFÍA

Al-Amoudi, S. M., & Abduljabbar, H. S. (2012). Men's knowledge and attitude towards breast cancer in Saudi Arabia. A cross-sectional study. *Saudi Medical Journal*, 33(5), 547–550. ç

Asobayire, A., & Barley, R. (2014). Women's cultural perceptions and attitudes towards breast cancer: Northern Ghana. *Health Promotion International*, 30(3), 647–657.

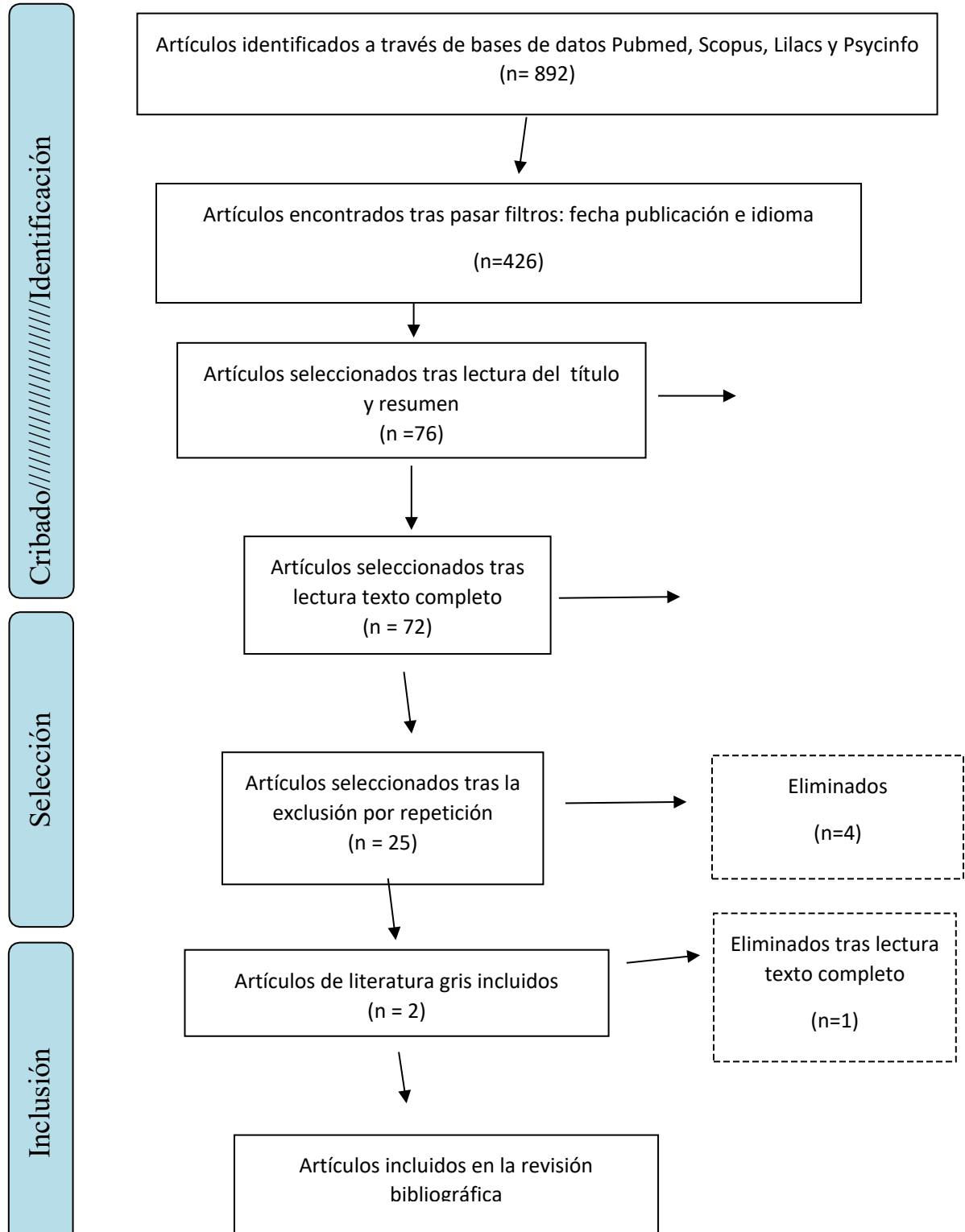
Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) (2019). *Pronóstico Cáncer de Mama: Esperanza de vida y mortalidad.*

- Madrid, España. AECC Contra el Cáncer.
- Banning, M., Hafeez, H., Faisal, S., Hassan, M., & Zafar, A. (2009). The impact of culture and sociological and psychological issues on muslim patients with breast cancer in Pakistan. *Cancer Nursing*, 32(4), 317–324.
- Conde, D. M., Pinto-Neto, A. M., Freitas Júnior, R. de, & Aldrighi, J. M. (2006). Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(3), 195–204.
- Davey, M. P., Kissil, K., Niño, A., & Tubbs, C. Y. (2010). “They paid no mind to my state of mind”: African American Breast Cancer Patients’ Experiences of Cancer Care Delivery. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28(6), 683–698.
- Dembinsky, M. (2014). Exploring Yamatji perceptions and use of palliative care: an ethnographic study. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(8), 387–393.
- Doumit, M. A. A., Huijjer, H. A.-S., Kelley, J. H., & Nassar, N. (2008). The Lived Experience of Lebanese Family Caregivers of Cancer Patients. *Cancer Nursing*, 31(4).
- Eide, P. (2007). Native Hawaiian Women and the Experience of Breast Cancer. *Women & Health*, 44(4), 41–59.
- España. (2003). Ley 1672003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de salud. *Boletín Oficial Del Estado*, (128, 29 de mayo), 1–46.
- Gibson, L. M., Thomas, S., Parker, V., Mayo, R., & Wetsel, M. A. (2014). Breast cancer fear in African American breast cancer survivors. *Journal of Cultural Diversity*, 21(4), 135–144.
- Iskandarsyah, A., de Klerk, C., Suardi, D. R., Soemitro, M. P., Sadarjoen, S. S., & Passchier, J. (2014). Psychosocial and cultural reasons for delay in seeking help and nonadherence to treatment in Indonesian women with breast cancer: A qualitative study. *Health Psychology*, 33(3), 214–221.
- Hernández, M., & Antonio Cruzado, J. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento: 1er Premio de la XIX edición del Premio de Psicología Aplicada “faelBurgaleta” 2012. *Clínica y Salud*, 24(1), 1–9. Recuperado de: <https://doi.org/10.5093/cl2013a1>
- Jaman Mewes, P., & Rivera, M. S. (2014). Vivir con cáncer: una experiencia de cambios profundos provocados por la quimioterapia. *Aquichan*; Vol. 14, Núm. 1 (2014). Recuperado de: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2394/3402>
- Jassim, G. A., & Whitford, D. L. (2014). Understanding the experiences and quality of life issues of Bahraini women with breast cancer. *Social Science & Medicine*, 107, 189–195.
- Jiménez-Martín, P. J. (2015). Views of the body in China: Tai chi chuan and qigong. *Ágora Para La Educación Física y El Deporte*, 17(2), 115–129. Recuperado de: http://agora-revista.blogs.uva.es/files/2015/08/agora_17_2b_jimenez.pdf
- Kayser, K., Cheung, P. K. H., Rao, N., Chan, Y. C. L., Chan, Y., & Lo, P. H. Y. (2014). The influence of culture on couples coping with breast cancer: A comparative analysis of couples from China, India, and the United States. *Journal of Psychosocial Oncology*, 32(3), 264–288.

- Leila, M., Nada, C., Kais, C., & Jawaher, M. (2016). Sexuality after breast cancer: Cultural specificities of tunisian population. *Pan African Medical Journal*, 25, 1–10.
- Levine, E. G., Yoo, G., Aviv, C., Ewing, C., & Au, A. (2007). Ethnicity and spirituality in breast cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 1(3), 212–225.
- Li, J., & Lambert, V. A. (2007). Coping strategies and predictors of general well-being in women with breast cancer in the people's Republic of China. *Nursing & Health Sciences*, 9(3), 199–204.
- Liamputtong, P., & Suwankhong, D. (2015). Therapeutic landscapes and living with breast cancer: The lived experiences of thai women. *Social Science & Medicine*, 128, 263–271. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.01.031>
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gotzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ*, 339(jul 21 1), b2700–b2700. Recuperado de <https://doi.org/10.1136/bmj.b2700>
- López-Abente, G., Pollán, M., Aragonés, N., Pérez Gómez, B., Hernández Barrera, V., Lope, V., & Suárez, B. (2004). Situación del cáncer en España: incidencia. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 27, 165–173. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v27n2/colaboracion.pdf>
- Martínez Barreiro, A. (2004). La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. *Papers. Revista de Sociologia*; Vol. 73 (2004): Problemas Sociales. Recuperado de: <https://papers.uab.cat/article/view/v73-martinez>
- Nasiri, A., Taleghani, F., & Irajpour, A. (2012). Men's sexual issues after breast cancer in their wives: a qualitative study. *Cancer Nursing*, 35(3), 236–244. Recuperado de: <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31822d48e5>
- Obeidat, R. F., Homish, G. G., & Lally, R. M. (2013). Shared decision making among individual swith cancer in non-Western cultures: a literaturere view. *Oncology Nursing Forum*, 40(5). Recuperado de <https://doi.org/10.1188/13.ONF.454-463>
- Organización de las Naciones Unidas. (2008). Declaración Universal de los Derechos Humanos, United Nations. Recuperada en Junio 15, 2009, del sitio Web: Portal de Recursos Educativos Abiertos (REA).
- Ramos, E. S. (2006). Cell-free fetal DNA in maternal plasma and non invasive prenatal diagnosis. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 14, 964–967.
- Reynolds, D. (2006). Examining spirituality among women with breast cancer. *Holistic Nursing Practice*, 20(3), 118–121.
- Rubin, L. R., Chavez, J., Alderman, A., & Pusic, A. L. (2013). 'Use what God has given me': Difference and disparity in breast construction. *Psychology & Health*, 28(10), 1099–1120. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/08870446.2013.782404>

- Santos, D. B., Santos, M. A. dos, & Vieira, E. M. (2014). Sexualidade e cancer de mama: uma revisao sistematica da literatura. *Saúde e Sociedade*, 23, 1342–1355. Recuperado de <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000400018>
- Santos, D. B., & Vieira, E. M. (2011). Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2511–2522. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000500021>
- Shoma, A. M., Mohamed, M. H., Nouman, N., Amin, M., Ibrahim, I. M., Tobar, S. S., William, S. G. (2009). Body image disturbance and surgical decision making in egyptian post menopausal breast cancer patients. *World Journal of Surgical Oncology*, 7, 66. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/1477-7819-7-66>
- Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SEPREC). (2018). La SECPRE pide la creación de Unidades de Micropigmentación de Areola y Pezón integradas en los servicios de Cirugía Plástica de los hospitales públicos. Madrid. España.
- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) (2019). Las cifras del cáncer en España 2019. Recuperado de <https://seom.org/dmccancer/wp-content/uploads/2019/Informe-SEOM-cifras-cancer-2019.pdf>
- Tae, Y. S., Heitkemper, M., & Kim, M. Y. (2012). A path analysis: A model of depression in korean women with breast cancer-mediating effects of self-esteem and hope. *Oncology Nursing Forum*, 39(1), E49–E57. Recuperado de <https://doi.org/10.1188/12.ONF.E49-E57>
- Taha, H., Al-Qutob, R., Nyström, L., Wahlström, R., & Berggren, V. (2012). “Voices of fear and safety” women’s ambivalence towards breast cancer and breast health: a qualitative study from Jordan. *BMC Women’s Health*, 12(1), 21. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/1472-6874-12-21>
- Talita, T. P. S., Aparecida Monteiro, L., Csizmar Carvalho, C., Andrade Cordeiro, L., Lopes Chaves, E. de C., & Carvalho Leite, M. (2017). La dimensión espiritual en el cuidado de las personas con cáncer: una revisión integradora. *Cultura de Los Cuidados*; Núm. 47. Recuperado de <https://doi.org/10.14198/cuid.2017.47.02>
- UNFPA. (2019). Estado de la población mundial. Recuperado de: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2019_ES_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf
- Wen, K.-Y., Fang, C. Y., & Ma, G. X. (2014). Breast cancer experience and survivor ship among asian americans: a systematic review. *Journal of Cancer Survivor ship*, 8(1), 94–107. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s11764-013-0320-8>
- Wiggs, C. M. (2011). Mothers and Daughters: Intertwining relationships and the lived experience of breast cancer. *Health Carefor Women International*, 32(11), 990–1008.

Figura 1. Proceso selección de estudios. Diagrama de flujo PRISMA



Fuente.Elaboración en base a las recomendaciones de la Declaración Prisma (Liberati et al., 2009)

Tabla 1. Selección de artículos.

Fuentes	Artículos encontrados	Artículos seleccionados	Artículos incluidos
Pubmed	103	18	18
Scopus	121	22	5
Psycinfo	52	10	0
Lilacs	148	22	2
Literatura gris	2	1	1
Totales	426	73	26 artículos

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2: Análisis y síntesis de los resultados

Fuente	País	Metodología	Objetivos	Principales Resultados	Categorización*
(Jassim & Whitford, 2014)	Bahréin	Estudio cualitativo	Indagar en las percepciones las mujeres sobrevivientes a cáncer de mama en Bahréin	Gran estigma social y familiar. Presentan baja autoestima y libido. Preocupación por la recurrencia y el cuidado de sus hijos. Lo asumen como la voluntad de Dios.	A, B, C
(Kayser et al., 2014)	USA	Revisión bibliográfica	Conocer el afrontamiento de parejas cáncer de mama en China, India y EE. UU.	En estadounidenses, cambios en su vida sexual, social, comunicación y para las parejas indias y chinas dificultadas por vivir lejos de sus familias y problemas financieros.	C
(Gibson, Thomas, Parker, Mayo, & Wetsel, 2014)	USA	Revisión bibliográfica	Analizarlas características del miedo en mujeres afroamericana sobrevivientes.	Destacan el miedo a la recurrencia, la muerte, al cambio de roles, a la cirugía, quimioterapia y malestar psicológico en mujeres afroamericanas.	A
(Rubin, Chavez, Alderman, & Pusic, 2013)	USA	Estudio cualitativo	Reconstrucción de mama en las mujeres afroamericanas	Inseguridad en los implantes, a diferencia de la mujer blanca. Miedo al dolor y a los cambios físicos.	A, B
(Iskandaryah et al., 2014)	USA	Estudio cualitativo	Indagar acerca de la dificultad de adherencia al tratamiento en mujeres indonesias	Creencia en la amenaza de su feminidad y en curanderos tradicionales. Concepción de la enfermedad como la voluntad de Dios.	A, C
(Taha, Al-Qutob, Nyström, Wahlström, & Berggren, 2012)	Jordania	Estudio cualitativo	Explorar la percepción de las mujeres con cáncer de mama en Jordania.	Preocupación por el cuidado de su familia, gran tabú social, percepción de la enfermedad como incurable, amenazadora para su feminidad. Posible rechazo por sus maridos.	A, B
(Tae, Heitkemper, & Kim, 2012)	Corea	Estudio descriptivo transversal	Probar un modelo hipotético de depresión en mujeres coreanas con cáncer de mama y evaluar los efectos mediadores de la autoestima y la esperanza	La depresión se ve afectada directamente por la poca esperanza de vida y la baja autoestima, e indirectamente por la percepción negativa del estado de salud y del apoyo familiar, por baja economía y cansancio físico.	A
(Wiggs, 2011)	USA	Revisión bibliográfica	Indagar en las emociones de mujeres con cáncer de mama y sus hijas	Importancia del apoyo madre-hija siendo las relaciones similares en estadounidenses, caucásicas, afroamericanas, latinas, asiáticas y homosexuales.	A
(Davey, Kissil, Niño, & Tubbs, 2010)	USA	Estudio cualitativo	Análisis de mujeres afroamericanas con cáncer de mama	Demanda de conocimiento sobre su pronóstico y atención sanitaria integral. Apoyo familiar favorecedor.	A
(Doumit, Huijjer, Kelley, & Nassar, 2008)	Líbano	Estudio cualitativo	Interpretar las experiencias de mujeres libanesas con cáncer de mama.	Preocupación por el cambio de roles y aspecto físico. Culpabilidad por estigma social a su familia y posible recurrencia. Necesidad de compartir su experiencia.	A, B, C
(Shoma et al., 2009)	Egipto	Estudio descriptivo transversal	Indagar en mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama	Mayor angustia sobre imagen corporal y sufrimiento afectivo del grupo de mujeres con mastectomía que las de terapia conservadora.	A
(Banning, Hafeez, Faisal, Hassan, &	Pakistán	Estudio cualitativo	Analizar las estrategias de afrontamiento de mujeres con cáncer de mama	Negación del tratamiento y estigma familiar por mastectomía, provocando aislamiento social. Importancia de la fe en Dios y el apoyo familiar.	B, C

Cultura de los Cuidados

Zafar, 2009)					
(Levine, Yoo, Aviv, Ewing, & An, 2007)	USA	Estudio cualitativo	Examinar la espiritualidad de las mujeres sobrevivientes.	Dios como un apoyo que ayuda a la aceptación y otras con sensaciones de ira. Reconocen una transformación espiritual.	C
(Li & Lambert, 2007)	China	Estudio descriptivo transvernal	Analizar las estrategias de afrontamiento de mujeres chinas	Gran importancia a estar empleado y el apoyo familiar. Grandes sentimientos de culpa.	A, C
(Asobayire & Barley, 2014)	Ghana (África occidental)	Estudio cualitativo	Explorar el conocimiento y la conciencia de mujeres de Ghana sobre cáncer de mama	Acceso a remedios naturales como primera elección. Entendido como un castigo, catalogadas como brujas. Grandes diferencias de poder en género.	A, B, C
(Dembinsky, 2014)	Yamatji	Estudio cualitativo	Conocer la experiencia de mujeres con cáncer de mama en Yamatji	Inflexibilidad de la muerte institucionalizada. Barreras culturales entre los profesionales y las pacientes.	A
(Wen, Fang, & Ma, 2014)	USA	Revisión bibliográfica	Analizar a mujeres asiáticas-estadounidenses con cáncer de mama.	La salud emocional y física deteriorada con mayores dificultades en la atención sanitaria.	A
(Leila, Nada, Kais, & Jawaher, 2016)	Túnez	Análisis secundario de datos	Identificar cambios en la sexualidad en mujeres con cáncer de mama en Túnez	Funcionamiento y satisfacción sexual disminuidas, relacionadas con ansiedad y depresión. Imagen corporal negativa y común menopausias inducidas.	A
(Santos, Santos, & Vieira, 2014)	Brasil	Revisión bibliográfica	Analizar el impacto en la mujer del cáncer de mama y sus tratamientos .	Mujeres en Irán y Japón experimentan reducción del deseo sexual y menopausia tras quimioterapia. Preferencia por reconstrucción inmediata con pezón.	A
(Conde, Pinto-Neto, Freitas Júnior, & Aldrighi, 2006)	Brasil	Revisión bibliográfica	Experiencias de calidad de vida en mujeres con cáncer de mama de diferentes etnias culturales	En mujeres jóvenes preocupación por de autoimagen, menopausia inducida y falta de fertilidad. Depresión secundaria a quimioterapia y problemas con la imagen corporal tras mastectomía. Disfunción sexual en brasileñas y norteamericanas.	A
(Liampittong & Suwankhong, 2015)	Australia	Estudio cualitativo	Analizar las emociones, creencias culturales en mujeres tailandesas con cáncer de mama.	Consideran la enfermedad como mortal, emplean remedios naturales y creen la religión budista como curación. Gran pérdida de feminidad con mastectomías y gran apoyo familiar.	A, B, C
(Eide, 2007)	Hawái	Estudio cualitativo	Conocer las experiencias de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama en Hawái para su uso en la promoción de la salud.	El tabú social de la alopecia dificulta la prevención. La fe en Dios las ayuda a creer que siguen la dirección correcta y recuperan el equilibrio (Pono) con la vida gracias a la enfermedad. Pérdida de la feminidad tras mastectomía y necesidad de expresarse a nuevas generaciones	A, B, C
(Obeidat, Homish, & Lally, 2013)	Jordania	Estudio fenomenológico interpretativo	Analizar las experiencias sobre miedo en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Jordania	Visión mortal de la enfermedad, depresión grave y ocultismo social. Gran fe en Dios. Las mujeres jóvenes sienten asalto a su feminidad y aceptan mastectomías radicales por miedo. Nulas posibilidades de matrimonio	A, B, C
(Reynolds, 2006)	USA	Estudio cualitativo	Analizar la espiritualidad en mujeres con cáncer de mama.	Usan terapias alternativas como el humor como estrategias. Mujeres estadounidenses se refugian en la oración y espiritualidad y su fe extrema rechaza el tratamiento	C
(Santos & Vieira, 2011)	Brasil	Revisión sistemática de la	Comprender la relación entre los tratamientos de cáncer de mama y la construcción de la imagen corporal en las mujeres en diferentes etnias	Las mujeres japonesas están insatisfechas con mastectomía sin reconstrucción, sobre todo en menores de 50 años. Similitud en conservación de mama y reconstrucción inmediata en Australia. Miedo a la alonencia, al dolor	A

*Revista científica de la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados
(Universidad de Alicante)*

		literatura		del miembro fantasma, y a la recidiva que provoquen cambios sociales y profesionales.	
(Jiménez-Martín, 2015)	España	Revisión bibliográfica	Indagar sobre el cuerpo en la tradición China.	Búsqueda del cuerpo natural en China, lejos de la reconstrucción y la aceptación del mismo.	A

***Categorización temática:** aspectos emocionales y sexuales, y su influencia en la vivencia del cáncer de mama/mastectomía (A); factores sociales y culturales estresantes en la mujer con cáncer de mama/mastectomía (B), mecanismos de adaptación al cáncer de mama en relación a su cultura (C).



Fuente: Cuba-0396 by kida.kidah. <https://search.creativecommons.org/photos/cacb4502-b7cd-4a3f-8203-a6117e349907>

Los estigmas que involucran las creencias religiosas y a las personas viviendo con el VIH

The stigmas surrounding Religious Beliefs and People Living with HIV

Os estigmas que envolvem as Crenças Religiosas e as Pessoas Vivendo com HIV

André Luís Brugger Silva¹, Fabiana Barbosa Assumpção de Souza², Érika Bicalho de Almeida³, Márcia Pereira GomesFranco Coffré⁴

¹Mestre em Enfermagem. Correo electrónico: albrugger@hotmail.com

²Pós-doutorado em Enfermagem, Professora Associada da EEAP/UNIRIO. Correo electrónico: fabiassumpcao@hotmail.com

³Doutora em Ciências, Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da FCMS/JF. Correo electrónico: ebicalhoenf@hotmail.com

⁴Mestre em Enfermagem. Correo electrónico: mpsemog@gamil.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Silva, A.L.B., Souza, F.B.A., Almeida, E.B. & Gomes, M.P. (2020). Los estigmas que involucran las creencias religiosas y a las personas viviendo con el VIH. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 24 (57) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.03>

Correspondencia: Rua Padre Nóbrega, 30, Apartamento 302, Bloco 3, Paineiras, Juiz de Fora, Minas Gerais-Brasil, CEP:36016-140.

Correo electrónico de contacto: albrugger@hotmail.com



Recibido:20/11/2019

Aceptado:12/03/2020

ABSTRACT

Introduction: Human immunodeficiency virus (HIV) infection due to its severity, mainly due to the evolution of opportunistic diseases and its pandemic character, represents a current health problem. In this context, religion and spirituality collaborate to confront this health problem. **Objectives:** To analyze the stigmas that involve religious beliefs and people living with HIV (PLHA). **Methodology:** A cross-sectional, qualitative descriptive study that used a semi-structured interview script in 17 patients undergoing treatment at the Immunology outpatient clinic of a University Hospital of Rio de Janeiro. The qualitative analysis of the speeches used the Content Analysis method, aiming at interpreting the meaning of the narratives of the subjects interviewed. **Discussion:** The stigmas surrounding disease and prejudice promote behavioral changes in the individual. However, Religious Beliefs and Spirituality influence the breaking of paradigms and minimize the suffering of these patients, consolidating a network of solidarity involving religion and patient, which provides improvements in the quality of life of these individuals. **Conclusion:** Religious beliefs were identified as promoters of behavioral changes and transposition of stigmas related to the disease. **Key words:** HIV, religion, stigma, quality of life.

RESUMEN

Introducción: La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), a causa de su gravedad, especialmente por la evolución de las enfermedades oportunistas y su carácter pandémico, representa un problema de

salud en la actualidad. En este contexto, la religión y la espiritualidad contribuyen para el afrontamiento de este agravio a la salud. **Objetivos:** Hacer un análisis de los estigmas que involucran las creencias religiosas y a las personas viviendo con el VIH (PVVIH). **Metodología:** Estudio transversal, descriptivo de naturaleza cualitativa, en el que se ha utilizado un guion de entrevista semiestructurado con 17 pacientes en tratamiento en el ambulatorio inmunológico de un Hospital Universitario de Río de Janeiro. El análisis cualitativo de las respuestas utilizó el método de Análisis de Contenido, como herramienta para la interpretación del sentido de las narrativas de los participantes del estudio. **Discusión:** Los estigmas asociados a la enfermedad y el prejuicio provocan cambios comportamentales en el individuo. Sin embargo, las creencias religiosas y la espiritualidad influyen en la ruptura de paradigmas y reducen el sufrimiento de los pacientes, consolidando una red de solidaridad que involucra religión y paciente, lo que promueve mejoras en la calidad de vida de esos individuos. **Conclusión:** Se identificó las creencias religiosas como promotoras de cambios comportamentales y transposición de estigmas relacionados con la enfermedad. **Palabras clave:** VIH, religión, estigma, calidad de vida.

RESUMO

Introdução: A infecção pelo Vírus da Inmunodeficiência Humana (HIV) devido a sua gravidade, principalmente pela evolução das doenças oportunistas e seu caráter pandêmico, representa um problema de

saúde na atualidade. Nesse contexto a religião e a espiritualidade colaboram para o enfrentamento desse agravo a saúde. **Objetivos:** Analisar os estigmas que envolvem as Crenças Religiosas e as Pessoas Vivendo com HIV(PVHIV). **Metodologia:** Estudo transversal, descritivo de natureza qualitativa, que utilizou um roteiro de entrevista semiestruturado em 17 pacientes em tratamento no ambulatório de Imunologia de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro. A análise qualitativa das falas utilizou o método da Análise de Conteúdo, visando à interpretação do sentido das narrativas dos participantes. **Discussão:** Os estigmas que envolvem a doença e o preconceito promovem mudanças comportamentais no indivíduo. Porém, as Crenças Religiosas e Espiritualidade influenciam na quebra de paradigmas e minimizam o sofrimento desses pacientes, consolidando uma rede de solidariedade envolvendo religião e paciente, o que proporciona melhorias na qualidade de vida desses indivíduos. **Conclusão:** As crenças religiosas foram identificadas como promotoras de mudanças de comportamento e transposição de estigmas relacionados a doença. **Palavras-Chave:** HIV, religião, estigma e qualidade de vida

INTRODUÇÃO

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), devido à sua gravidade, principalmente pela evolução das doenças oportunistas e seu caráter pandêmico, representa um problema de saúde da atualidade. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) notificou 842.710

casos de aids, no período janeiro de 1980 a junho de 2016 no Brasil, sendo 548.850 (65,1%) casos do sexo masculino e 293.685 (34,9%) do sexo feminino. Nos últimos cinco anos, foram registrados em média 41 mil novos casos (BRASIL, 2016). Atualmente, a epidemia no país é estável e concentrada em subgrupos populacionais vulneráveis, mas os adultos do sexo masculino ainda são os mais acometidos (UNAIDS BRASIL, 2016; CUNHA et al., 2015).

A Lei n° 9.313/96 foi um avanço na TARV, ao garantir a distribuição gratuita dos medicamentos antirretrovirais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A política assistencial do SUS tem ampliado cada vez mais o acesso gratuito ao diagnóstico do HIV e, conseqüentemente, ao tratamento da aids (SILVA et al.,2015). Dados do ano de 2015, publicados no Boletim Epidemiológico, mostram que 449.762 Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHA) estavam em tratamento com antirretrovirais. Anualmente, são aproximadamente 65 mil indivíduos que iniciam Terapia Antirretroviral (TARV) no país. Do início da epidemia da aids em 1980 a dezembro de 2015 no Brasil, foram identificados 303.353 óbitos, que tiveram como causa morte a aids, sendo a maioria dos casos (60,3%) na região Sudeste (BRASIL, 2015).

No Brasil, o acesso irrestrito e a ampla distribuição da TARV determinaram que a doença passasse de fatal para uma condição de doença crônica (OLIVEIRA et al., 2015; SILVA et al., 2015). Numa visão mais ampla, o número de pessoas que recebe TARV na América Latina e no Caribe aumentou de 210.000, em 2003, para 795.000 em 2010, representando 56% das pessoas que precisam de tratamento, e 44% de todas as pessoas com HIV (BRASIL, 2010). Sabe-se que o envolvimento com grupos religiosos favorece a adesão ao tratamento, contribuindo para a qualidade de vida da Pessoa Vivendo com HIV (PVHIV) (CALIARI et al., 2018).

Os resultados do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010 apontam que a população brasileira, no que se refere à religião, é formada por Católicos Apostólicos Romanos 64,8%, Evangélicos 22,2%, Espíritas 4%, Umbanda e Candomblé 0,3% e Outras Religiões 2,7%, e os que declararam não ter religião representam 8% da população. Estes dados mostram o crescimento da diversidade dos grupos religiosos no Brasil, se comparado com o censo anterior de 2000. A proporção de católicos seguiu a tendência de redução

observada nas duas décadas anteriores, embora tenha permanecido majoritária. Em paralelo, consolidou-se o crescimento da parcela da população que se declarou evangélica. Os dados censitários indicam também o aumento do total de pessoas que professam a religião espírita, dos que se declararam sem religião, ainda que em ritmo inferior ao da década anterior, e do conjunto pertencente à outras religiosidades (BRASIL, 2012).

Segundo Costa et al. (2018), a religião contribui para minimizar a vulnerabilidade das PVHIV, através de orientações baseadas nos dogmas religiosos. Ao respeitar e seguir esses preceitos, acredita-se numa menor exposição a comportamentos de risco.

A pesquisa de Silva et al. (2015) apontou que as crenças religiosas corroboram com o alívio do sofrimento causado pelos estigmas que envolvem o HIV, permitindo sustentar a busca pela cura e a adesão ao tratamento. Assim, a pesquisa teve como objetivo analisar os estigmas que envolvem as crenças religiosas e as PVHIV. **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de natureza qualitativa, fruto de uma dissertação de mestrado, que utilizou um roteiro de

entrevista semiestruturado, aplicado a 17 PVHIV, independentemente do sexo, da crença religiosa, do tempo de tratamento, de apresentarem outras comorbidades e serem maiores de 18 anos, atendidas no ambulatório de um Hospital Universitário do Estado do Rio de Janeiro, o qual é referência no tratamento do HIV/aids na cidade do Rio de Janeiro.

A pesquisa obedeceu às normas da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e foi submetida à análise do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), aprovada sob número CAAE: 70665917.7.0000.5285. Após a aprovação no CEP e a concordância em participar do estudo, atrelada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as entrevistas foram agendadas com os pacientes durante a consulta no referido ambulatório.

A coleta dos dados ocorreu entre janeiro e maio de 2018, através da aplicação de um roteiro de entrevista gravada em mídia digital, em que os pacientes foram identificados com a letra “P” e números aleatórios. O roteiro abordou dados demográficos dos pacientes, o tipo de crença religiosa, a relação entre as crenças, espiritualidade e as implicações na vida da PVHIV.

As perguntas do roteiro foram aplicadas com a preocupação de capturar a história de vida, adoecimento, os estigmas, religiosidade e espiritualidade dos pacientes. As gravações das falas serão armazenadas por cinco anos pelos pesquisadores, e destruídas posteriormente.

A análise qualitativa das falas utilizou o método da Análise de Conteúdo, proposto por Bardin (2011), que compreende três fases: a) Pré-análise: as transcrições das entrevistas foram organizadas e sistematizadas, retomando as hipóteses e os objetivos do estudo, que direcionaram a discussão; b) Exploração do material: codificação dos conteúdos das falas, definindo as categorias, que possibilitou interpretações e inferências e c) Tratamento dos resultados: consolidou as mensagens contidas no conteúdo das falas tornando-as significativas, direcionando uma análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2011; SANTOS, 2012).

As informações obtidas com as entrevistas foram relacionadas à literatura publicada sobre o assunto. Os temas identificados como mais relevantes proporcionaram a discussão que se segue.

DISCUSSÃO

A maioria dos participantes foi do sexo masculino 58% (10), cerca de 75% (13) em idade produtiva, entre 30 e 59 anos. No quesito escolaridade, prevaleceu o ensino médio 29% (5). O tempo de tratamento entre 5 a 10 anos compreendeu 71% (12) do participantes, porém 29% (5) tratam há mais de 20 anos.

Quando abordados sobre suas crenças religiosas, diferente dos dados do IBGE já apontados neste estudo, a maioria 45% (8) relatou frequentar religiões espíritas e/ou de matrizes africanas como Umbanda e Candomblé, e estas foram seguidas pela religião evangélica, representada por 42% (7) dos participantes.

Apoiados na análise de conteúdo de Bardin, foram identificados os achados mais relevantes relacionados aos estigmas que envolvem as PVHIV (BARDIN, 2011).

Os conteúdos das falas dos participantes apontam que o envolvimento religioso está associado ao bem estar físico e psíquico do indivíduo. Esse bem estar é fruto de estratégias de enfrentamento da doença, consideradas por Brito & Seidl (2019) e Cunha & Scorsolini-Comin (2019) como *coping* positivo. Os estudos produzidos por esses autores consolidam a definição de

coping positivo como estratégias de enfrentamento, que proporcionam efeitos benéficos para o indivíduo. Um exemplo a ser dado é a adesão à terapia antirretroviral pela PVHIV calcada no acolhimento religioso e nas crenças por ele gerado.

Por outro lado, os mesmos estudos identificam que a religião e espiritualidade influenciam negativamente o indivíduo no seu processo saúde doença, originando estratégias que proporcionam consequências prejudiciais, denominadas *coping* negativo (BRITO & SEIDL, 2019; CUNHA & SCORSOLINI-COMIN, 2019). A crença na cura divina do HIV, ocasionando o abandono do tratamento, é considerada um exemplo do *coping* negativo.

Os participantes do estudo, em sua maioria, apresentam um período longo de tratamento no ambulatório e muitos consideram que Deus proporcionou a eles uma nova chance de vida. Nesse universo, sentimentos como acolhimento e gratidão se misturam. As falas abaixo demonstram o *coping* positivo relacionado às crenças religiosas: *Deus não veio para condenar ninguém, me senti bem mais acolhido pelo pastor do que pela própria família,*

Cultura de los Cuidados

meus filhos não aceitam minha doença (P1). [...] eu sempre aceitei a doença, o tratamento, mas faltava um conforto espiritual, tinha um vazio, que foi preenchido com a outra religião, me sinto grata. Parecia que eu estava num abismo e fui resgatada, é algo difícil de ser explicado...quando eu sinto que vou cair eu falo para mim mesma “opa pera aí quando eu estava no mundo eu sempre me levantei porque agora que eu estou na presença de Deus eu vou cair, de jeito nenhum isso vai acontecer”, eu converso comigo mesma...aí ligo o rádio no louvor bem alto, danço com Deus (P13).

As falas propõem a presença muito próxima de Deus, como se um diálogo fosse estabelecido entre as partes, uma comunicação repleta de sentimentos que denotam proximidade. Essa aproximação promove um conforto espiritual, que envolve conversa, dança, questionamentos, indagações das PVHIV com o ser divino, que os próprios pacientes denominam ser Deus.

Diante da vulnerabilidade na qual a PVHIV se vê imersa, a religião surge como apoio no enfrentamento e nas ações de prevenção da doença (COSTA et al., 2018). Por outro lado, esse Deus também pode punir, e o passado da PVHIV repleto de atitudes, segundo eles, impróprias é o fator determinante que justifica o estar doente.

A doença é caracterizada pelas PVHIV como uma forma de punição divina, pelas atitudes erradas no passado. As falas apontam o *coping* negativo ligado aos julgamentos religiosos: *Jesus me perdoou, mas tenho que pagar meu preço (P1). A religiosidade passou a ser necessária depois que descobri a doença... precisamos levar a culpa pelo passado, que se possa pedir perdão... (P12).*

As crenças religiosas podem favorecer o sentimento de aceitação, ao mesmo tempo que a doença é consequência das atitudes do indivíduo,

o que pode gerar um sentimento de culpa e punição. Para Caliarì et al. (2018), a religião pode ser fonte de apoio e esperança no enfrentamento do agravo. Porém, o medo da exposição social e do preconceito podem reforçar o HIV como pecado, aumentando o sentimento de culpa pela infecção, o que acarreta o afastamento da PVHIV da religião, promovendo sentimento de revolta com a condição sorológica, por acreditar que a doença é um castigo divino.

Culpa e pecado são sentimentos provenientes da discriminação moral que envolve a doença, principalmente devido ao fato de ser uma infecção sexualmente transmissível. Esse fato somado à dualidade entre o “bem e mal, pecado e virtude” parecem compor uma questão

importante na relação da PVHIV com seus grupos religiosos. Segundo os estudos de Silva, Moura e Pereira (2013), prevalece socialmente um estigma negativo envolvendo o HIV, decorrente da falta de perspectiva de cura e de contágio facilitado pelas relações afetivas e sexuais, essenciais ao ser humano.

A PVHIV vivencia o medo da exposição social da doença, que no estudo de Silva et al. (2015), representa a condenação à “morte moral” do indivíduo, por considerar que a sociedade julga como desvio de conduta os hábitos de vida daqueles com diagnóstico positivo para HIV.

As PVHIV vivem num conflito de sentimentos, num questionamento com o divino de por que eu? O que eu fiz para ter essa doença? Porque mereço esse castigo? Se sentem pecadores, castigados, indignos do perdão, e ao mesmo tempo acreditam que Deus lhes proporcionou uma segunda chance.

Estudo envolvendo homens e mulheres diagnosticados com Tuberculose e aids apontou o quanto é desgastante emocionalmente, para elas, o enfrentamento da doença. A culpa e o sentimento de castigo para elas têm origem nos hábitos de vida, que promovem isolamento social e restrição

dos relacionamentos interpessoais (SILVA et al., 2015). Soma-se a esta visão socialmente estabelecida outra de cunho religioso, a de decadência moral do indivíduo, devido à culpa por seus comportamentos mundanos. Para Brito & Seidl (2019), a resiliência diante da soropositividade está relacionada ao sentimento de culpa diante da contaminação pelo HIV.

Para alguns participantes da pesquisa, a religião promove a falsa esperança da cura, considerada um *coping* negativo, mesmo tendo consciência de que não foi descoberta pela medicina até o presente momento. Outros acreditam que ela existe e que a fé é capaz de curar independente da comprovação científica. O estudo de Cunha & Scorsolini-Comin (2019) verificou a presença de estratégias para negar a realidade, o mesmo foi apontado por Brito & Seidl (2019) no que tange a PVHIV.

Nos trechos a seguir observamos a confirmação desse *coping* negativo na fala dos participantes do estudo em tela. Os pacientes passam a atribuir a Deus a melhora e a possibilidade da cura, como demonstram as falas: *Tudo que eu faço acredito que tem a permissão de Deus, mas eu acredito e tenho fé que a cura da doença*

Cultura de los Cuidados

vai chegar, eu acredito (P14). [...] teve um paciente que foi curado da aids, e deu o seu testemunho, o pastor só aceitou o testemunho com os papeis comprovando que foi curado mesmo (P7).

Os pacientes alimentam-se de informações inverídicas e dos próprios desejos, baseados na ideia da cura, da descoberta de uma vacina e do sonho de uma vida livre dos medos e preconceitos que envolvem a doença. Todavia, existem PVHIV que, por influência da religião, acreditam na cura e se apegam a esse desejo, para continuarem o tratamento e vencerem os estigmas.

O fato de estarem com o vírus indetectável através dos exames laboratoriais dá a esses indivíduos a falsa ideia de cura, esse sentimento é sustentado por líderes religiosos sem nenhum fundamento científico, o que consolida a falsa condição de cura através da fé. A pesquisa realizada por De Diego & Guerrero (2018) sobre a influência da religião na saúde apontou que os líderes religiosos podem influenciar nas decisões das pessoas sobre os cuidados com a própria saúde.

A fala a seguir demonstra essa realidade: *[...] mas Deus nos levanta, eu creio na minha cura, e creio que hoje ao olhar meus exames o médico vai suspender meu medicamento, porque eu*

sei que para a medicina é uma doença que não tem cura, mas que para Deus tem. Eu vejo muitos testemunhos na televisão e na igreja também, de pessoas que tiveram a doença (aids) e hoje estão curadas, tanto que geraram filhos saudáveis, isso significa que existe cura. Eu creio, eu falo com Deus e ele me atende [...]eu quero mostrar para muitos que a cura existe, não a da medicina, mas a igreja é capaz de curar (P13).

A idealização da cura pela fé perpassa pela gravidade de acreditar que se a criança filha de mãe HIV pode negatizar, o adulto também pode alcançar esse propósito. Porém, os participantes não relataram abandono do tratamento baseado na possibilidade de cura através da fé, o que reforça a necessidade do acompanhamento multiprofissional da PVHIV, que deve ser contínuo e baseado no acolhimento, dando ao paciente a liberdade de expressar seus conflitos e externar sentimentos por ele vivenciados.

Segundo o Manual do Ministério da Saúde de 2017, quando a carga viral materna é suprimida próxima ao parto somada ao uso da TARV durante a gravidez, reduz-se a taxa de transmissão vertical do HIV de aproximadamente 30% para menos de 1% (BRASIL, 2017); Fatores esses que contribuem para a qualidade de vida de crianças e

adolescentes vivendo com HIV/aids, ao contrário do início da epidemia na década de 1980.

O estudo de Caliari et al.(2018) aponta que a qualidade de vida das PVHIV pode estar relacionada à adesão ao tratamento, ao acolhimento recebido pelos profissionais de saúde e ao vínculo com os serviços de saúde e grupos de convivência. A exclusão foi apontada pelo estudo como um fator preponderante para a não adesão à TARV.

Ao mesmo tempo, o relato que se segue direciona o olhar para a realidade e até para certa indignação com a falsa ideia da cura disseminada por alguns líderes religiosos. Pois se torna claro que, diante da ideia da cura, o tratamento passa a ser interrompido pela PVHIV, o que piora a saúde do indivíduo, conforme demonstra a narrativa: *Tenho um filho de 22 anos que é soro positivo, ele é esquizofrênico e foi para um abrigo, onde o pastor disse que ele podia parar de tomar o coquetel que estaria curado [...] a gente sabe que não tem cura, não adianta se enganar, tem que tomar o remédio direitinho, não vai ser ninguém que vai me enganar dizendo que foi curado, porque eu sei que a cura ainda não existe. Estão estudando,*

tentando, mas tá difícil, a saúde pública está precária (P16).

Os discursos dos participantes se apoiam em testemunhos dados nas reuniões religiosas, que podem influenciar de forma positiva ou negativa na adesão ao tratamento e na falsa ideia de que a cura da doença já existe. Muitos buscam nos grupos religiosos apoio e qualidade de vida, que podem estar associados às atividades por eles desenvolvidas ligadas à religião. Não obstante, as falas dos participantes demonstram que a religião contribui com um *coping* positivo no tratamento, na mudança de comportamento e na busca de hábitos saudáveis.

Os *coping* positivos são determinantes para a qualidade de vida em saúde. Assim, é crescente o interesse dos profissionais da área em ações positivas que promovam a melhora de vida de seus pacientes. Essa busca não se restringe apenas em combater o sofrimento e a incapacidade do indivíduo nas suas atividades de vida diárias, mas também em tornar o alcance de produtividade significativo e ajudar o paciente a ter uma vida mais saudável e feliz.

Para Oliveira et al.(2015), a qualidade de vida da PVHIV é mensurada pela escala *World Health*

Cultura de los Cuidados

Organization Quality of Life (WHOQOL) HIV-bref, baseada na Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Contribuindo para essa definição e incorporando o fator religioso na qualidade de vida do indivíduo, através dos estudos de Silva et al. (2016) e Gomes et al. (2018), percebe-se que a religiosidade e espiritualidade são dimensões que contribuem para o bem-estar e enfrentamento de enfermidades.

A busca pela qualidade de vida em PVHIV também perpassa pelo *coping* positivo envolvendo religião e espiritualidade. O estudo de Oliveira et al. (2015), realizado com 146 PVHIV, em um hospital do nordeste do país, verificou que a espiritualidade e a religião colaboraram para a qualidade de vida, através da melhoria do seu estado de saúde, o que os ajudou a lidar com o estresse relacionado ao estigma e discriminação sofrida.

Verificaram-se mudanças de comportamento, estilo de vida e uma elevação da autoestima, promovendo um aumento de bem-estar, como aponta a

fala que se segue: *Percebo que eu posso ter minha vida normal e cuidar da doença normalmente, e não ficar com paranoia com a doença e deixar de viver. Hoje eu posso dizer que vivo até melhor do que antes de descobrir a doença. O que me ajudou foi a união da parte espiritual, da parte física, o tratamento e a terapia. Eu não deixo de ir à academia, de vir a terapia, a consulta e de buscar da parte espiritual...mas eu não vivo em função disso, não faço dela meu único apoio, não sou um fanático religioso, eu vou uma vez por mês, somente quando é necessário, fora isso eu fico em casa e mentalmente eu procuro a espiritualidade, o espiritismo é mais você com você mesmo (P2).*

A religião pode colaborar na ressignificação dos estigmas relacionados à doença e à morte pelo paciente. Assim, juntamente com a espiritualidade, mostra-se modificadora de comportamentos, principalmente os considerados de risco, que se ajustam ao processo saúde doença do indivíduo (FARINHA et al. 2018). O estudo de Correia et al. (2016, p.2903) verificou que “a religiosidade pode vir a ser não só uma estratégia de enfrentamento pessoal, como de força pró-social e também um método de controle comportamental”.

Já o estudo de Pio et al. (2017) aponta para conjuntos de fatores que

contribuem para a qualidade de vida do indivíduo. Alterações nas capacidades física e cognitiva comprometem o bem-estar do sujeito em sociedade. É significativo observar que, diante da infecção pelo HIV, os indivíduos necessitam de maiores cuidados com o ambiente e principalmente com os hábitos de vida negativos. Pois o que se verifica é uma maior fragilidade da saúde condicionada à imunodeficiência causada pelo vírus.

A qualidade de vida também perpassa pelo ambiente de trabalho, em que se estabelecem relações sociais importantes e significativas para o sujeito. Porém, as PVHIV esbarram no preconceito, que age como fator limitador, indo desde a empregabilidade à permanência do vínculo empregatício. Nesse momento, os direitos comuns a todos os cidadãos são negligenciados e se estabelecem prejuízos, que vão do social ao econômico (CUNHA et al., 2015).

O estudo de Silva, Moura e Pereira (2013) aborda sentimentos como medo do preconceito e discriminação após contaminação pelo HIV, que vão além do âmbito familiar, percorrendo também o ambiente de trabalho. No universo laboral, a chance real da perda do emprego impacta nas perspectivas

econômicas e sociais do indivíduo, por ser um perigo iminente ao se descobrir a infecção pelo HIV. Permanecer empregado passa a ser um desafio constante, que reside na importância da independência econômica, da contribuição na renda familiar e satisfação das necessidades básicas da PVHIV e sua família.

CONCLUSÃO

Os grupos religiosos são apontados pelos participantes como apoiadores, acolhedores e essenciais no processo de enfrentamento e principalmente na decisão de aceitar e aderir ao tratamento, o que agrega a ele outros valores. Mas o processo saúde e doença que envolve a PVHIV também deixa sequelas nas crenças religiosas.

Tal trajetória perpassa pelo diagnóstico, cercado pelo medo, seguido pela busca do acolhimento religioso e/ou familiar, depois pela aceitação da nova realidade, a busca pela cura, e por último a adesão e manutenção da TARV.

A Religiosidade/Espiritualidade, a fé, provocou mudanças na percepção da PVHIV acerca da doença, o que em muitos a vontade de continuar lutando pela vida. As consequências foram a melhoria da condição de saúde, advinda do tratamento, a resiliência e

o relacionamento com os outros e com Deus. Há de se considerar que o tratamento não se limita apenas ao medicamento, ele vai desde a alimentação saudável, passando pelo físico, espiritual, a saúde mental e o bem estar social. É todo um universo de fatores que contribuem para a qualidade de vida do indivíduo, diante de uma doença ainda sem cura efetiva e considerada crônica pelos profissionais de saúde.

A partir dessa ampla discussão científica acerca da influência da religião e espiritualidade no processo saúde doença, vislumbra-se a necessidade do envolvimento dos profissionais de saúde nesse contexto, o que poderá possibilitar melhorias na prevenção, recuperação e promoção da saúde da PVHIV. Mas, para que esse movimento aconteça, é necessário que tal temática seja discutida durante a formação do profissional.

BIBLIOGRAFIA

- Brardin, Laurende. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2010). *Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do Projeto Atar*. Brasília: Ministério da Saúde, 42-93.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2012). *Censo demográfico de 2010, 1-56*. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2015). HIV e aids. *Boletim Epidemiológico*, 4(1), 1-100.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2016). HIV e aids. *Boletim Epidemiológico*, 5(1), 1-64.
- Brasil, Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. (2017). *Conexão saúde*, 1-33.
- Brito, H. L., Seidl, E. M. F. (2019). Resilience of People with HIV/AIDS: Influence of Religious Coping. *Trends Psychol. Ribeirão Preto*, 27 (3), 647-660. doi: 10.9788/TP2019.3-04.
- Caliari J.S. et al. (2018). Quality of life of elderly people living with HIV/AIDS in outpatient follow-up. *Rev Bras Enferm*, 71 (Suppl 1), 513-22.
- Correia, D. S. et al. (2016). A importância da religiosidade/espiritualidade na perspectiva do paciente oncológico. *Rev Enferm UFP*, 10 (8), 2895-2905. doi: 10.5205/reuol.9373-82134-1-RV1008201615
- Costa, M.S. et al. (2018). Knowledge, beliefs, and attitudes of older women in HIV/AIDS prevention. *Rev Bras Enferm*, 71(1), 40-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0521>.
- Cunha, G. H. et al. (2015). Qualidade de vida de homens com AIDS e o modelo da determinação social da saúde. *Rev Latino-Am Enferm*, 23 (2), 91-100. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1258.2874>.
- Cunha, V. F., Scorsolini-Comin, F. (2019). Religiosity/Spirituality (R/S) in the Clinical Context: Professional Experiences of Psychotherapists. *Trends Psychol. Ribeirão Preto*, 27(2), 427-441. doi: 10.9788/TP2019.2-10.
- De Diego, C. R. & Guerrero Rodríguez, M. (2018). La influencia de la religiosidad en la salud: el caso de los hábitos saludables/no saludables. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 22(52). doi:<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.15>

Farinha, F. T. et al. (2018). Correlação entre espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida em adolescentes. *Rev. bioét.* 26 (4), 567-73. doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422018264275>

Gomes, I. C. C. et al. (2018). Attitudes facing pain and the spirituality of chronic renal patients in hemodialysis. *Br J Pain.* 1(4), 320-4. doi: 0.5935/2595-0118.20180061

Oliveira, F. B. et al. (2015). Qualidade de vida e fatores associados em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Acta Paul Enferm,* 28(6), 510-6.

Pio, D. P. M. et al. (2017). Hospitalization of people 50 years old or older living with HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm,* 70 (4), 881-886. Doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-01_13.

Santos, Fernanda Marsaro dos. (2012). Análise de Conteúdo: a visão de Laurence Bardin. *Revista Ele. De Educação,* 6 (1) 383-387.

Silva, J. B. et al. (2015). Os significados da comorbidade para os pacientes vivendo com TB/HIV: repercussões no tratamento. *Physis Revista de Saúde Coletiva,* 25 (1), 209-229. doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000100012>.

Silva, C. F. et al. (2016). Espiritualidade e religiosidade em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. *Rev. Bioét.* 24 (2), 332-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242134>.

Silva, L. M. S., Moura, M. A. V., Pereira, M. L. D. (2013). Cotidiano de mulheres após contágio pelo HIV/aids: subsídios norteadores para a assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm,* 22 (2), 335-342.

Unaid, Brasil. (2016). Entre na via rápida: abordagem no ciclo de vida para o HIV. Sao Paulo: UNAIDS, 1-40.



Fuente: CC BY-NC 2.0 license. <https://search.creativecommons.org/photos/d96ea6c6-8f4e-4018-a181-868378ce74e2>

La experiencia de la persona con cáncer de colon y colostomía: tiempo y espacio que se sufre o se vive

The experience of person with colon cancer and colostomy: time and space suffered or lived.

A experiênciã do pessoa com câncer de cólon e colostomia: tempo e espaço sofrido ou

Gandhy Ponce Gómez¹. Beatriz Carmona Mejía². Sandra Magdalena Sotomayor Sánchez^{3, a}

¹Profesor de Carrera Titular A Definitivo. Unidad de Investigación. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. UNAM.

²Profesor de Carrera Asoc. B. Def. Carrera de Enfermería. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. UNAM.

³Profesor de Carrera Asoc. B. Definitivo. Unidad de Investigación. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. UNAM.

Cómo citar este artículo en edición digital: Ponce Gómez, G., Carmona Mejía, B., & Sotomayor Sánchez, S.M.. La experiencia de la persona con cáncer de colon y colostomía: tiempo y espacio que se sufre o se vive. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 24 (57) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.04>

Correspondencia: 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: 11/11/2019

Aceptado: 03/02/2020



ABSTRACT

Justification. In 2016 in Mexico, colorectal cancer in men ranked fourth in neoplasms worldwide; in women, it was in third place. Objectives: to explore the experience of people with colon cancer and who carry a colostomy. Methodology. This is a qualitative descriptive

phenomenological study in eight informants selected for convenience sampling, Mexican adults of the male and female sex and the data collection was through an in-depth interview, establishing rapport with the participants. The data analysis was through content analysis by Strauss and Corbin. The theoretical support made according to Martin Heidegger and Henri Lefebvre.

Results and discussion. The most shocking experience is the feeling that your life no longer has time, time became finite after diagnosis and it is not enough to take care of yourself and work. While space conditions the time and the way in which the experience of having cancer is lived, in fact the amplitude of a space could be insufficient when the anguish is lived and one wishes to escape from reality. It is the nursing responsibility to support the process of recognizing and accepting your body, learning to take care of it and having the much desired control over their life and activities.

Key words: colon cancer, time and space, nursing.

RESUMEN

Justificación. En el 2016 en México, el cáncer colorrectal en los hombres ocupó el cuarto lugar dentro de las neoplasias a nivel mundial; en las mujeres, se ubicó en el tercer lugar. Objetivos: explorar la experiencia de las personas con cáncer de colon y que portan una colostomía. Metodología. Se trata de un estudio cualitativo descriptivo fenomenológico en ocho informantes seleccionados por muestreo por conveniencia son adultos mexicanos del sexo masculino y femenino y la recolección de datos fue a través de entrevista a profundidad, estableciendo rapport con los participantes. El análisis de los datos fue a través de análisis de contenido de Strauss y Corbin. El sustento teórico realizado de acuerdo con Martin Heidegger y Henri Lefebvre. Resultados y discusión. La experiencia más impactante es el sentir que su vida ya no tiene tiempo, el tiempo se volvió finito después del diagnóstico y no alcanza para cuidar de sí mismo y trabajar. Mientras que el espacio condiciona el tiempo y la forma en que se vive la experiencia de tener cáncer, de hecho la amplitud de un espacio pudiera ser insuficiente cuando se vive la angustia y se desea escapar de la realidad. Es responsabilidad de enfermería apoyar en el proceso de reconocer y aceptar su cuerpo, aprender a cuidarlo y tener el control tan deseado sobre su vida y sus actividades.

Palabras clave: cáncer de colon, tiempo y espacio, enfermería.

RESUMO

Justificação: Em 2016, no México, o câncer colorretal em homens ficou em quarto lugar em neoplasias em todo o mundo; nas mulheres, ficou em terceiro lugar. Objetivos: explorar a experiência de pessoas com câncer de cólon e portadoras de colostomia. Metodologia: Trata-se de um estudo fenomenológico descriptivo qualitativo em oito informantes selecionados para amostragem por conveniência, adultos mexicanos do sexo masculino e feminino e a coleta de dados foi realizada por meio de entrevista aprofundada, estabelecendo rapport com os participantes. A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo de Strauss e Corbin. O suporte teórico feito de acordo com Martin Heidegger e Henri Lefebvre. Resultados e discussão. A experiência mais chocante é a sensação de que sua vida não tem mais tempo, o tempo se tornou finito após o diagnóstico e não é suficiente cuidar de si mesmo e trabalhar. Enquanto o espaço condiciona o tempo e o modo como a experiência de ter câncer é vivida, na verdade a amplitude de um espaço pode ser insuficiente quando a angústia é vivida e se deseja escapar da realidade. É responsabilidade da enfermagem apoiar o processo de reconhecimento e aceitação do seu corpo, aprendendo a cuidar dele e tendo o muito desejado controle sobre sua vida e atividades.

Palavras-chave: câncer de cólon, tempo e espaço, enfermagem.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo; en 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones. Casi una de cada seis defunciones en el mundo se debe a esta enfermedad. Cerca del 70% de las muertes por cáncer se registran en países de ingresos

medios y bajos. Y el cáncer colorrectal es uno de los 5 tipos de cáncer que causan mayor número de fallecimientos a nivel mundial (cáncer colorrectal: 774 000 defunciones) (Organización Mundial de la Salud, 2019). En el 2018, se estima que la carga del cáncer ascendió a 18 millones de casos nuevos y 9.6 millones de muertes, además se calcula que en términos de la sobrevivida a los cinco años después del diagnóstico hay 43.8 millones de personas (International Agency for Research on Cancer, 2018). En México, los cánceres de mama, de próstata, cervicouterino, colorrectal y de pulmón son los más recurrentes en la población en general en ambos sexos (Sociedad Mexicana de Oncología, 2016). El cáncer colorectal de acuerdo con Globocan 2019 alcanzó en 2019 el 7.8% de incidencia, es decir 14 900 casos de hombres y 6.8% o 7105 mujeres de todos los tipos de cáncer diagnosticados en cualquier edad. Son las personas en edad adulta quienes llegan más a presentar cáncer de colon a partir de los 45 años de edad y hasta los 65 años y son los hombres más que las mujeres quienes padecen este tipo de cáncer (17.6 vs. 15.3 por 100,000 habitantes). (Global Cancer Observatory, 2019).

En la vida de la persona la aparición del cáncer llega a interrumpir drásticamente en la vida, desarticulando las esferas de su día a día y de la vivencia de su cuerpo y corporalidad. Infringe su vida provocando la imposibilidad de realizar las actividades de

siempre, en tiempos permanentes por una colostomía permanente o tiempos con dolor por incertidumbre; simultáneamente se hace presente en distintos espacios la dependencia hacia los otros, las órdenes médicas y sus exigencias, así como las consecuencias de estos eventos que se pueden manifestar en su espacio laboral, espacio familiar o en el espacio terapéutico. Finalmente estos múltiples factores rompen con su estabilidad, desde la experiencia: su vida, su cuerpo y su corporalidad ya no son suyos. Es importante precisar que cuerpo y corporalidad parecen no ser lo mismo. "Cuerpo" se define como una realidad objetiva que, a la manera de un objeto, posee una forma definida, En condiciones normales, las personas aprenden a utilizar las capacidades de su cuerpo para el desarrollo de las actividades diarias y para el logro de sus metas; es un instrumento incondicional del Ser, que la persona no percibe conscientemente mientras se encuentra con salud; mientras que desde el punto de vista de la subjetividad se encuentra la corporalidad, la cual hace referencia más bien a la realidad subjetiva, vivenciada o experienciada que toma en cuenta no sólo el aspecto físico, sino lo intelectual, social y afectivo desde el punto de vista de la fenomenología.

La fuente de daño personal que es el cáncer en la vida de las personas, representa una gran amenaza al bienestar físico, en tiempo y espacio. El cáncer de colon con un tratamiento de colostomía se convierte en un

esencial e íntimo de su auto-imagen corporal y social, de su seguridad, rendimiento, de su desarrollo laboral, de sus redes familiares y de su sexualidad. Esta enfermedad es de las más temidas a nivel mundial, ya que además de asociarse con la muerte, se le teme por el conocimiento social de que conlleva dolor, deterioro corporal y malignidad. Esta interpretación de la vida del paciente al ser diagnosticado se debe a tratamientos agresivos y mutilantes con efectos secundarios muy desagradables. En su cotidiano de tiempo (el momento o tiempo largo que le toca vivir) y de espacio (diferentes espacios geográficos dentro y fuera de su casa), la persona se deberá hacer a la idea de un tratamiento interminable, doloroso, angustiante y con incertidumbre. Toda la vida de una persona se ve transformada y suspendida en el tiempo cuando conoce esta verdad, y es a partir de ese momento que todos sus momentos comienzan a girar ahora en torno de la enfermedad (Good, 1994). Los sustentos teóricos para el análisis de la corporalidad en tiempo y espacio se hacen desde la experiencia de Heidegger y los conceptos de Tiempo y Espacio de Henri Lefebvre.

El mundo de la experiencia es el mundo de la vida, es decir, la base de toda acción, así como de toda operación de conocimiento y elaboración científica (Husserl, 2001). Utilizado insistentemente por Heidegger (Heidegger, 1988), el concepto de experiencia habla del “ser ahí” (tal como se presenta), del “ser en el mundo” y de la

acción humana. Para este autor, el sentido de la experiencia es la comprensión: el ser humano "es" comprendiéndose a sí mismo y su sentido en el mundo de la vida. La estructura temporal de la vida cotidiana, que en palabras de Heidegger hace la diferencia no como una ordenación homogénea de posiciones, en una escala, en un parámetro, que en Ser y tiempo (Heidegger, 1988) deriva de una interpretación vulgar del tiempo, que queda reducida a una “secuencia de horas”; sino más bien como una proporción que determina “cómo” vienen a la presencia y se manifiestan (orden temporal y relación causal) los eventos del mundo que nos es dado conocer.

Los eventos que llegan en un momento dado de la vida enfrentan a las personas a una contingencia para la que no están preparados y que además deben tratar de sincronizar sus propios proyectos. Las personas, todos caminamos viviendo cada instante sin reparar en trascendencia y consecuencia. Los proyectos a corto plazo se viven más que planearse, mediano y largo plazo en tiempo es continuo y limitado. Uno de los impactos más grandes en la vida de la persona que es diagnosticada con cáncer es su propio significado del tiempo. Las experiencias del cáncer que los pacientes más recuerdan son las de casos fulminantes, aquellos que sufrieron más, los que rápidamente terminaron su vida tras un diagnóstico de metástasis. Sin embargo aunque estas experiencias no sean la mayoría, son las que más impactan tras la

Cultura de los Cuidados

narrativa social de las enfermedades mortales.

La temporalidad llega a su finitud tras saberse enfermos y por lo tanto la línea del tiempo se acaba y se siente la necesidad de aprender a aprovechar cada instante para disfrutar, estar con las personas queridas, por ejemplo, ya que aparece en el horizonte de sus vidas un final que hasta antes del diagnóstico no era más que una posibilidad remota y abstracta, recordemos la invulnerabilidad interrumpida. Las formas de ubicarse en una nueva realidad que fue rota abruptamente es fijarse metas, en la mayoría de ellos inmediatas y mediatas, y que van consolidándose más a medida que sienten que la lucha la van ganando o van perdiendo fuerzas.

La posibilidad de reorganizar su vida en el tiempo que se les dé a conocer tras la necesidad expresada al médico de “saber la verdad”. La logística de la vida, se da sobre la base del tiempo, la valoración de lo que tiene o la añoranza de lo que no vivió y lo que tendrá que abandonar, la experiencia de unas vidas plena conectada con el hecho de haber o no sido feliz. Pasado, presente y futuro se interconectan cuando se sabe de una enfermedad mortal, se buscan causas, errores u omisiones. Para el futuro se negocia con lo presente y el futuro inmediato a cambio de más vida. La vivencia del presente se oferta como recurso expiatorio de culpas pasadas, las actitudes de compromiso, la puesta en la mesa de una promesa implícita en narrativas de cambiar

en el presente, si tiene una oportunidad de vivir el futuro y que Austin (1982) clasificó como compromisorios: “tengo intención de”, “me propongo a”, “prometo que” y todos aquellos que explícita, o de una manera más indirecta, comprometen a la persona a hacer algo (Austin, 1982). El tiempo corre lentamente en la necesidad de saber más y tener pronto una solución, mientras que corre rápidamente en la incertidumbre de que es un día menos de vida por que no tienes forma de curarte.

El tiempo de vida y angustia se ve influenciado por el factor institucional, el tiempo de espera de una cita, de una consulta, de un envío de estudios o exámenes de laboratorio y finalmente de un tratamiento que las personas que padecen este diagnóstico quisieran tener dentro de sus venas ya un medicamento que expulsara al enemigo que llevan dentro.

El cáncer como evento de pérdida de salud y funcionalidad y de existencialidad debido a la proximidad de la muerte, genera el que la persona dedique gran parte de su tiempo a un pasado sin cáncer o a aventurarse en la esperanza de un futuro de curación en que el tratamiento es eficaz y sus peticiones son escuchadas. La persona olvida que la vida con cáncer o sin él, solamente se vive en el presente del entorno presente. Que lo que se vive en su ser interno debe ser fusionado con lo que se vive en el ser externo familiar y social.

Lefebvre aporta acerca del “espacio” es cual define como un tejido más o menos denso de redes y ramificaciones, que cuenta con aspectos objetivos y subjetivos; sitúa a lo subjetivo del espacio en su relación con el entorno de un individuo y de un grupo, es el horizonte dentro del cual se sitúan y viven los individuos; mientras que objetivamente se relaciona con lo durable. El espacio constituye un referente y lugar que es dotado de sentido por los sujetos y al mismo tiempo, este espacio le da sentido a los actores del cotidiano (Lefebvre, 1972).

Desde lo objetivo, el espacio geográfico, puede ser considerado desde un mero contenedor o soporte físico-natural, hasta una construcción social en permanente (re)construcción y acción, producto de los procesos de espacialización de la sociedad (Lucero, Mikkelsen, Sabuda y Ares 2006). El espacio físico y social para la persona con cáncer de colon y colostomía adquiere un peso variable ya que el escenario público laboral del que goza más el hombre que la mujer le ocasiona mayor ansiedad y estrés por portar una colostomía; mientras que para la mujer estar en un espacio conocido y que ella controla como lo es el hogar le permite tener mayor dominio sobre su cuerpo y su tratamiento. Las mujeres y hombres de este estudio han reconfigurado su expresión y roles familiares y sociales en función también del espacio público o privado que desarrollan. Los objetos y acciones que existían para una persona aparentemente

sana, se redireccionan y rehacen para la que vive la enfermedad y un tratamiento médico.

La persona con diagnóstico de cáncer de colon y colostomía entra en una redefinición de su alimentación, higiene, relaciones con su familia y cuidado de su salud reconstituida con un espacio público en que se es proveedor o protector de otros; así como de un espacio privado que proporciona intimidad para cuidarse o pedir que otro le asiste en el cuidado. También el espacio público o privado se reconstituye en un espacio de padecer la enfermedad y el espacio del cuidado.

El significado del espacio privado que tenía una casa para la persona, era una concepción distinta antes del diagnóstico de una enfermedad pensada como incurable casi por todos, y puede haber cambiado de la concepción simbólica de descanso y refugio a incomodidad y estrés. El espacio público ya sea laboral o el espacio externo a la casa puede ser un motivo de ocultar su padecer, de dolor, de corporalidad ajena por tener una colostomía.

El espacio geográfico deber ser considerado como un factor que participa igualmente de la condición de los social y de lo físico y que los eventos como la enfermedad y el cuidado a la enfermedad no se “geografizan” indiferentemente. En cada momento existe una relación entre el valor de la acción y el valor del lugar donde se realiza (Santos, 2000). La enfermedad se mostrará en forma de un continuum que se

va a desarrollar en tiempos y espacios diversos, en los que se alternarán la enfermedad, el padecimiento y el malestar. Estos tiempos y espacios van a determinar el tipo de cuidados que cada persona mujer u hombre necesitan (Amezcuca, 2000).

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico descriptivo para explorar la experiencia del tiempo y el espacio de las personas con cáncer de colon y que portan una colostomía. El protocolo de investigación fue autorizado por el Comité de Ética donde labora la investigadora, los informantes clave seleccionados por muestreo por conveniencia, fueron 4 sujetos adultos del sexo masculino y 4 del sexo femenino con la condición de haber sido diagnosticados con cáncer de colon y portar una colostomía y hasta 1 año de ser diagnosticados en un instituto de salud de alta especialidad de la Ciudad de México en febrero de 2019, con el propósito del estudio esclarecer la experiencia humana personal y subjetiva; logradas a partir de entrevistas en profundidad con un cuestionario semiestructurado de 5 preguntas detonadoras, Los participantes accedieron a ser entrevistados en 2 o 3 ocasiones con la previa firma del Consentimiento informado y guardando los aspectos éticos de la investigación. Se realizó la transcripción y el análisis de datos con criterios de rigor científico de “credibilidad”, “auditabilidad”,

“transparencia” o “confirmabilidad”. La codificación realizada fue con sustento en los planteamientos metodológicos de Strauss y Corbin quienes proponen el sistema de codificación abierta donde los datos son fragmentados en partes discretas, minuciosamente examinados y comparados por sus similitudes y diferencias acciones/interacciones para encontrar similitudes conceptuales en su naturaleza propia, o en las relaciones en que el significado es agrupado, bajo conceptos más abstractos, conocidos como “categorías”, definiendo las categorías como aquellos “conceptos que representan fenómenos” (Strauss y Corbin, 2002), hasta culminar en la creación del respectivo diagrama teórico integrador con relaciones entre categorías, subcategorías y etiquetas. Para este avance de resultados, se presenta la categoría “Corporalidad en tiempo y espacio”.

RESULTADOS

Los participantes son 4 mujeres y 4 hombres adultos de nacionalidad mexicana entre 42 y 56 años de edad; con lugar de residencia de 3 de ellos en la ciudad de México y 5 de ellos en Estado de México y estado de Morelos. Fueron diagnosticados al menos un año atrás con cáncer de colon y 5 de ellos tienen una colostomía permanente, 4 de ellos son mujeres. La situación laboral predominante es que 6 de ellos reciben remuneración económica por su actividad y

2 de ellas realizan sus actividades en el hogar.

Una de las principales categorías emergidas y que se vuelve imprescindible en la comprensión de la vida de la persona con cáncer de colon y colostomía es la experiencia de la persona con cáncer y colostomía en tiempo y espacio.

Respecto al concepto tiempo, se trata de un “tiempo paralizado”, éste no transcurre y se vive una sensación de opresión que requiere de la compañía de quien se ama o quien le escucha, este tiempo pausado corresponde al momento en que se da el diagnóstico, se confirma la enfermedad, o al primer contacto con el hospital, al momento de despertar de la anestesia, las primeras sesiones de quimioterapia, etc.

Para algunos participantes el tiempo se detuvo, el tiempo se volvió eterno, eterno pero inactivo en el presente en el que vida quedó pausada:

JOSUÉ, E2 [...] “todo lo veo triste, antes el cielo era azul, al menos eso recuerdo, hoy todo es gris y hasta siento que algo huele mal, el día o seré yo”

El hecho de tener que estar en cierto aislamiento por portar una colostomía, rompe su tiempo ya planeado con actividades del cotidiano y debe aprender a ajustar su vida con un esfínter que es artificial y que no controla. Es un nuevo estilo de vida impuesto por la medicina que toma con esperanza o con desagrado, pero

que al final de cuentas debe ser aceptado por la persona:

SERGIO E2 [...] No tenía horario para iniciar a trabajar o dejar de trabajar... podía estar todo el tiempo fuera de la casa, hasta que yo no hubiera más trabajo... pero ahora... debo regresar, estar cuidando la bolsa de colostomía, comer a mis horas, pero además comer cosas sanas que mi esposa prepara. Debí cambiar mis rutinas...

ARIEL E1 [...]El hospital es un espacio, ya he pasado mucho tiempo allí desde mi enfermedad, paredes frías, colores pálidos y caras insensibles que no nos ayudan, y lejos de ayudarnos, parece que ya no nos cuentan en esta vida. Y en casa, solo me aísló dentro de mi recámara... voy a morir.

El espacio condiciona el tiempo y la forma en que se vive la experiencia de tener cáncer, de hecho la amplitud de un espacio pudiera ser insuficiente cuando se vive la angustia y se desea escapar de la realidad, cuando el presente es insoportable. Y la cantidad de acompañantes pudiera ser nula cuando el corazón de la persona se siente inmensamente solo al conocer del fin de su vida. Ahora siente que el día de su muerte se acerca.

LUISA. E1 [...] No disfrutaba la vida, siempre enojándome... siento que no necesito a la gente ni a mi familia, y tampoco a los demás... los que me rodean en el trabajo, en la calle. Siendo que este lugar me ahoga, pero no quiero estar afuera”

La relación con el mundo se ve restringida a los ambientes de la propia casa y el hospital. Particularmente después de una quimioterapia, se ven obligados a estar

dentro de casa ya que son vulnerables a los contagios por enfermedades infecciosas:

SOLEDAD E3 [...] Estoy harta del encierro, debo estar en reposo, pero particularmente no debo estar saliendo por no enfermarme de otra cosa. .. Dicen que ahorita tengo las defensas bajas, estoy débil y puedo contraer infecciones... odio estar encerrada... pero lo acepto.

DISCUSIÓN

De acuerdo con Koselleck, se hace tangible el futuro en medida que crecen las expectativas sobre experiencias de vida de otras personas. Los temores, esperanza, desasosiego desde el diagnóstico del cáncer limitan o coartan las expectativas de mujeres y hombres. Koselleck define como “horizonte de expectativas” a línea difusa, lejana, que alberga temores, esperanzas, deseos, inquietudes ligadas a la experiencia (Koselleck, 1993).

La salud y la enfermedad cohabitan en la existencia cotidiana humana, y por lo tanto entre autores e investigadores son entendidas como un sistema de interpretación de experiencia de vida; que refleja las relaciones de la persona con la sociedad (Berger, Luckmann, 1967). Al mismo tiempo esta experiencia de la realidad vivida responde a un espacio social, histórico y económico, que varía según el sexo, la etnia, la edad, etc. En la experiencia de vivir en sus espacios, para la persona el cáncer representa una carga económica y pone a prueba la fuerza de los vínculos de la

persona. Y en entorno social le confronta debido a la necesidad de seguridad médica y accesos a los servicios de salud. Las alternativas de tratamiento y sus repercusiones se viven en espacios predominantemente cerrados. Tales espacios cerrados son su vivienda, su habitación, al lugar de su trabajo y que ahora se hacen por mayor tiempo en sus entornos familiares. La posibilidad de reorganizar su vida en el tiempo que se les dé a conocer tras la necesidad expresada al médico de “saber la verdad” (Kolesnicov, 2002). Heidegger defiende ese “estar en el mundo”, un tiempo entendido como posibilidad y experiencia subjetiva única para la persona.

CONCLUSIONES

Los nuevos acontecimientos a los cuales se enfrenta la persona con cáncer, así como aquellos eventos con los que tendrá que convivir y adaptarse el tiempo que le sigue a su día a día, le provocan al sujeto significaciones de pérdida y de búsqueda de control para mejorar su calidad de vida o por el contrario para dejarse desfallecer y poner en manos de otros su propio cuidado. Hay un proceso en el cual la persona que vive la enfermedad reflexiona sobre sí misma, reconfigura los diversos sentidos sobre la base de la nueva experiencia que le toca vivir y participa redefiniendo sus tiempos y espacios personalmente. Cada vez que la persona requiere atención o le surge alguna necesidad respecto a su enfermedad se verá

expuesto a exploraciones que en muchas ocasiones son dolorosas, o son prolongadas, o requieren una preparación previa intensa y sacrificada, pruebas diagnósticas de laboratorio o de gabinete y hasta llegar a intervenciones quirúrgicas de primera intención o secundarias a lo que ya se encuentre viviendo con el cáncer de colon. Pareciera ser que su cuerpo ya no es suyo. Su tiempo que antes manejaba ya no es suyo, su espacio le ahoga y ahora debe tener la experiencia de espacios deprimentes como son los hospitales y las salas de espera para ser atendido. Las actividades que tuviera la persona, la madre o padre de familia aun cuando sean importantes, pasan a segundo término.

La perspectiva de la temporalidad al ser diagnosticada o diagnosticado con cáncer y colostomía les enfrenta en un instante (tiempo inerte) ante casos fulminantes que en poco tiempo la muerte les alcanzará, a otras personas por el sufrir más, los que rápidamente terminó su vida después del diagnóstico de metástasis, que aunque estas experiencias no sean la mayoría, son las que más impactan tras la narrativa social de las enfermedades mortales. El tiempo se vuelve prioritario tras un diagnóstico de cáncer, la temporalidad llega a su fin. La línea del tiempo para ellos termina y se siente la necesidad de aprender a aprovechar cada instante para disfrutar, estar con las personas queridas, por ejemplo, ya que aparece en el horizonte de sus vidas un final que hasta

antes del diagnóstico no era más que una posibilidad remota.

Definitivamente, las formas de ubicarse en una nueva realidad que fue rota abruptamente en el momento de saberse enfermos de cáncer deben fijarse metas, en la mayoría de ellos inmediatas y mediatas, y que van consolidándose más a medida que sienten que la lucha la van ganando o van perdiendo fuerzas.

La posibilidad de reorganizar su vida en el tiempo y el espacio se va reorganizando conforme la experiencia que se vive es de compañía, asesoría y autocontrol sobre su cuerpo y su tratamiento, pero al contrario le desorganiza la vida si la persona afectada y el cuidador primario no son acompañados, ni asesorados, ni escuchados.

En la medida en que los profesionales de enfermería valoren y trabajen en las capacidades de reconocimiento hacia sí mismos y su capacidad de adaptarse a una nueva realidad; así como los recursos (físicos, humanos, y económicos) que tienen las personas con cáncer de colon y colostomía se está en posibilidad de apoyarlos en el proceso de reconocer su cuerpo, aprender a cuidarlo y tener el control tan deseado sobre su vida y sus actividades. Los cuidados paliativos es una gran oportunidad para enfermería de aliviar los síntomas que tanto del padecimiento como de los tratamientos permanentes o temporales como lo es la

colostomía y mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias. Pueden ayudar a la persona a vivir más confortablemente y con dignidad y amor y reinsertión a su vida física, a su corporeidad, a su vida en pareja y familia y a su medio laboral.

BIBLIOGRAFÍA

Amezcu, M. (2000). Antropología De Los Cuidados Enfermedad Y Padecimiento: Significados Del Enfermar Para La Práctica De Los Cuidados. Hospital Universitario San Cecilio. *Cultura de los Cuidados*. 4 (7/8). 60.67.

Austin 1982. En Luxardo, N. (2006) "Tejiendo tramas para explicar el cáncer". Mitológicas Vol. 21: 54-68.

Berger, P.; Luckmann, T. (1967). La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu.

Global Cancer Observatory. OMS. *Cancer today. Data visualization tools for exploring the global cancer burden in 2018*. Recuperado de <http://gco.iarc.fr/today/home>

Good, B. (1994). *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.

Heidegger, M. (1988). *Ser e tempo*. Petrópolis: Editora Vozes.

Husserl. E. (2001). *Idéia de fenomenologia*. Lisboa: Edições 70.

International Agency for Research on Cancer. (2018). Latest Global Cancer Data:

Cancer Burden Rises to 18.1 million new cases and 9.6 million cancer deaths in 2018. Recuperado de http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2018/pdfs/pr263_E.pdf.

Kolesnicov, P.(2002). Biografía de mi cáncer. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

Koselleck, R.(1993). *Futuro pasado. Para una semántica de los tiempos históricos*. Barcelona: Ediciones Paidós.

Lefebvre, H. (1972). *Critique de la vie quotidienne II, Fondements d'une sociologie de la quotidienneté*. Paris: L'Arche.

Lucero, P., Mikkelsen, A., Sabuda.F.G., & Ares, S.E. (2007) Calidad de vida y espacio: una mirada geográfica Desde el territorio local. Universidad Nacional de Mar de Plata. [on line] - Recuperado de http://hologramatica07_v1pp99_125.pdf

Organización Mundial de la Salud. Cáncer. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. Ginebra: OMS.

Santos, M. (2000) *La naturaleza del espacio*. Barcelona: Ariel. p. 74.

Strauss, A. y J. Corbin. (2002) *Bases de la Investigación Cualitativa*. Colombia: Universidad de Antioquia. Cap. 8.

Sociedad Mexicana de Oncología. (2016). *Prevención y diagnóstico oportuno en cáncer*. [on line] Recuperado de https://www.smeo.org.mx/descargables/CO-PREDOC_GUIA.pdf



Fuente: CC BY-NC 2.0 license. <https://search.creativecommons.org/photos/31ecd5f1-f3a2-4113-9e6f-b7b46e6556e4>

Cuidar del cuidado: Ética de la compasión, más allá de la protocolización del cuidado de enfermería

**Caring for care: Ethics of compassion, beyond the protocolization of nursing
care**

**Cuidando do cuidado: Ética da compaixão, além da protocolização do cuidado
de enfermagem**

John Camilo García Uribe¹

¹ Enfermero profesional Universidad de Antioquia, maestrando en Bioética Universidad CES, Fundación Clínica del Norte. Correo electrónico: Johnc.garcia@udea.edu.co

Cómo citar este artículo en edición digital: García Uribe, J.C. (2020). Cuidar del cuidado: Ética de la compasión, más allá de la protocolización del cuidado de enfermería. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 24 (57) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.05>

Correspondencia: Medellín-Bello, Transversal 38aa# 59a 231 (Colombia)

Correo electrónico de contacto: Johnc.garcia@udea.edu.co

Recibido: 12/11/2019

Aceptado: 10/3/2020

ABSTRACT

The objective of this reflective article is to analyze how the relationship between nursing care and comparison ethics is maintained and some effects of the protocolization of care in said relationship. Methodology: The delimitation of the analysis topic arises within the framework of a narrative exercise of care experiences, in the conceptual categories nursing care - comparison - protocol are interrelated. A reflective theoretical analysis is carried out mainly from the phenomenology of M.

Heidegger and the philosophy of finitude from JC Melich. Conclusion: the relationship between caring and compassion is inherent. You can't be careful without compassion and you can't have compassion without care, compassion exalts nursing care and this is your time is the hope of an ethic of compassion. However, this can be broken down by the protocolization of nursing care and practices, taking care away from its true essence, the ethics of compassion.

Keywords: Nursing ethics, compassion, nursing care, care protocols.

RESUMEN

El objetivo de este artículo de carácter reflexivo es analizar cómo se sostiene la relación entre el cuidado de enfermería y la ética de la compasión y algunos efectos de la protocolización del cuidado en dicha relación. Metodología: La delimitación del tema de análisis surge en el marco de un ejercicio de narrativa de experiencias de cuidado, en el que las categorías conceptuales cuidado de enfermería - compasión - protocolo se encuentran interrelacionadas. Se realiza un análisis teórico reflexivo principalmente desde la fenomenología de M. Heidegger y la filosofía de la finitud de JC Melich. Conclusión: la relación entre cuidado y compasión es consustancial. No puede haber cuidado sin compasión y tampoco puede haber compasión sin cuidado, la compasión exalta el cuidado de enfermería y este a su vez es la cúspide de una ética de la compasión. Sin embargo, esta puede verse disgregada por la protocolización del cuidado y las prácticas de enfermería, alejando al cuidado de su verdadera esencia, la ética de la compasión.

Palabras clave: Ética en Enfermería, compasión, cuidado de enfermería, protocolos de atención y cuidado.

RESUMO

O objetivo deste artigo reflexivo é analisar como se mantém a relação entre o cuidado de enfermagem e a ética da comparação e alguns efeitos da protocolização do cuidado nesse relacionamento. Metodologia: A delimitação do tópico de análise surge no marco de um exercício narrativo de experiências de cuidado, nas categorias conceituais protocolo de assistência de enfermagem - comparação - protocolo. Uma análise teórica reflexiva é realizada principalmente a partir da fenomenologia de M. Heidegger e da filosofia da finitude de JC Melich. Conclusão: a relação entre cuidar e compaixão é inerente. Você não pode se importar sem compaixão e não pode ter compaixão sem se importar, a compaixão exalta os cuidados de enfermagem e este é o seu tempo é a esperança de uma ética da compaixão. No entanto, isso pode ser

quebrado pela protocolização dos cuidados e práticas de enfermagem, afastando o cuidado de sua verdadeira essência, a ética da compaixão.

Palavras-chave: Ética em enfermagem, compaixão, assistência de enfermagem, protocolos de assistência.

INTRODUCCIÓN

Este texto de reflexión original surge motivado por un ejercicio narrativo de experiencias de cuidado en el que se logra exponer la tensión entre los protocolos de atención, cuidado de enfermería y la compasión. Para su construcción, se tienen como grandes referentes conceptuales la visión Heideggeriana de estar en el mundo en interrelación y la ética de la compasión desde la filosofía de la finitud de Mélich. No obstante, la intertextualidad multidisciplinar es una constante con el pasar de los párrafos, de forma tal que se pueden establecer relaciones conceptuales desde diferentes perspectivas epistemológicas.

DESARROLLO DEL TEMA**Desenmarañando la relación entre cuidado y ética de la compasión**

La compasión y el cuidado están estrechamente vinculados etimológicamente, una palabra remite a la otra, y el enfermero como proveedor de cuidados, también se ve inmiscuido en esta relación, formando una relación tripartita. Enfermero proviene del latín *infirmus*, donde el prefijo *in* significa negación o falta, *firmus* significa firmeza y el sufijo *ero*,

oficio. Es decir, aquel que se ocupa de aquellos que han perdido la firmeza (“Enfermera,” n.d.). La palabra cuidado, “se refiere a la acción de cuidar y procede del latín *cogitatus* “(reflexión, pensamiento, interés reflexivo que uno pone en algo). El verbo *cogitare* se compone de “co”, acción conjunta y *agitare* (poner en movimiento) un frecuentativo de *agere* (llevar adelante, hacer avanzar, mover)” (“Cuidado,” n.d.). En este sentido, puede afirmarse que ambas palabras enfermero y cuidado, hacen alusión a una dualidad, a una relación/interacción. Es el enfermero quien se ocupa de aquellos que han perdido la firmeza y el cuidado es una coacción en la que impera un interés reflexivo para ayudar, acompañar a otro vulnerable. Es un tanto llamativo, la relación etimológica entre cuidado y pensamiento, que permite trascender algunas concepciones del cuidado, puesto que cuidar implica ante todo conocer, conocer la realidad del otro, estar abierto al otro, para luego en un acto reflexivo movilizarse por el otro.

Algo similar sucede con la compasión, en la que “existen dos elementos fundamentales: la interdependencia y comprensión profunda”. (Araya, 2016). La compasión proviene del latín *cumpassio*, *cum* «convergencia, reunión, junto», *passio*, «sentir» a su vez proviene de *patior* «padecer, sufrir» más el sufijo -ción «acción y efecto» (Corominas and Pascual, 1985) (“Compasion,” n.d.). Al igual que cuidado, la compasión en sus raíces y orígenes hace

referencia a otro, a una relación, a un movimiento, a una respuesta, a una acción que surge en respuesta al sufrimiento del otro, trasciende el ámbito del yo. Siguiendo a (Estrada, 2006) “Se trata del reto de hacerse uno con el otro, de traspasar el estrecho horizonte del individualismo y reconocer que todo otro es otro-como-yo, no una abstracción”. Compasión, implica reconocer, entender, estar con y para el otro.

Pero la relación no solo es etimológica, es también ontológica. Respecto a esta onto-relación, puede decirse que, “El cuidado es inherente al ser humano, somos cuidado, el cuidado constituye al ser humano”, (Pulido, n.d.). Es decir, el cuidado constituye al hombre, el hombre se hace más humano en la medida que cuida, cuidar humaniza y el ser humano cuida. Para ahonda en esto un poco mas se hace necesario seguir a Heidegger (1993, p. 192) cuando introduce el concepto de “ el “Sorge”/”cuidado” es el cuidado de su existencia y de todo lo que lo rodea, es la condición originaria que permite que todo exista, es interpretado como la estructura fundamental del ser y la cotidianidad”. El “Sorge” (cuidado), es considerado inherente al hombre puesto que es “un ser esencialmente histórico, arrojado a un entorno social y cultural en un determinado tiempo o momento donde existen otros entes que lo afectan y lo influyen en esa coexistencia, la existencia es ese acontecimiento que va dándose en ese fluir de interrelaciones entre el nacimiento y la

muerte, y no es sólo por la muerte sino la contingencia y la interdependencia, que el ser humano es un ser finito, lo que posibilita a abrirse al mundo y sentir angustia” (Heidegger, 1993). El ser en el mundo es ser en angustia “aquello ante lo cual la angustia se angustia es el estar-en-el-mundo mismo” y esa angustia generada por la finitud de la vida, trae como respuesta inexorable el cuidado.

La finitud en la onto-relación cuidado-compasión

Es precisamente la finitud el puente Ontológico entre cuidado y compasión. Ahondando un poco mas en la finitud, (Melich, 2012) afirma:

Somos finitos porque vivimos y, por lo tanto, porque nacemos y heredamos, porque somos el resultado del azar y de la contingencia [...], porque el nuestro es un mundo que nunca es del todo nuestro, ni podrá ser plenamente cósmico, ordenado o paradisiaco, porque un cosmos, desde la perspectiva de la finitud, no consigue eludir la amenaza del caos, de lo extraño, de «eso» que es radicalmente otro. Para una filosofía de la finitud lo que resulta interesante es lo otro, el otro. p.10.

El ser humano como ser finito, es un ser en falta, “un ser carencial” (Gehlen, 1993), un ser que necesita del otro, un ser que vive en dualidad, un ser que “existe en dependencia, para, a partir de, frente a,

en relación con, en contra de, y junto a”(Melich, 2016). Esa necesidad del otro, de estar junto al otro hace al ser humano movilizarse por el otro, estar junto al otro responder por el otro, acogerlo y salirse de su mismidad.

No obstante, es también la finitud, el estar arrojados a un mundo, lo que genera una inmersión y una necesidad de códigos morales y marcos referenciales, “porque hay una necesidad, humana, de mitigar las incertezas, las aberturas y requiebros de la vida y sus experiencias. Hay una necesidad de controlar, de dominar, de reducir la serpenteante experiencia del flujo temporal, [...] una constante tentación de reducir las experiencias del vivir a un solo modelo.” (Melich, 2014). El vivir y actuar conforme a estos códigos o marcos referenciales genera una zona de confort, una especie de conformismo en el que se actúa estrictamente bajo el código, el protocolo y la norma y consecuentemente existe un afán desmesurado por la creación de guías, protocolos, normas y estándares para unificar todas las formas de actuar, el cuidado como acto, como una movilización, como un pensamiento no se escapa de esta lógica, hoy se vive una protocolización del cuidado. Con lo anterior, no se pretende menospreciar los protocolos de cuidado de enfermería, de hecho, son necesarios, pues son ámbito de resguardo ante la contingencia y la finitud, ¿Qué podría dar mas tranquilidad

que actuar de acuerdo con un protocolo o guía? Pero ¿será aquello que está protocolizado y generalizado lo que el “otro” verdaderamente necesita? ¿Hasta qué punto la protocolización del cuidado de enfermería riñe con la compasión y la verdadera esencia de cuidar?

La lógica de la crueldad de los protocolos

Para un acercamiento a los cuestionamientos anteriormente planteados es necesario realizar una distinción entre ética y moral, su relación con el cuidado de enfermería y los protocolos de atención en salud.

Retomando nuevamente a Mélich, “la moral hace parte del mundo heredado, al que somos arrojados, esto es, un conjunto de mitos, valores, rituales y hábitos de todo tipo, está poblado, en una palabra, de signos y de símbolos [...] la moral nos dicta a priori cuál es la respuesta correcta, la buena respuesta nos obliga a todos en la medida en que somos humanos, en la medida en que somos reconocidos como personas” (Mèlich, 2010). Allí están inmersos los protocolos de cuidado y atención de pacientes y códigos deontológicos o normativos, de antemano dan la respuesta a la pregunta ¿Qué debo hacer? Pero en ellos y siguiendo a Melich “no hay moral sin lógica, no hay lógica sin crueldad, la lógica no soporta ni la contingencia ni el

azar. Para ella todo está decidido *ab initio*” (Melich, 2014). Esta misma lógica de la crueldad, impera en los protocolos de atención de pacientes, puesto que amparan, pero desamparan, hay un acto de clasificación y por ende se determina cómo se debe actuar, pero lo que interesa no es el otro sino la categorización y la categoría.

Los protocolos clínicos o de cuidado, contienen la secuencia de actividades que deben desarrollar sobre grupos de pacientes o patologías, estandarizando que tan a menudo valorar los pacientes, como evaluarlos y los tipos de tratamientos, con un carácter normativo y una rigidez en su aplicación (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2007). Algunos protocolos de seguridad del paciente y control de infecciones restringen las visitas, el número de visitantes, las comidas, el tipo de comidas, la movilidad por otras salas del hospital, entre otros, pero a su vez obvian especificar algunas sencillas acciones como saludar, escuchar, acompañar, mirar y sonreír. Es que las pastillas y las inyecciones, se quedan cortas en ocasiones y en otras pueden ser inútiles, los cambios de posición pueden ser recomendados cada dos horas para evitar las úlceras por presión, pero para algunos pacientes podrá ser insuficiente y para otros molesto, a veces la mejor cura para el dolor es la escucha, la compañía o el silencio no recomendados por el

protocolo. Cabe aclarar, que no se busca satanizar los protocolos, no obstante, no son suficientes para brindar cuidado de enfermería, a veces hay que ir más allá de ellos e incluso en ocasiones se hace necesaria su transgresión. En este punto en el que el protocolo, el código o la moral se quedan cortos, surge la ética, la ética de la compasión.

Respecto a la ética, Mélich afirma (Melich, 2016)

“La ética es la zona oscura de la moral, No somos éticos porque nuestra respuesta «pueda convertirse en ley universal», sino todo lo contrario, porque no puede. La ética no tiene sentido ni por su fundamento (que no posee), ni por su normatividad (puesto que no da normas), sino por la compasión. La ética de la compasión se concibe como la forma en que los seres humanos, responden ante el mundo y ante el otro, desde el mundo y desde el otro, es la respuesta que se le da al otro que nos sale al encuentro, es un trato con el otro con el que se cohabita el mundo. Es la forma que tiene cada ser humano de encarar la demanda del otro en un espacio íntimo de responder singular e ineludiblemente de él y ante él. La ética es una relación compasiva, una respuesta al dolor del otro”.

Ética de la compasión para cuidar, para cuidar del cuidado

La ética de la compasión más que una alternativa, tiene que ser una respuesta a la protocolización del cuidado, un verdadero cuidado tiene que ser compasivo, tiene que surgir del otro para el otro. Un cuidado de enfermería es relacional, compasivo. La relación enfermero paciente por ende también lo tiene que ser. No se puede concebir un cuidado ni una relación enfermero paciente estrictamente ceñidos a un protocolo, que en muchos casos se aplica de manera automática, puesto que se perderían dos grandes pilares del cuidado, la compasión y el conocimiento. De hecho, aquello que se hace siguiendo un protocolo descontextualizado, sin aterrizarlo a las necesidades del otro, no sería cuidar, sería actuar siguiendo un protocolo o una norma. Es un acto encerrado en el yo, en la mismidad, no es un acto pensado desde el otro y para el otro. El cuidado para que sea cuidado tiene que ser humanizado, es decir, que surja del estar en el mundo, del otro, de la relación con el otro, de la alteridad. Un cuidado deshumanizado, que no nazca del otro, de la alteridad, no puede ser llamado cuidado. La deshumanización del cuidado, atenta contra la esencia del cuidado, no hay cuidado deshumanizado, simplemente no habría cuidado.

Cuidar como acto compasivo es un movimiento extático, en el que se sale del yo para acoger a otro, implica un acto de hospitalidad, “en el que hay un movimiento de tipo visible en el que hay un desplazamiento de cuerpos, pero el verdadero movimiento es de tipo invisible. En el que el enfermero (para Torralba anfitrión) sale de su mismidad para buscar al otro, hacerle un lugar en su mente” (Torralba Roselló, 2003). Cuidar solo es posible si se deja de pensar en sí mismo y se piensa en el otro.

Se cuidan rostros y no caras, se cuidan personas y no categorías, en el cuidado no se reduce al otro a una mera representación, el cuidado trasciende la cara, para ver el rostro, no es ver sino mirar, pero mirar con los ojos, los ojos del corazón y ante todo escuchar. Cuidar es tocar, es tacto, es como una caricia, como bien lo expresa Restrepo (1999) “para acariciar debemos contar con el otro, con la disposición de su cuerpo, con sus reacciones y deseos”, para cuidar también. “La caricia es una mano revestida de paciencia que toca sin herir y suelta para permitir la movilidad del ser con quien entramos en contacto”, para cuidar se tiene que tocar al otro. Cuidar implica cohabitar una microesfera Sloterdijkiana, es estar y ser en dualidad, en una relación íntima en la que se es permeable al otro, pero no para agarrarlo ni eclipsarlo en una relación paternalista, ni para subyugarlo en la lógica cruel del

protocolo, sino para responder desde el otro, en busca de la solidez. “Si alguien llega a tener un plan previo, rígido y definitivo para acariciar, es muy posible que termine estrellándose, conviniendo la caricia en violencia” (Restrepo, 1999), de igual forma si alguien llega a tener un plan rígido y definitivo para cuidar, es muy posible que termine estrellándose y estrellando al otro, desvirtuando el acto de cuidar.

El verdadero cuidado es compasivo, puede incluso tener que hacer más que el protocolo, aterrizarlo o acondicionarlo a una persona o situación singular, o tal vez en algunas ocasiones tener que transgredirlo, un verdadero cuidado tal como lo propone (Watson, 2008) precisa de una relación transpersonal, va más allá de las dimensiones corporales, el tiempo y el espacio, el cuidado surge del otro. El otro es lo que motiva y direcciona el acto de cuidado y no el protocolo o la guía. Tal como lo propone Elías Caneti “uno actúa como nunca más podría volver a actuar” (Uribe, 2019), uno cuida como nunca más podría volver a cuidar, el cuidado se da en una relación singular, en un tiempo y espacio, en el que ninguna de las condiciones ni las personas inmersas en la situación relacional volverán a ser iguales. Por lo tanto, no se puede desvirtuar el cuidado extralimitándolo a la aplicación automática, descontextualizada y cruel de protocolos

y normas, no se puede extraviar la relación etimológica, ontológica e histórica entre cuidado y compasión.

CONCLUSIÓN

La relación entre cuidado y compasión es consustancial. No puede haber cuidado sin compasión y tampoco puede haber compasión sin cuidado, la compasión exalta el cuidado de enfermería y este a su vez es la cúspide de una ética de la compasión.

Cuidar tiene que trascender la aplicación de cualquier protocolo, a través de una ética de la compasión que cubra aquellas zonas agrietadas y sombrías de la protocolización del cuidado, para cuidar realmente al otro. Cuidar es sinónimo de apertura de todo el ser y los sentidos, cuidar es un responder que surge del otro, es un acto de pensamiento, cuidar es tiempo, es darle tiempo al otro, es pensar para el otro y en el otro, cuidar implica ante todo compadecerse del otro, para actuar, para solidificar al otro y es el enfermero cuidando al otro, como otro, el que cuida la verdadera esencia del cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

Araya, C. (2016). *auto-compasión: origen, concepto y evidencias preliminares* 13.

Compasión [WWW Document], n.d. . Etimologías de Chile - Diccionario que explica el origen de las palabras. Recuperado de <http://etimologias.dechile.net/?compasio>.

Corominas, J., Pascual, J. (1985). *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico*. Gredos, Madrid.

Cuidado [WWW Document], n.d. . Etimologías de Chile - Diccionario que explica el origen de las palabras. Recuperado de <http://etimologias.dechile.net/?cuidado>.

Enfermera, n.d. . *Etimologías de Chile - Diccionario que explica el origen de las palabras*. Recuperado de <http://etimologias.dechile.net/?enfermera>.

Buxarrais Estrada, M.R.B. (2006). Por una ética de la compasión en la educación. *Teor. educ.* 18, 201-227

Gehlen, A. (1993). *Antropología filosófica*. Barcelona: Paidós.

Heidegger, M. (1993). *El ser y el tiempo*. Madrid: Fondo de cultura económica.

Melich, J.C. (2016). *Ética de la compasión*. Barcelona: Herder, Barcelona.

Melich, J.C. (2014). *Lógica de la crueldad*. Herder.

Melich, J.C. (2012). *Filosofía de la finitud*. Herder.

Mèlich, J.-C. (2010). *Poética de lo íntimo (sobre ética y antropología)* *Ars Brevis*, 10, 314-331.

Ministerio de Salud de la nación Argentina. (2007). *estandarización de los Procesos Asistenciales: Calidad en la gestión clínica*, Buenos Aires; Ministerio de Salud.

Pulido, A.M. (2018). *La compasión, un componente de humanización en la propuesta emergente del desarrollo humano*. Bogotá Publicaciones de la Universidad de Externado de Colombia.

Restrepo, L.C. (1999). *El Derecho a la Ternura*. Barcelona: Lom,

Torralba Roselló, F. (2003). *Sobre la hospitalidad: extraños y vulnerables como tú*. Madrid: PPC.

Uribe, J.(2019). *Ética de la compasión*. Notas de clase.

Watson, J. (2018). Social Justice and Human Caring: A Model of Caring Science as a Hopeful Paradigm for Moral Justice for Humanity. *Creative Nursing*, 24(1),1-8. doi: 10.1891/1078-4535.14.2.54.



Fuente: CC BY-NC-ND 2.0 license, <https://search.creativecommons.org/photos/1266bc4f-dc1e-4222-abff-f25813144713>

¿Qué servicios, o unidades de trabajo, viven de forma más traumática las enfermeras al incorporarse al mundo profesional en Tenerife, España? Un estudio fenomenológico

What are the most traumatic services or work units for nurses once they begin to work in the professional world in Tenerife, Spain? A phenomenological investigation

Que unidades de trabalho as enfermeiras vivem de maneira mais traumática suas incorporações no mundo profissional do Tenerife (Espanha)? Uma pesquisa fenomenológica

Cristo Manuel Marrero González¹, Alfonso Miguel García Hernández²

¹Enfermero en el Servicio Canario de la salud. Área de salud de Tenerife (España). Doctor por la Universidad de La Laguna

²Licenciado en enfermería. Doctor en Antropología Social y Cultural por la Universidad de La Laguna. Profesor titular de la Universidad de La Laguna (España).

Cómo citar este artículo en edición digital: Marrero González, C.M., & García Hernández, A.M. (2020). ¿Qué servicios, o unidades de trabajo, viven de forma más traumática las enfermeras al incorporarse al mundo profesional en Tenerife, España? Un estudio fenomenológico. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 24 (57) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.06>

Correspondencia: Marrero González, C., García Hernández, A. Calle Infante Juan Manuel 16, 38010. Santa Cruz de Tenerife. Tenerife. España.
Correo electrónico: cmmarrerogonzalez@gmail.com

Recibido: 08/11/2019

Aceptado: 09/03/2020



ABSTRACT

The aim of this research is to investigate in which units the incorporation's nurses in Tenerife (Spain), is lived in a more difficult or traumatic way. In order to do so, a phenomenological hermeneutic investigation has been proposed, with an anonymous and confidential interview in nurses who have worked in public or private health institutions on the island of Tenerife and who have graduated from the University of La Laguna between 2009 and 2014. Three result's categories of the data collection of

the interview are established: ICU, OR and pediatrics. The incorporation to these services is carried out in many occasions in a hurried way, without having a previous preparation the nurses in these services. The participants of this investigation say they need support and better integration in these complex units.

Key words: Novice nurse, job incorporation, stress, phenomenology

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es el de indagar en qué unidades o servicios de trabajo la incorporación laboral de las enfermeras en Tenerife (España), se vive de forma más dura o traumática. Para ello se ha planteado una investigación de corte fenomenológica hermenéutica realizándose una entrevista anónima y confidencial en enfermeras que han trabajado en instituciones sanitarias públicas o privadas en la isla de Tenerife y que han egresado de la Universidad de La Laguna entre 2009 y 2014. Se establecen tres categorías de los resultados de la recogida de datos de la entrevista: UCI, quirófano y pediatría. La incorporación a estos servicios se realiza en muchas ocasiones de forma precipitada, sin tener una preparación previa las enfermeras en estos servicios. Las participantes de este estudio manifiestan que necesitan apoyo y una mejor integración en estas unidades complejas.

Palabras clave: *Enfermera novel, incorporación laboral, estrés, fenomenología*

INTRODUCCIÓN

Patricia Benner, describe las diferentes etapas por las que pasa una enfermera a nivel profesional según su modelo de profesionalización y aprendizaje, que es una referencia en distintas investigaciones. La autora refiere que una enfermera novel es “una enfermera sin experiencia con un rendimiento limitado, inflexible, regido por reglas y regulaciones fuera de contexto más que por la experiencia”. Aunque esta definición se suele referir al alumno de enfermería, la falta de experiencia de una enfermera recién egresada en un contexto laboral que desconoce, hace que vuelva a estar en una

RESUMO

O objetivo dessa pesquisa é indagar em que unidades ou serviços de saúde vivem de forma mais traumática as enfermeiras ao ingressarem no mundo laboral em Tenerife (Espanha). O desenho dessa investigação é de corte fenomenológico hermenéutico, realizado por meio de entrevista anónima e confidencial com enfermeiras que trabalham em instituições de saúde públicas ou privadas na Ilha de Tenerife e que são egressas da Universidad de la Laguna, entre 2009 e 2014. Construíram-se três categorias a partir dos dados coletados nas entrevistas: UTI, centro cirúrgico e pediatria. A incorporação a esses serviços realizou-se em muitas ocasiões de forma precipitada e sem o devido preparo das enfermeiras. As participantes manifestam a necessidade de apoio e uma maior integração nas unidades complexas.

Palavras chave: *Enfermeira iniciante, incorporação ao trabalho, stresse, fenomenologia*

situación de alumno. Muchas de las enfermeras noveles tienen que vivir nuevas situaciones que nunca han experimentado, y han de hacer frente a las mismas. Las enfermeras necesitan de dos a tres años para llegar a ser competentes y sentirse seguras en su práctica profesional. Las enfermeras principiantes actúan en base a principios abstractos, modelos convencionales y teorías para involucrarse en una nueva situación de modo que puedan aprender sin riesgos y con eficacia (Benner, 1987).

A diferencia de las enfermeras veteranas, las principiantes tienen organizado el conocimiento como hechos separados. Se apoyan en recursos como

Cultura de los Cuidados

libros, apuntes o tutores, pero no tienen el conocimiento adquirido a través de la experiencia. De hecho, las principiantes presentan obstáculos por la falta de conocimientos de los recursos y por la pérdida de capacidad mental debida a la ansiedad, por no controlar una situación concreta, y falta de confianza en sí mismas. Las nuevas profesionales se sienten incómodas si las necesidades del paciente no conllevan realizar un procedimiento exactamente a como lo aprendieron.

El contexto o circunstancias son una parte importante del pensamiento crítico en enfermería porque dicho pensamiento cambia según las circunstancias. No conocer un determinado contexto, o no tener suficiente experiencia en dicho contexto, hace que el pensamiento crítico en la enfermera se vea afectado. Un ejemplo está en lo reseñado anteriormente cuando una enfermera experta en un área, trabaja en una especialidad que no es familiar para la enfermera. Por tanto, es importante prestar atención al contexto donde se encuentre trabajando la enfermera (Benner, 1987; Alfaro-LeFevre, 2009: 69-72).

Además, existe un “choque cultural” para asimilar los desafíos y la “nueva cultura”, o situación que han de vivir, y la identificación de barreras para llevar con éxito el proceso de transición de alumno a profesional, además de la endoculturación que este hecho conlleva. Algunas de estas barreras están relacionadas con el ambiente laboral, la frustración y el estrés, la preparación

inadecuada o la falta de apoyo social (Meyer y Xu, 2005; Valdez, 2008).

Expuestas estas premisas acerca de la limitación profesional de la enfermera principiante o recién egresada, y de que una enfermera recién titulada en España puede trabajar en España en diferentes unidades de trabajo sin tener en cuenta su preparación o experiencia (Blanco García, 2012).

OBJETIVOS

-Averiguar cuáles son las unidades de trabajo que las enfermeras egresadas de la Universidad de La Laguna (Tenerife, España) entre los años 2009 y 2014 viven de forma más traumática al incorporarse a trabajar en las distintas instituciones sanitarias de Tenerife tanto públicas como privadas.

-Describir y analizar las vivencias de las enfermeras dentro de las unidades que consideran más duras a la hora de comenzar a trabajar en el contexto sanitario de Tenerife.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una investigación cualitativa, con enfoque fenomenológico hermenéutico: estudio narrativo (análisis del discurso). Las enfermeras participantes en esta investigación son egresadas de la Universidad de La Laguna entre 2009 y 2014 y que han ejercido en instituciones sanitarias de la isla de Tenerife tanto privados como públicas. Participan 13 profesionales egresadas de dicha universidad entre dichos

años: 11 mujeres y 2 hombres. La selección de esta muestra se realiza de forma aleatoria, al haberse puesto en contacto los autores con las participantes para proponerles participar en la investigación explicando los objetivos de la misma.

La recolección de los datos se lleva a cabo mediante la siguiente entrevista semiestructurada y breve “¿En qué unidades o servicios te sentiste más insegura? ¿Por qué?” y “¿Tuviste miedo al comenzar a trabajar en un servicio en particular?” Las entrevistas se realizan de forma personal y en privado fuera de las instituciones sanitarias, por lo que sólo se pidió el consentimiento a cada enfermera participante para ser entrevistada. Las entrevistas son recogidas en grabadora de audio y transcritas a formato Word.

Las narraciones son tratadas mediante la selección, segmentación y codificación de los datos utilizando el programa informático NVIVO 10. Así pues, con el análisis del discurso de las narraciones obtenidas, se establecen las diferentes categorías de resultados. Con la muestra de participantes con la que se ha hecho el estudio, se obtiene una saturación de los datos conformando una validez a esta investigación cualitativa.

El trabajo es llevado a cabo en la segunda mitad de 2015, siendo parte de un estudio más complejo en el que se abordan las vivencias a la incorporación laboral de las enfermeras egresadas de la Universidad de La Laguna.

RESULTADOS

A continuación, se desarrollan las tres categorías que se han establecido tras la recogida de datos de la entrevista realizada a las enfermeras participantes.

UCI

Para la nueva enfermera, esta unidad supone siempre un reto no solamente por el tipo de pacientes a tratar, sino también por la complejidad de la especialidad de intensivos: se necesita experiencia y destrezas, se requiere saber manejar tecnología compleja, se necesita conocer y tener seguridad con los fármacos a administrar, saber sobreponerse a la presión asistencial y al ambiente de trabajo en situaciones complejas.

Las relaciones interpersonales entre compañeros de trabajo en esta unidad o especialidad son importantes porque la enfermera necesita del apoyo del resto de sus compañeros con más experiencia y formación en la unidad: la enfermera tiene que aprender rápido y de forma segura porque no está lo suficientemente preparada para trabajar en una unidad de intensivos.

El apoyo por parte del resto de los compañeros es importante para el aprendizaje y para trabajar de forma segura. La nueva profesional es contratada como una profesional más sin tener en cuenta su preparación, por lo que debe estar pidiendo constantemente ayuda y apoyo al resto de sus compañeros que no siempre recibe, por

Cultura de los Cuidados

la sobrecarga del compañero, por el estrés que viven los compañeros o, simplemente, como manifiestan las enfermeras, porque no desean ayudarles o porque tiene actitudes negativas hacia ellas.

El ambiente que se describe en una unidad de críticos es multifactorial: difícil, complejo y extraño. La exigencia que se requiere a los profesionales, unido a la sobrecarga laboral, al estrés, etc., hacen que la enfermera que llega nueva a esta unidad viva una experiencia difícil de concretar al entrar al contexto de una UCI.

“Cuando te mandaban a UCI te decían "no importa no pasa nada". Luego llegabas a allí y le decías ¿cómo ha estado el turno? Hemos tenido cuatro paradas, ¿Cómo? Pero si yo no sé ni dónde está el carro de paradas, dónde está el desfibrilador. Yo hubiera agradecido y pagado porque me hubieran dado formación y más en el primer día que empecé a trabajar en la UCI que empecé de noche y claro lo pasé mal. No tenía ni idea. No sabía nada las últimas prácticas. Las había hecho en un centro de salud que es lo que más fresco sueles tener y me acuerdo que me dijo el chico: tienes dos opciones puedes coger, ir abajo tranquila fumarte un cigarro o tomarte un cortado o ir al baño y llorar. Yo te recomiendo la primera, si te das una vuelta y vuelves. Me daba miedo. Estaba llorando. No sabía cómo se hacían las cosas, no sabía poner bombas. Las bombas pitaban todo el rato. Me volvía loca la cabeza. Me acuerdo que terminé a las 8 y a las 8 fui a la planta de digestivo que ahí trabaja un primo

mío y seguí toda la mañana con él para que me explicara cómo poner bombas. Yo hubiera pagado por tener una formación de tres semanas o un mes y que alguien me explicara el funcionamiento de la planta. Incluso sin pagar.” (Enfermera 1)

“Yo la UCI no la tacho como que se me cerraran las puertas. En todos los servicios en los que he estado siempre te vas a encontrar con todo tipo de personas que están dispuestas a ayudar, compañeros no tan buenos, compañeros que están dispuestos a echarte una mano, otros que te dicen “yo hoy no estoy para explicarte nada”. Pero en general en todos los sitios y más en un hospital que hay tantas personas siempre se crea ahí compañeros mejores o peores. Pero bueno hay que intentar adaptarse.” (Enfermera 2)

“Sí a mí por ejemplo me mandaran a UCI, yo creo que ese día me estaría subiendo por las paredes. Porque después de tanto tiempo sin estar en contacto con un paciente de esa gravedad... Es como digo yo te cogen y te sueltan ahí y venga.... Que nunca has estado.” (Enfermera 3)

“UCI es una cosa que me da muchísimo miedo.” (Enfermera 4)

“No tenía una satisfacción muy llena. Era difícil el ambiente. El ambiente de trabajo en UCI es un poco tenso a veces. Hay muchas cosas por aprender, mucha información. Yo no creo que unos sean más listos que yo, o que sea más tonto, si llegas a la UCI y hay que hacer ciertas cosas, a no ser que seas un

intrépido, no te sientes a gusto haciendo algunas cosas que tenía que hacer. Aunque te expliquen es un poco raro el sentimiento.” (Enfermero 5)

“El servicio más inseguro creo que fue la UCI. Yo no creo lógico que yo tenga que llevar un paciente con un trauma cerebral aunque yo sepa hacer una escala de Glasgow pero creo que para dar la calidad de atención quizás haya que tener formación y experiencia adicional.” (Enfermero 5)

“Claro sí es verdad que en servicios especiales siempre se crea un poquito más de estrés porque son tratos más especializados. Yo tuve que pasar en los primeros contratos del hospital por la UCI. Ya fui como muy nerviosa, pero me acogieron bien. De hecho, me dieron un paciente de los mejores que estaban dentro de sus circunstancias. Pero te das cuenta que aun teniendo un paciente que relativamente está estable y demás, te das cuenta de lo que es estar en una unidad especial. Te das cuenta que tienes que tener mucho entrenamiento. La gente que tiene entrenamiento se ve en situaciones que también les desbordan.” (Enfermera 6)

“UCI. Me ocasiona mucho estrés el hecho de que los pacientes más graves puedan ir a parar a la unidad en cualquier momento o no conocer protocolos o técnicas puntuales. El problema reside en que se plantee un caso de esos por la tarde-noche, donde estoy con el médico de guardia, y en caso de que en otra planta haya algún problema, yo debo de ser

la más “experimentada” para ir a solucionarlo.” (Enfermera 7)

“El tema de ventilación mecánica, medicación en críticos como sedación, aminas y todo eso no lo tenía como rodaje. El día que me llaman de estar en primaria a estar directamente en UCI: “venga ahí tienes dos pacientes de UCI. Dos pacientes intubados críticos para ti” ... Eso fue para mí terrible. Yo viví eso con muchísima ansiedad de hecho en esos dos meses en UCI bajé de peso, yo casi ni comía. Llegaba a mi casa y oía el “pipipi” del respirador. Lo tenía tan metido en la cabeza que durmiendo yo lo oía. Suerte que estuve con compañeros que más o menos me arroparon, pero pasé muchísimo miedo arropada y también me sentía como una carga para ellos porque claro tienes que preguntarlo todo. Son pacientes que se te escapan es una época que pasé que viví con miedo, con ansiedad que lo pasé mal pero que gracias a eso también me he hecho como enfermera y me he curtido no de la manera que me hubiera gustado pero sí a base de “ponte ponte”, de hacer cursos, de preguntar, de pecar de ignorante porque a veces algunos compañeros no te apoyan porque dicen “tú cobras lo mismo que yo” y no te voy a estar ayudando.” (Enfermera 2)

“Sé que te sientes sola y desplazada en ese ambiente. Es una unidad que maneja pacientes muy críticos. Son personas que llevan mucho tiempo trabajando, tienen los grupos hechos y claro gente que a lo mejor lleva 20 años de trayectoria y ven a alguien nuevo y están cansados y te dicen “yo no te

Cultura de los Cuidados

voy a enseñar, tú no eres estudiante. Coño con la nueva, ahora tengo que llevar envés de dos a cuatro porque tengo que estar pendiente de ella”. (Enfermera 2)

“Creo que tuve dos veces una crisis de ansiedad a “esto” estuve de decir me rindo lo dejo. Tienes dos opciones: o te rindes y te hundes, o remontas. Yo gracias a dios remonté. Una ansiedad horrible. Una de las veces porque me sentía abandonada por todos mis compañeros. Yo era nueva ahí y yo tenía que hacer mi trabajo y aunque no tenía ni idea de cómo se hacía porque recuerdo que era UCI y ¡halá! Y si te equivocas matas al paciente. Tuvieron conmigo una actitud muy negativa y negra de “por qué tengo yo que enseñarte a ti, tú ya eres enfermera. No es culpa mía y tú verás lo que haces porque si metes la pata estos pacientes son muy delicados”. Eso fue muy malo”. (Enfermera 8)

Quirófano

Las enfermeras no se sienten preparadas para trabajar en una unidad de quirófano. Sienten que no se han formado, o no han recibido la suficiente formación en quirófano. Cuando se les contrata para esta unidad, la contratación se hace en muchas ocasiones con mucha celeridad sin tener en cuenta la situación de la enfermera novel. Es importante que la enfermera que comienza a trabajar en quirófano tenga a buenos compañeros que le ayuden.

“No me sentía preparada, por mucho que estudiaba. Me acuerdo el primer día que

trabajé en la unidad de recepción de quirófano. Yo nunca había estado en recepción de quirófano ¿qué narices tenía yo que hacer allí? No tenía a nadie que me ayudase. No te sientes preparado. Para las unidades más normales puede que sí, pero para las unidades más especiales no.” (Enfermera 8)

“Yo en realidad donde más insegura me he sentido fue en quirófano, pero porque creo que ahí sí que hay un vacío total de lo que es la carrera a lo que es trabajar en un quirófano. Porque en la carrera sí que es cierto que no te enseñan nada de quirófano. Te hablan de la asepsia, te hablan de algunos conceptos quirúrgicos, pero poco más. Y cuando a ti te llaman para trabajar en quirófano y encima de no de apoyo sino de instrumentista como me pasó a mí. Llevaba como un año trabajando y me llamaron para una semana a quirófano de instrumentista. La experiencia fue terrible, porque además de lo típico que te llaman a las 14:30 para empezar a las 15:00, una unidad que no conoces de nada.” (Enfermera 9)

“Pues en quirófano, por la poco (o ninguna) experiencia que tenía en el servicio. No sabía bien cuál era mi papel allí y el primer día fue bastante duro, sentí que no pude aportar mucho.” (Enfermera 10)

“Sí porque mi primer contrato como te dije antes fue en quirófano y me metieron ahí, aunque yo había tenido quirófano y había elegido la tutoría de quirófano en la carrera. No es lo mismo cuando tú estás sola porque

yo cuando estuve en la carrera estuve en ginecología y esta vez me tocó un otorrino, pero bueno me pusieron un compañero ahí. Es verdad en los dos días que estuve en quirófano porque luego ya me cambiaron me pusieron a un compañero para que estuviera conmigo y me explicara más o menos.” (Enfermera 11)

Pediatría

Las enfermeras perciben inseguridad y falta de preparación a la hora de trabajar en la especialidad de pediatría tanto a nivel hospitalario como a nivel de atención primaria. Para las participantes les supone un reto por lo complejo que es para ellas tratar a un niño porque es un campo desconocido y les genera inseguridad por la escasa formación que han recibido. Las enfermeras sienten no estar preparadas para trabajar en una unidad de cuidados intensivos pediátrica o de neonatología, al igual que tampoco para trabajar en una consulta de enfermería de atención primaria: refieren sentir pánico por no tener suficiente experiencia, por no saber cómo actuar en determinadas situaciones en pediatría y por el temor a cometer errores.

“Como empecé en un sitio que era relativamente fácil entre comillas porque no tenía mucha técnica ni tenía mucha responsabilidad pues más o menos lo fui llevando, pero sí que es cierto que luego cuando pasé al hospital, que encima empecé en pediatría, pues eso fue un temor constante porque era que muchas veces me veía paralizada. Sabía que tenía que hacer algo,

sabía cómo hacerlo, pero como que lo evitaba. Evitaba hacer esa cura, o ir a hacer ese cambio o ir a hacer eso porque me daba pánico en realidad. Si ya de por sí te sientes inútil cuando empiezas, encima con una especialidad como son los niños, que es un mundo aparte, claro que no tienes ni formación alguna entonces ya te metes en un gran problema porque no tiene nada que ver siquiera con lo que has estudiado, o a lo que estás acostumbrado.” (Enfermera 9)

“Quizás las que tengan que ver con pediatría si me crea bastante estrés el tema de trabajar con niños porque no solo trabajas con ellos sino con sus padres y claro pediatría son situaciones depende donde te toque si te toca una uci pediátrica son situaciones niños que están bastante mal y tienen un trato muy especializado la verdad que me asustaría muchísimo que te dijeran tengo un contrato en pediatría en la uci pediátrica del hospital o donde fuera porque no sabía cómo actuar realmente ante esta situación que claro que crean estrés a los padres a uno mismo como profesional y si no tienes experiencia que mi paso por pediatría fue muy corto durante las carreras es un unidad en la que me siento bastante insegura.” (Enfermera 10)

“Pediatría. Son servicios que le coges mucho respeto precisamente por eso. Quizá por desconocimiento y porque quieras o no son niños. Al fin al cabo es lo que tiene pediatría. Pediatría es un servicio que a mí me da pánico. Que no deberían obligarte a coger en muchos casos sin formarte. Es un servicio que incluso en consulta de pediatría en

primaria le tengo pánico. No preguntes por qué. No sé si son malas experiencias que tuve en las practicas, pero ahí cogí mucha inseguridad y mucho pánico.” (Enfermero 12)

“En AP: en pediatría, en mi caso las prácticas relacionadas con la pediatría las realicé en la unidad de neonatología en 2º de carrera por lo que fue difícil llegar a sentirme segura en la consulta de pediatría.” (Enfermera 13).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Una de las especialidades por las que rotan mucho las enfermeras en Tenerife es sin duda la UCI. Esta unidad es percibida por la enfermera como una unidad compleja y de difícil adaptación a la misma por el tipo de paciente, por la incorporación precipitada que se hace para trabajar en críticos, por la falta de preparación, por el en ocasiones complicado ambiente laboral y por el “estrés” que ocasiona para la nueva enfermera.

Las enfermeras que trabajan por primera vez en una unidad de críticos valoran la accesibilidad y apoyo del resto de compañeros al tener refuerzos positivos. En nuestro trabajo las relaciones interpersonales dentro de una unidad de críticos, y el ambiente de la misma, se valoran de un modo importante por parte de las enfermeras participantes pues tal como hemos visto viven situaciones difíciles por la falta de apoyo y esto hace que no se sientan lo

suficientemente preparadas para trabajar en una unidad de críticos.

Saghafi (2012; 2014), refiere que al principio la enfermera se siente sobrecargada o incluida o excluida del equipo si tiene un feedback positivo o no con el equipo a trabajar. Coincidimos con Dracup y Bryan-Brown (2004) y Farnell y Dawson (2006), en la importancia que dan las nuevas enfermeras a tener un apoyo adecuado en una unidad de críticos ya que observan una complejidad a nivel de socialización como se da en los resultados del presente trabajo.

Se coincide con Gohery y Meaney (2013), en el hecho de que se emplean a enfermeras en unidades de críticos sin suficiente preparación y que esto les supone miedo por la responsabilidad y la falta de suficiente formación al entrar en un ambiente complejo y estresante, por lo que necesitan mayor apoyo.

La incorporación a unidades de críticos no deja de ser un acontecimiento complejo y duro para la nueva enfermera que requiere de un necesario apoyo social dentro de la unidad como para que la nueva enfermera se sienta segura trabajando. Incorporarse a unidades de críticos no debería ser de forma precipitada, sino paulatina.

Pero no sólo es en las unidades de críticos donde percibimos que adaptarse al trabajo hospitalario es una difícil experiencia. No solamente influyen la presión asistencial y la sobrecarga de trabajo, sino las relaciones

humanas y los ambientes de trabajo. En cualquier unidad de hospitalización las enfermeras noveles dan mucho valor a las relaciones interpersonales, en especial a recibir apoyo por el resto del equipo. Por lo que podemos apreciar en los resultados de nuestras entrevistas, entrar en el contexto laboral supone una experiencia claramente marcada por los ambientes laborales. Sin embargo, observamos que esto no suele suceder en la atención primaria en la que existe una mejor integración en el ambiente laboral.

El servicio de quirófano es otro de los servicios especiales que es vivido significativamente en algunas enfermeras entrevistadas por circunstancias muy similares a las que ocurren cuando una enfermera es contratada para una unidad de críticos: falta de preparación, precipitación a la hora de ser contratada para quirófano sin conocer el servicio y la importancia sustancial de tener apoyo por parte del resto del equipo para poder trabajar con seguridad. La enfermera novel no está lo suficientemente preparada para trabajar en un servicio como quirófano y se necesita de una preparación adecuada antes de comenzar a trabajar en este servicio (Mars, 2015).

Otra especialidad que destacan las enfermeras en el presente estudio es la de pediatría. Las participantes manifiestan “respeto”, “miedo”, inseguridad y falta de preparación durante la carrera, además de que la formación práctica no es suficiente no sólo para tratar al paciente pediátrico, sino

porque además la pediatría se percibe como una especialidad compleja, a la que se suma la dificultad de tratar también con los padres. La pediatría hospitalaria sin duda para la enfermera novel es una especialidad compleja que requiere también de un necesario apoyo y acogida por el resto de compañeros. En lo que respecta a la consulta de pediatría de atención primaria, las manifestaciones siguen relacionadas con la falta de preparación práctica, la precipitación por parte de las instituciones a la hora de contratar y la acogida por parte del equipo. La enfermera principiante suele tener temor a enfrentarse a situaciones desconocidas (Delaney, 2003; Casey et al 2004; Valdez, 2008). Las capacidades de las enfermeras principiantes se ven limitadas por la falta de experiencia, la ansiedad y la limitación para desarrollar juicios clínicos (Benner, 1987; Ferguson y Day, 2007; Alfaro-LeFevre, 2009).

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro-LeFevre, R. (2009). *Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería: un enfoque práctico para un pensamiento centrado en los resultados*. (4a Ed). Elsevier Masson.
- Benner, P. (1987). *Práctica progresiva en enfermería: Manual de comportamiento profesional*. (1a. Ed.). Barcelona: Enfermería y sociedad. Ediciones Grijalbo, SA.
- Blanco García, B. (2012). *Los Niveles de Estrés de los Estudiantes de Enfermería: Programas de Ayuda y Acogida para los Nuevos Profesionales de Enfermería*

Cultura de los Cuidados

(Trabajo fin de Máster). Universidad de Oviedo (España).

Casey, K., Fink, R. R., Krugman, A. M., y Propst, F. J. (2004). The graduate nurse experience. *Journal of Nursing Administration*, 34(6), 303-311.

Delaney, C. (2003). Walking a fine line: Graduate nurses' transition experiences during orientation. *The Journal of nursing education*, 42(10), 437.

Dracup, K., y Bryan-Brown, C. W. (2004). From novice to expert to mentor: Shaping the future. *American Journal of Critical Care*, 13(6), 448-450.

Farnell, S., y Dawson, D. (2006). 'It's not like the wards'. Experiences of nurses new to critical care: A qualitative study. *International journal of nursing studies*, 43(3), 319-331.

Ferguson, L. M., y Day, R. A. (2007). Challenges for new nurses in evidence-based practice. *Journal of Nursing Management*, 15(1), 107-113.

Gohery, P., y Meaney, T. (2013). Nurses' role transition from the clinical ward environment to the critical care

environment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(6), 321-328.

Marsh, V. (2015). Mentoring the novice OR nurse. *AORN Journal*, 102(2), 12-13. doi:10.1016/S0001-2092(15)00619-5

Meyer, T., y Xu, Y. (2005). Academic and clinical dissonance in nursing education: Are we guilty of failure to rescue? *Nurse Educator*, 30(2), 76-79.

Saghafi, F., Hardy, J., y Hillege, S. (2012). New graduate nurses' experiences of interactions in the critical care unit. *Contemporary nurse*, 42(1), 20-27.

Saghafi, F. (2014). The journey from new graduate to proficient nurse in the Intensive Care Unit: A descriptive phenomenological study (Doctoral dissertation). Australian Catholic University.

Valdez, A. M. (2008). Transitioning from novice to competent: what can we learn from the literature about graduate nurses in the emergency setting? *Journal of Emergency Nursing*, 34(5), 435-440.



Fuente: CC BY-SA 2.0 license.<https://search.creativecommons.org/photos/f52b9200-9716-422e-9b36-f515e9941f6b>

Significado de cuidado al final de la vida en la unidad de cuidado intensivo pediátrico

Meaning of care at the end of life in the pediatric intensive care unit

Significado do cuidado no final da vida na unidade de terapia intensiva pediátrica

Marcia Andrea Quiñonez Mora¹, Ángela María Henao Castaño², Elizabeth Fajardo Ramos³.

¹ Enfermera. Especialista en Cuidado Crítico Pediátrico. Docente Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. Medellín – Colombia.

² Enfermera PHD en Enfermería. Profesora Asistente Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia- Bogotá. Colombia. Correo electrónico: angmhenaocas@unal.edu.co

³ Enfermera. Magister en Enfermería. Profesora Titular Facultad de Ciencias de La Salud Universidad del Tolima – Ibagué. Colombia. Correo electrónico: efajardo@ut.edu.co

Cómo citar este artículo en edición digital: Quiñonez-Mora M.A., Henao-Castaño A.M. & Fajardo-Ramos E. (2020). Significado de cuidado al final de la vida en la unidad de cuidado intensivo pediátrico. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 24 (57)
Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.07>

Correspondencia: Carrera 8va N° 66^a – 48 Torre Molinos Código Postal 170001
Correo electrónico de contacto: efajardo@ut.edu.co

Recibido:17/11/2019

Aceptado:8/03/2020

ABSTRACT

Objective. Understand the meaning of end-of-life care in the pediatric intensive care unit from the perspective of nurses. Methods: Study conducted in the city of Manizales - Colombia, during the months of October, November and December. A qualitative, hermeneutical

phenomenological approach was used. The method of intentional sampling for the selection of participating nurses (n = 10) working in PICU, in-depth interviews were conducted for the construction of the information and the data were analyzed according to the procedures proposed by

Cohen, Kahn and Steeves. Results: The meaning of death and the feeling they produce depends on the experience of the nurse, the nurses perceive differently the cause of a chronic and acute condition, the maintenance and intimacy during the dying process are relevant in the care of the final life. Conclusion. The care at the end of life in UCIP has two contexts: the expected death and the unexpected, the feelings that each one generates in the nurses is different and affects the care provided.

Keywords: Nursing, critical care, pediatrics, death.

RESUMEN

Objetivo. Comprender el significado de cuidado al final de la vida en la unidad de cuidado intensivo pediátrico desde la perspectiva de las enfermeras. **Métodos.** Estudio realizado en la ciudad de Manizales – Colombia, durante los meses de: Octubre, noviembre y diciembre de 2017. Se utilizó un enfoque cualitativo, fenomenológico hermenéutico. El método de muestreo intencional para la selección de los enfermeros participantes (n = 10) que trabajan en UCIP, se realizaron entrevistas en profundidad para la construcción de la información y los datos se analizaron según los procedimientos propuestos por Cohen, Kahn y Steeves. **Resultados:** El significado de la muerte y el sentimiento que produce depende de la experiencia de la enfermera, las enfermeras perciben de manera diferente la muerte a causa de una condición crónica y aguda, mantener el confort y la intimidad durante el proceso de morir son prioridades en el cuidado del final de la vida. **Conclusión.** El cuidado al final de la vida en UCIP tiene dos contextos: la muerte esperada y la no esperada, los sentimientos que genera cada una en las enfermeras es diferente y repercute en el cuidado que se brinda.

Palabras Clave: Enfermería, cuidados críticos, pediatría, muerte.

RESUMO

Objetivo: Comprender o significado do cuidado no final da vida na unidade de terapia intensiva pediátrica na perspectiva dos enfermeiros. **Métodos:** Estudo realizado na cidade de Manizales - Colômbia, durante os meses de outubro,

novembro e dezembro. Foi utilizada uma abordagem fenomenológica hermenêutica qualitativa. O método de amostragem intencional para a seleção de enfermeiros participantes (n = 10) trabalhando em UTIP, entrevistas em profundidade foram realizadas para a construção das informações e os dados foram analisados de acordo com os procedimentos propostos por Cohen, Kahn e Steeves. **Resultados:** O significado da morte e o sentimento que eles produzem dependem da experiência do enfermeiro, os enfermeiros percebem de forma diferente a causa de um Condições crônicas e agudas, manutenção e intimidade durante o processo de morrer são relevantes no cuidado da vida final. **Conclusão:** O cuidado no final da vida no UCIP tem dois contextos: a morte esperada e o inesperado, os sentimentos que cada um gera nos enfermeiros é diferente e afeta o cuidado prestado.

Palavras-chave: Enfermagem, cuidados intensivos, pediatria, morte

INTRODUCCIÓN

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) proporcionan soporte vital avanzado para mantener la vida de los pacientes críticamente enfermos dentro de un entorno en el cual la tecnología tiene un importante papel (Badir, 2016; Velarde-García, 2017).

La causa de ingreso a las Unidades de Cuidado Intensivo pediátricas (UCIP) incluye la patología aguda del niño sano, la agudización de la enfermedad crónica, el trauma y el procedimiento quirúrgico programado (Badia, 2013). Según la Sociedad Latinoamericana de Cuidado Intensivo Pediátrico, la mortalidad en las UCIP Latinoamericanas tiene un promedio de 13,29% frente a un 5 % de las europeas (Campos-Miño, 2012), en Colombia la

mortalidad se encuentra entre 14,1 y 21,6% (Botero-González, 2006; Elorza Mussatyé, 2008). Un porcentaje importante de estas muertes, requieren de reorientación del esfuerzo terapéutico, lo que genera un cambio del rol de las enfermeras de UCIP, pasando de proporcionar medidas de soporte vital a proveer cuidados en el final de la vida (Kisorio y Langley, 2016). Las enfermeras son el eje central del cuidado de los pacientes moribundos al igual que de sus familias, ellas expresan el compromiso necesario para lograr que la muerte sea lo más cómoda, pacífica y digna posible (Kisorio y Langley, 2016).

En el contexto del cuidado crítico, las enfermeras se ven permanentemente enfrentadas a la muerte y a brindar cuidado al final de la vida, siendo el proceso de morir, uno de los sucesos más difíciles y complicados que deben asumir (Lozano, 2017). Este proceso, genera diversas actitudes de cuidado, las cuales varían de acuerdo a las creencias y experiencias del cuidador profesional. Las enfermeras deben afrontar el dolor, la agonía, el sufrimiento y finalmente la muerte de sus pacientes así como el duelo de sus familias, las manifestaciones de los sentimientos repercuten en su vida profesional, laboral y social (García-Solís, 2014) al producir ansiedad e incertidumbre así como agotamiento emocional (Kisorio y Langley, 2016).

Por lo anterior, esta investigación tiene como objetivo comprender el significado de

la experiencia del cuidado al final de la vida en UCIP desde la perspectiva de las enfermeras. Los resultados de la investigación ayudaran a entender sus actitudes de cuidado, a mejorar el afrontamiento de las enfermeras, garantizando un cuidado de calidad y con calidez lo que favorecerá el duelo funcional en los padres y en el equipo de enfermeras.

METODOLOGÍA

Con el fin de comprender el significado de cuidado al final de la vida en una unidad de cuidado intensivo pediátrico, se realizó esta investigación cualitativa, de tipo fenomenológico hermenéutico. La investigación cualitativa permite desarrollar conceptos que nos ayudan a comprender los fenómenos sociales en ajustes, con énfasis en significados, experiencias y puntos de vista de los participantes (Sinuff, 2007). El abordaje fenomenológico, es definido como la comprensión o el conocimiento a profundidad de un fenómeno a partir de la vivencia, hasta llegar a la esencia de la experiencia del participante y de las relaciones entre las experiencias (Universidad de Antioquia, 2003).

Teniendo en cuenta los anteriores planteamientos, se exploró la experiencia humana subjetiva de las enfermeras que trabajan en la Unidad de cuidado crítico pediátrico para describir los significados

Cultura de los Cuidados

que ellas le otorgan al cuidado al final de la vida de los pacientes pediátricos en la unidad de cuidado intensivo. El estudio se realizó en la UCIP de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) MEINTEGRAL. Esta IPS, es centro de remisión para la población pediátrica del Eje Cafetero y departamentos circunvecinos, se encuentra ubicada en la ciudad de Manizales, sobre la cordillera central de los Andes. Es una UCIP polivalente compuesta por 12 camas donde se atienden niños con patológicas médicas y quirúrgicas, así como niños con presencia de enfermedad aguda y crónica agudizada. Esta variedad convierte a Meintegral en un lugar adecuado para explorar el fenómeno objeto de estudio.

Para la selección de los participantes, se realizó una muestra por conveniencia y se tuvo en cuenta la saturación de la información, utilizando los criterios de selección en el cual se encontraban ser enfermera, con experiencia laborar en la UCIP por más de un 1 año y dentro los criterios de exclusión: ser enfermero sin haber experimentado la muerte de un paciente pediátrico. Se contó con la colaboración 10 participantes de los cuales 8 mujeres y dos hombres con edades 26 y 38 años. Se explicaron los objetivos del estudio y la metodología a emplear a cada uno de los participantes, quienes aceptaron libremente firmar el consentimiento, cada uno pudo decidir y expresar si aceptaba participar en el estudio, en un acto voluntario y sin ofrecer

remuneraciones económicas ni de otro tipo. Tampoco se ejerció ningún tipo de presión o coacción por parte del investigador para lograr mayor participación. El investigador dio a conocer que la entrevista terminaría en el momento que ellos lo decidieran; todas las entrevistas se llevaron a cabo sin ningún contratiempo. Se protegió la privacidad de los participantes y la confidencialidad de la información evitando el uso de nombres propios, para lo cual se diseñó un sistema de numeración que identificara cada una de las entrevistas

Para la recolección de la información, se realizó entrevista semiestructurada, la entrevista partió de una pregunta central acerca de ¿Qué significado tiene para usted la muerte? Las preguntas siguientes formaron parte de cada una de las entrevistas según su contenido, cada una tuvo una duración de 40 minutos con cada enfermera. Los encuentros se llevaron a cabo entre los meses de octubre y Noviembre del 2017. En el mes de Diciembre se devolvieron los resultados a cada uno de los participantes con el fin de validar cada una de las categorías e interpretaciones que se dieron a las entrevistas, en todos los casos las enfermeras mostraron buena disposición para el desarrollo de la misma asegurando así la fidelidad y credibilidad en el análisis (Connelly, 2016).

El análisis de la información se realizó según el esquema interpretativo planteado en la fenomenología hermenéutica por Cohen, Kahn y Stevens (Cohen, Kahn y

Steeves, 2000). Su objetivo fue obtener el significado de cuidado al final de la vida para las enfermeras de UCIP. El primer paso del análisis fue hacer una transcripción fiel de la entrevista inmediatamente ésta se terminó, sin omitir frases o expresiones del participante dentro de su contexto y compararlas con la grabación, lo que permitió guardarlas en audio, papel y en medio magnético. Posteriormente se hizo la inmersión en los datos y se leyó línea por línea cada una de las entrevistas. La interpretación inicial arrojó aspectos generales, se siguió con la codificación y análisis de cada uno de esos datos, lo cual equivale a transformarlos en datos significativos.

Se etiquetaron los temas aparte, en una hoja con el número de la entrevista y de la página de la cual fueron tomados, al igual que el número de consecutivo, para así ubicar de manera precisa los apartes de la entrevista. La reducción de los datos condujo a determinar cuáles eran relevantes para el investigador y se desarrollaron dentro de un marco conceptual que explica el fenómeno en el cual se encontraba inmerso el participante. Su interpretación muestra el punto de vista de los participantes y la profundidad que el investigador le dio a cada uno de los hallazgos; refleja la realidad, pero respetando lo expresado por los participantes. Para asegurar la validez y confiabilidad del estudio se realizó una entrevista preliminar para valorar la

capacidad de comunicación e interacción del investigador con el participante; también se evaluaron las preguntas, para identificar aquellas que generaban respuestas que enriquecieran posteriormente el análisis. La revisión de los hallazgos por expertos con experiencia profesional en cuidado intensivo y salud mental, permitió profundizar en cuanto a la experiencia y el significado otorgado a la muerte y al cuidado al final de la vida, igualmente cada uno de los participantes de las entrevistas aportó al estimar qué medida los procedimientos utilizados se ajustan a la realidad del objeto de estudio y favorecen la replicabilidad del mismo (Connelly, 2016). En la presente investigación se protegió la privacidad de los participantes y la confidencialidad de la información evitando el uso de nombres propios, para lo cual se diseñó un sistema de numeración que identificara cada una de las entrevistas. Este trabajo contempló los lineamientos Internacionales relacionados con las recomendaciones para investigar con seres humanos consignados en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki y el Informe Belmont. De la misma manera, se cumplieron las recomendaciones planteadas por Ministerio de Salud de Colombia la Resolución 8430 de 1993 y del comité de ética institucional.

RESULTADOS

En la búsqueda por alcanzar el

objetivo propuesto en este estudio, las unidades de significado de los discursos desvelaron la estructura del fenómeno interrogado, siendo agrupadas en tres categorías temáticas: El significado de la muerte y el sentimiento que produce, la muerte tiene un contexto en pediatría, el confort del paciente y la intimidad de la familia al final de la vida.

El significado de la muerte y el sentimiento que produce.

Trabajar en la UCIP y dar cuidado al final de la vida lleva a analizar constantemente el concepto de vida y muerte. En este aspecto los participantes expresaron los siguientes aspectos:

“La muerte es el final de la vida, es cuando nuestro ciclo vital termina y puede descansar el cuerpo y el alma” E1.

“la muerte es como un estado, es como otro estado de... sí, pues, es un estado simplemente donde ya pasamos de estar en el cuerpo, de estar digamos con la gente, a pasar como a un estado diferente, a una paz, pues, lo veo así, simplemente como un estado más de la vida, algo que sí o sí debe suceder, así como nacemos debes morir”E3.

“Es un paso q todo ser humano en algún momento tiene que afrontar y a trascender a algo mucho mayor.”E6

Cuidar al final de la vida lleva a los participantes a reconocer un sin número de sentimientos que son expresados con cada uno de sus actos de cuidado.

“Impotencia, tristeza, en algunos pacientes

es como la única salida que tienen para dejar de sufrir, pero es muy triste no poderles brindar un poco más de vida, pero muchas veces pensamos que es mejor darles una muerte digna y que tengan calidad de vida los últimos instantes”E1.

“Me produce angustia, sé que le estamos haciendo todo lo necesario para que el salga adelante, salga bien, se recupere y al verlo que se está yendo se da cuenta uno ¡que no! Que ya no lo está logrando, que su esfuerzo va a parar y no va a poder verse el fruto del trabajo, es decir, ver el paciente bien. Por eso siento angustia, porque quisiera verlo salir un día de la unidad bien o en mejores condiciones”E2.

“muy difícil. Porque para mí un niño es una persona que apenas está comenzado a vivir y quisieras que ese niño se pudiera sacar adelante, pudiera seguir su vida normal”E3

La muerte tiene un contexto en pediatría.

La tristeza que produce la muerte es mitigada en ocasiones; el estado neurológico irreversible del paciente en algunos casos justifica la muerte como el camino más apacible tanto para el niño como para la familia.

“ Llegamos a un punto en el cual debemos comprender que lo mejor para ese paciente es que se vaya (muera) que pase a una mejor vida, porque dependiendo de su estado neurológico las secuelas neurológicas no van a permitir que quede como una persona “normal”, o sea como un niño que se ría, juegue, camine, corra, entonces, dependiendo del estado en que esté a veces

es mejor dejarlos ir”. E8

“El grupo de enfermería a veces es el que hace ese proceso para decirle: “ya hiciste tu misión en la vida, es hora que trasciendas.” De pronto otro cuidado es, darles un “buen morir”, entonces, muchas veces lo que llamamos el encarnizamiento terapéutico, nosotros a veces tratamos de mediar eso y decir “bueno, ya no le hagamos más a este paciente” porque el hecho de que sigamos y sigamos es prolongarle más la vida y saber que en unos minutos, en unas horas, en unos pocos días, el paciente igual va a llegar a su fin de la vida. Pienso que no es tanto como un cuidado, es un acompañamiento en el proceso de la muerte.” E3

El confort del paciente y la intimidad de la familia al final de la vida

El confort entendido como las condiciones que las enfermeras le brindan a los pacientes en relación a la comodidad en cama, alivio de dolor, hidratación y nutrición son acciones de enfermería que en su mayoría expresan los participantes, sin dejar a un lado el sentir de la familia brindándoles un espacio para que expresen sus sentimientos y el acompañamiento por parte del personal de enfermería.

“Que tú sabes que esos signos vitales están muy alterados pero que tú lo ves tranquilo, que no lo ves desesperado, agobiado, como si le faltase algo, que tú ves que todo se está disminuyendo pero que él sigue ahí tranquilito como dormido. Si se puede que el este acompañado procuro que tenga

compañía, respetar como ese momento, que no se haga mucho ruido en la unidad, que no se hagan risas escandalosas, que se respete ese instante. Por decir si es tarde de la noche, me da mucho pesar que, a veces sucede que uno llama a los papas y ellos no llegan, como en lo posible estar ahí cerquita acompañándole, poniéndole cuidado.” E2

“Trato de darles un apoyo a la familia, trato de que estén lo más cómodo posible al lado de su familiar que acaba de morir, trato de ofrecerle un apoyo, si necesitan espacio, llorar, un medio o una forma de ellos desahogarse.” E6

DISCUSIÓN

Para hablar de muerte como fenómeno es necesario entender el significado que otorgan las enfermeras al término. La pregunta ¿Qué significado tiene para usted la muerte? No genera una respuesta unísona al contener aspectos sociales, biológicos, espirituales y fisiológicos (Lozano López, 2017; Souza e Souza, 2013) que junto con la propia experiencia conceptualizan el fenómeno de una manera personal e individual.

Los autores afirman que la muerte es un acontecimiento inevitable y universal, es un hecho social, un proceso de desintegración biológica irreversible que se comprueba con el cese de las funciones vitales, científicamente es dejar de existir (Souza e Souza, 2013; Celma Perdigon y Strasser, 2015; García y Rivas, 2013; Gallagher, 2015).

Cultura de los Cuidados

Los entrevistados muestran que la muerte es comprendida como un ciclo que termina, siendo una etapa natural tal como lo expresa Souza (Souza e Souza, 2013), es el fin de vida, la trascendencia de un estado a otro que es difícil de aceptar al generar temor y tristeza en los cuidadores tanto familiares como profesionales pero que a la vez produce paz en el niño que muere.

Los actos de cuidado al requerir contacto permanente producen cercanía entre el sujeto de cuidado y la enfermera, la inminencia “sentir que el niño se está yendo” y la muerte del paciente genera en las enfermeras frustración pues describen que a pesar del esfuerzo multidisciplinario no se logró el propósito de UCIP “salvar la vida del niño”, las enfermeras narran angustia, tristeza, llanto, exponen que el proceso es más doloroso por tratarse de un niño lo que contrasta con los hallazgos de Souza (Souza e Souza, 2013).

Coombs (Coombs, Addington-hall y Long-sutehall, 2012) identificó tres etapas dentro de la estancia en cuidado crítico las cuales describen la trayectoria del final de la vida en UCI de la siguiente manera: admisión con esperanza de recuperación, transición de las intervenciones de cuidado al final de la vida y finalmente una muerte controlada, estas etapas se observan en las entrevistas, las enfermeras admiten que el no tener esperanza de curación cambia el cuidado pasando de intervenciones enfocadas a la curación a una nuevas intervenciones las de paliación y comodidad, a pesar de no contar

con suficiente formación para esto se esfuerzan para lograrlo.

Las enfermeras reflejan diferencia entre la muerte esperada (paciente neurológico o en situación de enfermedad crónica) y la muerte no esperada (el trauma o la enfermedad aguda), expresan que se afronta más fácilmente la muerte esperada, si el niño posee daño neurológico severo lo mejor es evitar la futilidad; al respecto las enfermeras enuncian la necesidad de “dejarlos ir” pues no tendrán calidad de vida. La literatura afirma que el 70% de los niños que reciben cuidado paliativo en Europa tienen enfermedad neurológica (Calleja, 2012), mientras tanto es evidente la falta de formación de los profesionales de la salud para cuidar los niños en el final de la vida.

No se encontró en la revisión suficiente material para permitir una discusión adecuada acerca de la muerte en el contexto esperado y no esperado y la diferencia de la muerte del niño neurológico y con otra condición de enfermedad, lo que abre camino a la investigación vislumbrando la necesidad de realizar estudios en esta área.

El constructo Confort (Comodidad) es definido por Kolcaba como la satisfacción (activa, pasiva o cooperativa) de las necesidades básicas que surgen de situaciones de atención médica que son estresantes con el objetivo de proveer tres tipos de confort (alivio, tranquilidad y trascendencia) en cuatro contextos (físico, psicoespiritual, social y ambiental) (Kolcaba, 1994).

Dar comodidad incluye actos físicos como son: ofrecer dieta, mantener la higiene, vestir los pacientes y posicionarlos correctamente, las enfermeras hablan con los pacientes aunque estén inconscientes y se aseguran que se observen cómodos (Gallagher, 2015). Las enfermeras del presente estudio relatan la importancia de “verlo tranquilo”, dándole relevancia al confort, aunque no poseen en general una definición clara y estructurada; la imagen mental del fenómeno que expresan es adecuada y acorde a la teoría (Alligood-Torney, 2011) impacta la necesidad de evitar y controlar el dolor perteneciendo este, a uno de los tipos de confort según Kolcaba (alivio).

De acuerdo con las entrevistas las enfermeras reconocen el impacto de brindar intimidad a la familia del niño en el final de la vida, permitiéndoles expresar su tristeza y llorar tal como lo afirma la evidencia: la comodidad se centra también en evitar la angustia de la familia (Gallagher et al., 2015).

En el presente trabajo las enfermeras realizan acciones para modificar el entorno propio de UCIP con el fin de ofrecer mayor comodidad en la familia y en el moribundo; disminuyen el ruido, aíslan físicamente la diada; como lo afirma Velarde (Velarde-García, 2017) la UCI es un ambiente inadecuado para favorecer un final de vida tranquilo pues, el poco espacio, la distribución de las camas de los pacientes, la poca intimidad y el alto

ruido, son factores estresantes modificables que influyen directamente el cuidado al final de la vida de la familia y del paciente.

CONCLUSIONES

Las enfermeras de UCIP deben enfrentar permanentemente la muerte de sus pacientes; para ofrecer cuidado de calidad y humanizado al niño y a su familia, es necesario incluir el cuidado paliativo dentro de la formación enfermera. La experiencia personal y profesional influye en la práctica del cuidado. El cuidado al final de la vida en UCIP tiene dos contextos: la muerte esperada (niño en situación de enfermedad crónica) y la no esperada (la enfermedad aguda y el trauma), los sentimientos que genera cada una en las enfermeras es diferente y repercute en el cuidado que se brinda. En el caso de la muerte como consecuencia de una enfermedad crónica las enfermeras asumen que es un descanso para la familia y para el niño, diferente al niño que fallece a causa de una enfermedad aguda, en este caso, genera sentimientos de impotencia y frustración. La muerte de un niño en UCIP produce en las enfermeras una serie de sentimientos desagradables como angustia, dolor, sensación de fracaso, estos sentimientos afectan a la enfermera tanto personal como profesionalmente, las competencias de cuidado al final de la vida no solo ayudan al paciente y su familia; a la vez fortalecen a la enfermera haciendo más apacible la difícil situación de brindar cuidado cuando la muerte se acerca.

BIBLIOGRAFIA

- Allgood, M. y Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. (7th ed.). Barcelona: Elsevier Mosby
- Badia, M., Vicario, E., García-Solanes, L., Serviá, L., Justes, M. y Trujillano, J. (2013). Atención del paciente crítico pediátrico en una UCI de adultos. Utilidad del índice PIM. *Medicina Intensiva*.37(2), 83–90.
- Badır, A., Topçu, İ., Türkmen, E., Göktepe, N., Miral, M., Ersoy, N. y Akin, E. (2016). Turkish critical care nurses' views on end-of-life decision making and practices. *Nursing in Critical Care*.21,(6), 334–342.
- Botero-González, P.A., Arango-Posada, C., Castaño, D., Castaño-Castrillón, J.J., Díaz-Guerrero, S.L., González-Muñoz, L., & Puerto-Tamayo, L.G. (2010). Morbidity and mortality in pediatric intensive care unit of Child Hospital Manizales, *Rev Fac Med*. 58(1), 3-14.
- Calleja, M.L., Rus, M., Martín, R., Monleón, M., Conejo, D. & Ruíz-Falcó, M.L. (2012). Cuestionario sobre cuidados paliativos a neuropediatras. *Neurología*. 27(5), 277–283.
- Campos-Miño, S., Sasbón, J.S. y von Dessauer, B. (2012). Los cuidados intensivos pediátricos en Latinoamérica. *Medicina Intensiva*,36(1), 3-10
- Celma-Perdigon, A.G., y Strasser, G. (2015). El proceso de muerte y la enfermería: un enfoque relacional. Reflexiones teóricas en torno a la atención frente a la muerte. *Revista de Saúde Coltiva*,25(2),487-500
- CÓDIGO DE NÚREMBERG *Tribunal Internacional de Núremberg, 1947 Experimentos médicos permitidos* (2017). En: Boladeras Margarita. Web de bioética. Recuperado de <http://www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf>
- Cohen, M.Z., Kahn, D.L., & Steeves, R.H. (2000). *Hermeneutic Phenomenological Research. A practical guide for nurse researchers*. London, England: Sage Publications
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) Por un Sistema de Salud con un propósito humano de innovación y excelencia*. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento. (1976). *Informe Belmont: Principios Éticos Y Directrices Para La Protección De Sujetos Humanos De Investigación*. Washington: Superintendent of Document.
- Connelly, L.M. (2016). Trustworthiness in qualitative research. *MEDSURG Nursing*. 25(6), 435–436.
- Coombs, M.A., Addington-hall, J. & Long-sutehall, T. (2012). Challenges in transition from intervention to end of life care in intensive care: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(5), 519-527.
- Cuba BVS, Biblioteca Virtual en Salud. (2008). *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. La Habana: BVS.
- Elorza, Mussatyé, Escobar, Andrés, Cornejo, William. (2008). Morbimortalidad en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Universitario San Vicente de Paúl 2001-2005. *Jatrea*.21(1), 33–40.

Gallagher, A., Bouso, R.S., McCarthy, J., Kohlen, H. y Andrews, T. (2015). Negotiated reorienting: A grounded theory of nurses' end-of-life decision-making in the intensive care unit. *International Journal of Nursing Studies*, 52(4),794–803.

García, S., & Rivas Riveros, Edith. (2013). Experiencia de enfermeras intensivistas pediátricas en la muerte de un niño: vivencias, duelo, aspectos bioéticos. *Cienc Enferm*, 19(2), 111-124.

García-Solís, B., Araujo-Nava, E., García-Ferrer, V. & García-Hernández, M. (2014). Sentimientos que manifiestan las enfermeras ante la muerte de su paciente. *Horizontes en salud*, 5(5),47–59.

Kisorio, L.C. y Langley G.C. (2016). Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. *Intensive and Critical Care Nursing*.33,30-38

Kolcaba, K.Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6),1178–1184

Lozano, B. & Huertas,M. (2017). Cuidados

paliativos, cuidados compartidos. *Cultura de Los Cuidados*. 21(49),100-107.

Morse, J. (2003). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Sinuff, T., Cook, D.J. y Giacomini, M. (2007). How qualitative research can contribute to research in the intensive care unit. *Journal of Critical Care*, 22(2),104-111

Souza e Souza, L.P., Mota Ribeiro, J., Barbosa Rosa, R., Ribeiro Gonçalves, R.C. y Oliveira e Silva, C.S.(2013). Death and the dying process: feelings expressed by nurses. *Enfermeria Global*, 32(37),222–229.

Velarde-García, J.F., Luengo-González, R., González-Hervías, R., González-Cervantes, S. y Álvarez-Embarba, B. (2017). Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos. La perspectiva de enfermería. *Gaceta Sanitaria*, 31(4),299-304.



Fuente: CC BY-NC-SA 2.0 license.<https://search.creativecommons.org/photos/7a73fb38-d5b0-4c91-af09-58fb5b767e0c>

HISTORIA

El tifus exantemático en Jerez de la Frontera (1941-1942)**The exanthematic typhus in Jerez de la Frontera (1941-1942)****O tifo exantemático em Jerez de la Frontera (1941-1942)****Francisco Herrera-Rodríguez¹**

¹Catedrático E.U. (jubilado) de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia. (Universidad de Cádiz). Correo electrónico: fraherod57@gmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Herrera- Rodríguez, F. (2020). El tifus exantemático en Jerez de la Frontera (1941-1942). *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 24 (57) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.08>

Correspondencia: C/Santo Domingo de la Calzada, nº 11-3º A. 11012-Cádiz

Correo electrónico de contacto: fraherod57@gmail.com

Recibido: 21/12/2019

Aceptado: 20/03/2020

Al profesor Dr. D. Antonio Orozco Acuaviva, en el vigésimo aniversario de su fallecimiento.

Y a los profesionales sanitarios que en estos tiempos de Coronavirus se dejan la piel y la vida cuidando a todos los que lo necesitan, sin tener los medios de protección requeridos. Muchas gracias.

“En las esquinas urbanas, las estraperlistas daban la cara, más o menos limpia, por otros que la escondían en la nocturnidad de las lanchas y de los pasos fronterizos organizados. Cuando los trenes llegaban a las ciudades, en las cercanías, los traficantes del hambre lanzaban la mercancía por la ventana para eludir el control aduanero en cada estación”.

Manuel Vázquez Montalbán, *Crónica sentimental de España*



ABSTRACT

The objectives of this paper are to locate documentation to study the morbidity and mortality caused by exanthematous typhus in Jerez de la Frontera (1941-1942); to study the sanitary measures that were carried out in this city against this disease, and to point out other problems of morbidity and mortality in the 1940s.

Keywords: exanthematous typhus, epidemic, Postwar period, Spain, Cádiz Province, Jerez de la Frontera, Twentieth century, José Estrade Camúñez, Donato Fuejo García, Salvador Dastis.

RESUMEN

Los objetivos de este trabajo son: localizar documentación para estudiar la morbilidad y la mortalidad ocasionada por el tifus exantemático en Jerez de la Frontera (1941-1942); estudiar las medidas sanitarias que se llevaron a cabo en esta ciudad contra esta enfermedad, y exponer otros problemas de morbilidad y mortalidad en los años 40.

Palabras clave: Tifus exantemático, epidemia, Posguerra, España, Provincia de Cádiz, Jerez de la Frontera, Siglo XX, José Estrade Camúñez, Donato Fuejo García, Salvador Dastis.

RESUMO

Os objetivos deste trabalho são localizar documentação para estudar a morbimortalidade causada por tifo exantemático em Jerez de la Frontera (1941-1942); estudar as medidas sanitárias adotadas nesta cidade contra essa doença e expor outros problemas de morbimortalidade na década de 1940.

Palavras-chave: tifo exantemático, epidemia, Pós-guerra, Espanha, Província de Cádiz, Jerez de la Frontera, Século XX, José Estrade Camúñez, Donato Fuejo García, Salvador Dastis.

En trabajos anteriores hemos dedicado estudios a la posguerra, centrados en el tifus exantemático y en la sanidad municipal gaditana, también hemos glosado aspectos literarios relacionados con la literatura, la medicina y la enfermería (Herrera-Rodríguez, 1997; 2000; 2001; 2005; 2008; 2015; 2018). A la primera línea mencionada, la del tifus exantemático en la posguerra, dedicamos este artículo, tratando de complementar nuestro estudio anterior (1997), pero en esta ocasión centrando los esfuerzos en la ciudad de Jerez de la Frontera (Cádiz), donde también se padeció esta enfermedad.

Los objetivos, pues, de este trabajo son los siguientes:

- Localizar documentación para estudiar la morbilidad y la mortalidad ocasionada por el tifus exantemático en Jerez de la Frontera en la posguerra.
- Estudiar las medidas sanitarias que se llevaron a cabo en Jerez para luchar contra el tifus exantemático en los años 40.
- Exponer otros problemas de morbilidad y mortalidad en el Jerez de los años 40.

En los trabajos mencionados hemos realizado síntesis sobre la posguerra en España, motivo por el que remitimos a ellos para no repetirnos, presentando aquí algunos datos históricos básicos sobre esos duros años en España, que nombramos como Posguerra, posteriores a la Guerra Civil, que

tanto padecieron nuestros padres y abuelos, también en la bibliografía incluimos algunas referencias bibliográficas sobre el tema, que consideramos de interés, aunque como es sabido la bibliografía sobre el particular es muy extensa (Abella, 1996; Barciela, 2000; Caballero Bonald, 1995; Eslava Galán, 2010; García-Delgado, 2000; Harrison, 1991; Juliá, 2008; Millán Chivite, 1993; Tamames, 1985; Terán Reyes, 2012; Vázquez-Montalbán, 1986). Y específicamente sobre el tifus exantemático en la posguerra se deben destacar al menos los trabajos de Jiménez Lucena (1990 y 1994); Rodríguez Ocaña (2017); García Ferrandis y Martínez-Vidal (2017 y 2019); Marín-Paz (2017), y como hemos indicado el trabajo monográfico que dedicamos a la incidencia de esta enfermedad en la ciudad de Cádiz (1997).

Diversos autores han señalado que “durante la Guerra fueron prioritarias las necesidades de sueros y vacunas, la lucha contra las enfermedades venéreas, y la lucha antipalúdica y al acabar la contienda (...) la extensión de tres grandes epidemias centraron los esfuerzos sanitarios del régimen de Franco: viruela, tifus exantemático y difteria” (Masset Campos, P.; Rodríguez Ocaña, E.; Sáez Gómez, J.M., 1998). Téngase en cuenta que la Dirección General de Sanidad, en los años 40, mostró su preocupación por el tifus exantemático, sobre todo lo cual insistiremos en apartados posteriores en este artículo (Palanca, 1943; Jiménez Lucena, 1990 y 1994; Herrera-Rodríguez, 1997).

En su conjunto la tendencia fue la del aumento de la mortalidad por enfermedades infecciosas, sirva como ejemplo que en 1936 se produjeron 19.937 defunciones por tuberculosis pulmonar y 5.165 por otras tuberculosis, mientras que en 1941 las cifras fueron, respectivamente, de 26.663 y 6.146 (Palanca, 1943). Sin olvidarnos en lo que se refiere a la nutrición que la realidad de aquellos años estuvo presidida por la escasez de alimentos básicos como el pan, la leche, el azúcar y el aceite; escaseó también el jabón, tan necesario para la higiene (Millán Chivite, 1993), como tendremos ocasión de comprobar en este artículo. Sobre la alimentación y el hambre, en este periodo, la pelagra y el latirismo, se debe consultar a Del Cura y Huertas (2007), asimismo se ha apuntado que la irracional política económica autárquica fue la principal responsable del estancamiento económico y de la larga crisis de subsistencia (Arco Blanco, 2006).

Se debe tener en cuenta también que la tasa de mortalidad infantil se elevó de 109 defunciones por mil nacidos vivos, en 1940, a 143 en el año 1941, descendiendo en 1942 a 103, a 99 en 1943, a 93 en 1944 y a 85 en 1945 (Arbelo Curbelo, 1962; Gómez Redondo, 1992).

Pero antes de entrar en el desarrollo de los objetivos de este trabajo, centraremos nuestros comentarios en la Posguerra en Jerez de la Frontera.

1.-Datos generales sobre la Posguerra en Jerez de la Frontera

Se ha señalado que la población jerezana en 1940 era de 89.525 habitantes y que en 1950 ascendía ya a 105.467 (Caro Cancela, 1999), como se puede comprobar un significativo ascenso poblacional entre las dos fechas, que podemos matizar aún más gracias a la documentación existente en el Archivo Municipal de Jerez que exponemos en la tabla I, en la que aparecen las cifras de la población de los años 1940 a 1950.

Un aspecto que no podemos perder de vista, en España en general como específicamente en Jerez de la Frontera, es el del mercado negro, la miseria y el aislamiento entre los años 1939 y 1953. Apunta al respecto Caro Cancela, citando a otros autores, lo siguiente (1999):

“Terminada la Guerra Civil (...), el fenómeno más característico de la España de los años cuarenta fue el ‘estraperlo’, esto es, la aparición de un amplio mercado negro que afectó a todo tipo de productos, pero especialmente a los alimenticios. Su origen hay que situarlo en la escasez que se produce de algunos artículos (...). El racionamiento crea un deseo de adquirir cantidades adicionales de bienes al margen del mercado legal, lo que favorece la aparición de productores dispuestos a satisfacer esa demanda a precios superiores a los ‘oficiales’. De esta manera, el estraperlo y la especulación surgen como consecuencia de la intervención del Estado en la economía, por la creencia de los gobernantes de que los precios se podían regular por decreto,

mediante el sencillo recurso de prohibir que se subieran”.

El propio Caro Cancela apunta “que estas prácticas también se produjeron en Jerez de la Frontera”. El periódico jerezano, “Ayer”, en la década de los cuarenta publicó con frecuencia notas con la tasación de los productos básicos, en este sentido además de lo apuntado por el autor citado, exponemos algunos ejemplos sobre racionamiento de productos básicos y cartillas de racionamiento, referidos al aceite, a las patatas y a las cartillas de racionamiento extraviadas (“Ayer”, 15-VI-1941):

“A partir del próximo Martes 17 del actual y en el plazo no superior a diez días, todos los poseedores de cartillas de racionamiento de comestibles, podrán retirar de los respectivos establecimientos a que aquéllas estén adscritas, contra entrega del cupón núm. 155 de Ultramarinos, un cuarto de litro de aceite, por cada persona, al precio de 4,15 pesetas el litro, (...), podrán retirar contra entrega del cupón número 153 de Ultramarinos, un kilogramo de patatas por persona, al precio de 1 peseta el kilogramo (...). Ante los numerosos casos de pérdidas de cupones de las cartillas de racionamientos, se recuerda una vez más a los dueños de establecimientos de comestibles y despachos de pan, la prohibición absoluta que tienen de facilitar los artículos correspondientes, como no sea que vayan los cupones adheridos cada uno a su cartilla. El incumplimiento de esta orden será debidamente sancionado (...).

Cultura de los Cuidados

Habiéndose observado la frecuencia con que se extravían las cartillas (...). Esta Alcaldía advierte que cualquiera de estos casos que se compruebe será sancionado con el encarcelamiento de aquellos que tal hecho cometan, siendo castigadas con la misma sanción todas aquellas personas que se encuentran cartillas de racionamiento y no las entregan seguidamente en las oficinas de esta Delegación. Por Dios, por España y su Revolución Nacional Sindicalista. Jerez de la Frontera 15 de junio de 1941”.

La Delegación Local de Abastecimientos y Transportes anunciaba en la prensa, a los poseedores de cartillas de racionamiento, que 200 gramos de azúcar por persona se expende a 3 pesetas el kilo (“Ayer”, 9-V-1941). En la prensa, esta misma Delegación, anunció la entrada en vigor de las nuevas cartillas a efecto de suministro de pan: la ración de primera categoría, 80 gramos, a 0,10 pesetas la pieza; la ración de segunda categoría, 120 gramos, 0,15 pesetas la pieza, y la ración de tercera categoría, 150 gramos, a 0,15 pesetas la pieza (“Ayer”, 16-V-1941).

En estas mismas fechas la prensa jerezana inserta una brevísima nota de prensa recordando el veintiún aniversario de la muerte de Joselito el “Gallo” en Talavera de la Reina, incluyendo oraciones por su alma: “Recemos un Padrenuestro por el eterno descanso de su alma, como el mejor y más piadoso homenaje a su memoria”. El mismo periódico anunció la actuación de Conchita Piquer, con foto de perfil de la artista, en el Teatro Villamarta, con su

espectáculo “Arte Andaluz” (“Ayer”, 20-V-1941). Toros, coplas y sobre todo racionamiento.

En esos mismos días, don Manuel de Mora-Figueroa y Gómez-Imaz, Gobernador civil de la provincia publicó un Bando en el que anunciaba que quedaba intervenida toda la cosecha de patata, “a disposición de mi autoridad, que oportunamente fijará el precio”. Y se añade en la noticia de prensa: “El incumplimiento de lo preceptuado en este Bando, será castigado con el máximo rigor, lo que se hace público en evitación de que pueda alegarse ignorancia, quedando los alcaldes obligados a dar la mayor publicidad al mismo, y asumiendo la responsabilidad que por causa de desobediencia o desconocimiento pudieran derivarse. Cádiz 9 de mayo de 1941. El Gobernador Civil”. Igualmente, en este periódico jerezano, se advierte que la intervención e inmovilización de la patata no es exclusiva para el “tubérculo” de siembra, sino que es extensivo a toda la patata o de primera cosecha (“Ayer”, 18-V-1941).

Es sabido que el año 1940 fue conocido como “el año del hambre”, hay que tener en cuenta que entre 1936 y 1946 los salarios sólo se habían doblado, mientras el coste de la vida se había multiplicado por cuatro. Todo ello apunta a la miseria en que vivieron las clases populares, que sufría el estraperlo, la adulteración de productos, el pan negro, y tantas otras calamidades. Al parecer en Jerez se afirmaba que los caballos de la gente adinerada comían mejor que las personas, ya que eran alimentados con habas y garbanzos

(Ruiz Mata, 2010). El escritor jerezano Caballero Bonald, en su obra “Tiempo de guerras perdidas” (1995), ofrece detalles del estado lastimoso de la población durante la guerra y la posguerra, del hambre y el frío en el paisaje social de Jerez. Léase lo que apuntamos en los siguientes párrafos:

“Me acuerdo, por ejemplo, de esas gentes desesperadas y famélicas que llamaban (...) a la puerta de casa. No eran pobres limosneros, eran mujeres dignas que pedían un trozo de pan o una vieja prenda de abrigo (...). Fue cuando la desnutrición fomentó las epidemias de tifus, de tuberculosis, de pelagra, y yo oía decir que todos acabaríamos siendo víctimas de alguna incurable enfermedad (...). Vi a dos niños harapientos cazando un gato, a una anciana temblorosa masticando un puñado de gramíneas silvestres, a un hombre que no parecía un mendigo envuelto en una andrajosa manta cuartelera...”.

El periódico jerezano, el día 1 de abril de 1941, publicó en la primera página la efemérides del Segundo Aniversario del día de la Victoria, con fotografía de perfil y severa del Caudillo, anunciando también una misa en la Iglesia de San Miguel “por los Caídos en la Cruzada heroica que volvió a nuestra Patria a sus rutas imperiales” (“Ayer”, 1-IV-1941). Se publica asimismo que el número premiado en el cupón de ciegos es el 763 y que la temperatura máxima fue de 14,8°. Y ese mismo día se ofrece noticia sobre el jabón, que puede

tener interés para este artículo en lo que se refiere a la higiene y el tifus exantemático:

“Todos los industriales drogueros de esta Ciudad, deberán remitir en el día de mañana a estas Oficinas, declaración jurada expresiva de las existencias de jabón, sobrantes de racionamiento, que obren en poder de los mismos, acompañando los cupones acreditativos de las entregas efectuadas, así como nota expresiva del número total de personas inscritas en cada droguería hasta la fecha. Por Dios, por España y su Revolución Nacional-Sindicalista. Jerez de la Frontera, 1 de abril de 1941”.

Caro Cancela, apoyándose en otros autores y en sus investigaciones, apunta que “el sistema benefició, más que a los pequeños agricultores, a los grandes terratenientes, que contaron con todo lo necesario para participar en el mercado negro...”. Señala también que estas prácticas se produjeron en Jerez de la Frontera.

El Hospital Municipal de Santa Isabel fue la institución asistencial jerezana más importante, pasando a lo largo de su historia por muchas dificultades económicas (Orellana González, 1996). Mariscal Trujillo ha señalado la situación lastimosa que se vivió en este hospital en la posguerra (2001):

“Penosos fueron para el Hospital de Santa Isabel los años que siguieron a nuestra Guerra Civil. Del triste panorama de hambre, miseria y desolación que envolvió a nuestro país, no se libró este centro. Personas

Cultura de los Cuidados

que allí trabajaron en estos años y a las que llegamos a conocer, fueron testigos de aquel sombrío panorama sanitario: salas abarrotadas de enfermos graves sin los más elementales medios para atenderlos. Faltaba comida, faltaban medicamentos, faltaba instrumental, faltaba jabón, apósitos, desinfectantes, faltaba de casi todo. Por decenas se podían contar los pobres desgraciados que llegaban a las puertas del Hospital desnutridos y moribundos, víctimas de disentería, cólera, tifus exantemático, tisis, escorbuto, paludismo, infecciones y otras muchas enfermedades propias de la miseria y el hambre. Aunque la mayor plaga sanitaria de estos años, (...), fue sin lugar a dudas la tuberculosis, agravada por tanta miseria y las peores condiciones higiénicas”.

Recurrimos a otras fuentes documentales para comprobar que la situación era más que alarmante en lo que se refiere a la vida cotidiana y a la supervivencia, compruébese en la carta que el presbítero Rafael Serrano dirige, en 1941, al Alcalde de Jerez, José de Mora Figueroa (Marqués de Tamarón); copiamos tan solo unos párrafos del citado documento para dejar testimonio de una pequeña historia que abre en canal la vida tan dura padecida en la posguerra española, y en este caso concreto jerezana, transcribimos todo en letra minúscula, ya que el presbítero, probablemente en su desesperación hace acopio, en algunos fragmentos, de letras mayúsculas, fruto con seguridad de su desazón. Escribe lo siguiente el presbítero al

alcalde jerezano (Cf. Carta Presbítero Rafael Serrano al Alcalde de Jerez, 1941, AMJF):

“...Respetable y estimado, Don José, en Cristo (...). La naturaleza y condición del diálogo, no se presta de suyo a la exposición reposada y tranquila de los conceptos a dilucidar, y, por otra parte, sus múltiples atenciones y preocupaciones cada vez son mayores y más urgentes, (...) con el fin de no embargarle tiempo necesario para otras diligencias, dejándole en libertad de leerlo, cuando buenamente pueda (...). Sabe perfectamente, Querido Don José, que acabo de realizar solo, por el permiso de mi Compañero (...), la Campaña terrible de la Epidemia del Tifus (...), durante los cuarenta días habiendo hecho cincuenta y ocho entierros, ciento ochenta y cuatro administraciones de sacramentos, (...), veinticinco certificados gratuitos para los Comedores de Auxilio Social, a más de la Guardia permanente y la Misa diaria (...). No pido, ni exijo, ni dobles sueldos, ni dietas, ni gratificaciones y ni recompensas de ninguna clase, solo le pido, (...), una poco de atención y consideración, si la merezco, con el fin de que cuando las circunstancias lo permitan, tenga la bondad de ordenar, se me abonen los haberes atrasados (...) desde el año 1936, ratificados recientemente por ese Excmo. Ayuntamiento de su digna dirección y presidencia (...). El segundo favor, le suplico un poco de permiso, siquiera mes y medio, para descansar y reponer un poco las fuerzas y la salud del trabajo transcurrido en todo este año, que ha sido el más terrible en

los catorce años que llevo, en cuestión de Administraciones de enfermos y entierros verificados”.

La carta del presbítero termina con el tradicional suyo afectísimo y s.s.q.e.s.m., e incluye la petición, “teniendo en cuenta la Epidemia”, de que se le dote de elementos de aseo y limpieza indispensables ya que con motivo del ejercicio del Sagrado Ministerio debe estar en contacto con toda clase de enfermos. Y además añade en su carta al Alcalde:

“...le agradeceré infinito tenga la bondad de repasar, con los datos, que suministre la Intervención, la escala de sueldos y honorarios de los Funcionarios y Empleados, y verá con gran asombro, que los capellanes del Excmo. Ayuntamiento estamos a la cola de todas las escalas y categorías, percibiendo los sueldos y honorarios del año treinta y seis, a pesar de la desproporción enorme y cambio radical del coste de la vida de aquella fecha a esta parte, dándose la irritante y depresiva desigualdad y paradójica, de que siendo funcionarios jefes de negociado, en nuestra órbita funcional, percibimos menos sueldos que un simple portero”.

Otro aspecto que nos ofrece una panorámica general de la situación en Jerez de la Frontera es el de la mortalidad, como se puede comprobar en la tabla 2, realizada a partir de los datos ofrecidos por José Estrade Camúñez en las Memorias del Laboratorio Municipal de Higiene de Jerez de la Frontera (Cf. las Memorias utilizadas en el apartado

de Fuentes documentales). En el año 1941, en Jerez, se producen 2.303 defunciones, presentando una tasa de mortalidad general ese año de 25,7 defunciones por mil habitantes, cifras muy superiores a las de los años 1937, 1938, 1939 y 1940. A partir de 1942 hasta 1945 las defunciones y las tasas van decreciendo, como puede comprobarse en la citada tabla, rompiéndose esta tendencia en 1946 que contabiliza 1.163 defunciones y una TMG de 12,9.

Como se puede apreciar en la tabla 3, referida a Cádiz capital y a la provincia de Cádiz, en 1941, también se produce una elevación de la TMG, presentando Cádiz capital 31,43 y la provincia 27,59. Tasas superiores a la de Jerez de la Frontera para ese mismo año que fue de 25,7 (tabla 2), aunque las tasas de Cádiz, de la provincia y de Jerez de la Frontera están por encima de la tasa de mortalidad general de España, en 1941, que fue de 18,69, y en 1940, de 16,30 (Palanca, 1943). Otro aspecto que debe subrayarse es que la tasa de mortalidad infantil en la provincia de Cádiz se elevó de 111,61 defunciones por mil nacidos vivos, en 1940, a la cifra de 198,28 en el año 1941 (Gómez Redondo, 1992). Sobre esta cuestión insistiremos en el Epílogo de nuestro trabajo.

Téngase en cuenta sobre Jerez de la Frontera, a modo de comparación, que entre 1837-1860 se produjeron 31.602 defunciones y que en relación a la población media de dicho periodo da una tasa de mortalidad media del 36,5 por mil (Conde

González, 2003). Un periodo que nos interesa, por su cercanía al periodo de la Posguerra es el de los años 1930 a 1937, cuyos datos tomamos de la Memoria que redactó el médico Pedro Máximo Ruiz, quede constancia que en lo referido a este último año encontramos diferencias en las cifras con respecto a las ofrecidas por José Estrade Camúñez, y que fueron los años 1930, 1933 y 1935 en los que las tasas de mortalidad fueron superiores en Jerez de la Frontera con 20,81; 20,80 y 21,51 defunciones por mil (Máximo Ruiz, 1937) (tabla 4).

Francisco Bejarano ofrece unos comentarios de interés en su obra “El Jerez de los bodegueros”, que sirve de complemento a todo lo dicho sobre la situación social en la ciudad, aunque se centren más en la década de los sesenta, introduce matices que también podrían darse en la década de los 40, pero con más intensidad y desenlaces fatales. Dice así (2004):

“Otra cosa son los años que van de 1936 a 1953. Mis recuerdos infantiles no llegan tan lejos, pero mi adolescencia fue de los años 60. España era católica y más española que nunca. Había mucha hipocresía en las clases medias y bajas y una vida un poco miserable, no tanto por la escasez que siguió a la guerra, sino por el espionaje de unos a otro y por el disimulo malicioso. A los bodegueros y a los labradores ricos no pareció afectarles la guerra. Tuvieron también sus muertos que recordar, pero su forma de vida no cambió hasta mediados los 50”.

Sería digno de rememorar, aunque no tenemos espacio en este artículo, cómo se ganaban la vida algunos artistas gitanos de Jerez, a principio de los años 40, y cómo compartían las alegrías y las penas en las casas los gitanos del Barrio de Santiago, dando pie por cualquier motivo insignificante a una fiesta. Así lo cuenta el gran guitarrista flamenco Manuel Morao: “No teníamos dinero para hacer otras cosas, pero teníamos esa convivencia, nacida de vivir todos juntos, que nos permitía compartir las alegrías y las penas. Y no necesitábamos más para que surgiera la fiesta y para que cada uno pusiera en ella lo mejor de su arte” (Suárez Japón, 2014). Y todo esto en una época de hambre, calamidades y epidemias.

2.-Generalidades etiológicas y clínicas sobre el tifus exantemático

Esta enfermedad ha recibido a lo largo de la historia diversas denominaciones, por ejemplo: morbi contagiosi, tabardillo pintado, fiebre infecciosa, fiebre pestilencial, tifus exantemático, por los autores alemanes, typhus, tifus castrense (Maradona Hidalgo, 2010). También ha sido denominada como tifus de los piojos (Haagen, 1942) o tifus de las cárceles (Martín Salazar, 1916).

Como se ha señalado, en 1909, ilustres médicos españoles de la Academia de Medicina seguían confundiendo la fiebre tifoidea con el tifus exantemático, cuando ya en 1837 se habían separado ambas entidades nosológicas (Marset Campo; Rodríguez

Ocaña; Sáez Gómez, 1998). Por este motivo no puede sorprender que en estas fechas se debatiera con intensidad el tema, sobre todo cuando en Madrid una epidemia de tifus exantemático generaba morbilidad y mortalidad. Un ejemplo, de lo que decimos son los artículos que publicó el médico de San Fernando (Cádiz), José Ignacio Cellier Ortega, en las páginas de la revista que dirigía en las primeras décadas del siglo XX, “La Medicina Práctica”, revista sobre la que realizaron un estudio monográfico Olagüe de Ros y Paredes Salido (1983). Cellier falleció en 1915 y se ha señalado sobre su obra médica, entre otros aspectos los siguientes, apuntes que sin duda resaltan su labor médico-sanitaria (Orozco Acuaviva, 1981):

“Destacado médico isleño, natural de San Fernando, en donde desarrolló una importante labor sanitaria como médico del Lazareto en la invasión colérica de 1885. Al conferírsele el 13 de abril de 1892 la subdelegación médica isleña dio un gran impulso a la sanidad municipal, a la que ofreció su “Gabinete Histoquímico” particular, orientado a la práctica de análisis alimenticios. Dirigió y publicó La Medicina Práctica, (...), desde el 15 de marzo de 1902, hasta su fallecimiento en 1915”.

Además, Cellier, publicó obras sobre la nutrición (1896), la higiene ante el mefitismo (1896) y también trabajos sobre la higiene de la alimentación (1898-1901). También publicó Cellier, como decimos, varios artículos en esta revista sobre el

particular: “Tifus exantemático. Su historia, etiología y profilaxis” (1909a); “Concepto clínico del tifus exantemático” (1909 b); “Tratamiento del tifus exantemático” (1909c). Cellier insiste en que en la mayoría de las denominaciones y conceptos tradicionales se estudia el tifus confundido con otros estados febriles de caracteres infecto-contagiosos y epidémicos, especialmente con la fiebre tifoidea, hasta que Sydenham y más adelante Hildebrand y Frank expusieron sus dudas sobre la identidad de ambos procesos, y ya a principios del siglo XIX aparecieron verdaderos cuadros y diagnósticos diferenciales, que empezaron a merecer el concepto de que el tifus y la fiebre tifoidea eran procesos completamente distintos, y más especialmente desde los trabajos del inglés Jenner en 1850 y del alemán Gricceinger en 1857. No se olvide que Hildebrans, en Alemania, hizo una clara distinción entre el tifus exantemático y la fiebre nerviosa o tifus abdominal, diferenciación que continuó con Perry en 1836, además Barlow, en 1840, publicó en la revista Lancet un artículo en el que calificaba a las dos enfermedades como distintas y señalaba sus diferencias clínicas, también se deben tener en cuenta los estudios anatomopatológicos de Louis (1841) (Maradona Hidalgo, 2010).

Sobre la etiología, Cellier Ortega señala que (1909a):

“...los bacilos y coli-bacilos encontrados, hasta ahora, en las múltiples investigaciones

Cultura de los Cuidados

llevadas á cabo y que continúan efectuándose, no han llegado a determinar una individualidad distinta y especial con caracteres propios, como bacilo productor del tifus exantemático y por tanto mucho menos á diferenciarlo del bacilo de Klebs y de Eberth; pero en realidad tanto clínicamente como por la ausencia de los bacilos de la fiebre tifoidea, quedan bien deslindados ambos procesos febriles infectos contagiosos, ...”.

Cellier apunta que el tifus exantemático es un proceso febril infecto-contagioso de carácter epidémico, que puede presentarse donde quiera que haya aglomeración de individuos dentro de deficientes condiciones higiénicas “...y máxime, si á tales condiciones van unidas las deficiencias fisiológicas y orgánicas y las depresiones de ánimos, y por eso se le ve en la historia de sus apariciones seguir las huellas de los ejércitos en las guerras y presentarse donde quiera que éstos han detenido sus marchas, como donde quiera que las diversas empresas humanas han tenido necesidad de reunir masas de individuos, en malas condiciones de higiene y salubridad” (Cellier Ortega, 1909a).

En este artículo Cellier hace hincapié en el desconocimiento del agente etiológico del tifus exantemático, aunque insiste en los trabajos que sobre el particular realizan los doctores Pittaluga e Illera, y en que esta epidemia en 1909 presenta “pequeños focos” en Madrid y en Sevilla (Cellier Ortega, 1909a). Asimismo, a pesar del desconocimiento etiológico, el médico de

San Fernando (Cádiz), José Ignacio Cellier Ortega, realiza un esfuerzo notable de diferenciación clínica del tifus exantemático con la fiebre tifoidea, insistiendo en los puntos “en que discrepan estos dos procesos y sus mas esenciales diferencias, á nuestro entender, mas que suficiente para marcar bien y dejar bien sentado que el tifus exantemático y la fiebre tifoidea son dos procesos completamente distintos”. No solo esto, sino que también aboga por la separación indiscutible de los paratífus, colitífus y demás modalidades tíficas (Cellier Ortega, 1909b). Por todo esto, Cellier, piensa que mientras no se conozca su agente etiológico, “los prácticos han de atenerse al síndrome clínico del proceso, y éste realmente coincide mucho con el de los procesos eruptivo y exantemáticos” (Cellier Ortega, 1909b). El médico de San Fernando (Cádiz), preconiza la higiene del enfermo (Cellier Ortega, 1909c):

“El local no pecará nunca por amplio y ventilado, cuidando de sostener constantemente, si bien de forma prudencial y adecuada, su ventilación (...). Las ropas de las camas, como las del enfermo, deben estar muy bien desinfectadas y ser remudadas todo lo más frecuente posible, para que se conserven muy limpias (...). Uno de los puntos más interesantes es el aseo corporal del enfermo, empleando ya baños de agua sola ó bien de agua jabonosa con jabón verde ó del llamado de lavar, sin que lo exijan la marcha sintomática del proceso, sino solo y excesivamente como medio necesario y muy útil de aseo corporal”.

Recordemos que estos escritos de Cellier Ortega datan de 1909, cuando en Madrid y Sevilla, por ejemplo, preocupaba mucho la enfermedad, lo que justifica los esfuerzos del médico gaditano por hacer una revisión clínica, etiológica y preventiva, según los conocimientos de la época; sobre su figura, sobre sus publicaciones, y sobre estos y otros trabajos publicados en “La Medicina Práctica”, o sus monografías, insistiremos en futuros trabajos. Sobre el tifus exantemático en Madrid a principios del siglo XX recomendamos el estudio en profundidad del excelente trabajo de Santiago de Miguel Salanova (2017).

En lo que se refiere a los estudios del agente causante del tifus exantemático ha realizado una buena síntesis Maradona Hidalgo (2010), señalando como estas investigaciones les costó la vida a algunos de los protagonistas:

“Los primeros fueron el patólogo estadounidense Howard Taylor Ricketts (1871-1910), (...) y su ayudante Russel Wilder. Ambos viajaron a México para investigar sobre esta infección y allí descubrieron el microorganismo responsable, tanto en los piojos (*Pediculus corporis*), que lo albergan y vehiculan de persona a persona, como en la sangre de los propios enfermos, pero no pudieron cultivarlo. Siguieron entre 1913 y 1914 las investigaciones del zoólogo y parasitólogo austriaco Stanislaus von Prowazek (1875-1915), que efectuó muchas observaciones sobre la enfermedad, el parásito y la bacteria

causante. En 1915 Prowazek y el investigador brasileño Henrique da Rocha Lima (1879-1956) fueron comisionados para investigar una epidemia de tifus en prisioneros en un campo cerca de Brandemburgo. Ambos contrajeron la enfermedad a la vez, pero mientras Da Rocha Lima se recuperaba y aislaba el agente causante, Prowazek murió. Da Rocha Lima llamó a la bacteria *Rickettsia prowazekii* en honor de Prowazek y de Ricketts, que también había muerto de esta enfermedad mientras la estudiaba”.

No se deben olvidar los estudios de Nicolle, Comte y Conseil, que en el Laboratorio del Instituto Pasteur de Túnez, transmitieron la enfermedad a monos en cuya piel se habían colocado piojos infectados. Igualmente merecen ser recordados los estudios de Wilden, Gavino, Girard, Anderson y Goldberger (García del Real, 1933). Recuérdese que Rodríguez Ocaña ha cuestionado el papel de Carlos María Cortezo Prieto (1850-1933), en ciertos aspectos de la investigación sobre el tifus exantemático (2007): “En mi opinión, la adjudicación a Cortezo de la prioridad en relación con la transmisión del tifus es una presunción infundada, que no sostienen ni las fuentes de 1903, ni la voz de Cortezo, ni la práctica sanitaria española anterior a 1910”.

Sobre el diagnóstico diferencial del tifus exantemático hemos insistido en otro trabajo, a partir de una Circular, firmada en Cádiz, en mayo de 1940, en la cual se insiste

Cultura de los Cuidados

en el período de incubación, en el periodo de invasión y el periodo de estado (Herrera-Rodríguez, 1997). En este documento emitido por la Sección de Epidemiología “del Instituto Provincial de Sanidad” (sic), se expone resumidamente que el período de incubación es de 5 a 20 días, y que el período de invasión dura 4 ó 5 días, cursando con escalofríos, fiebre (40-41°), cefalalgia frontal, raquialgia, sed intensa, náuseas, puede haber vómitos, angina eritematosa y conjuntivitis, catarro de las vías altas, epistaxis y el signo de la lengua. En cuanto al período de estado queda parcelado en un primer septenario y un segundo septenario. En el primero el paciente tiene estupor y el exantema presenta unas características: pequeñas manchas, de forma irregular, color rosa pálido, primero a los lados del vientre y en los pliegues de los miembros, generalizándose a todo el cuerpo, con excepción de cuello y cara, también manchas mayores de 1 ó 2 centímetros. En el segundo septenario, la temperatura sigue elevada, las bases del pulmón se congestionan y la respiración se hace anhelante, puede haber estreñimiento y retención de orina, y la piel seca y ardiente tiene tendencia a formarse escaras por decúbito. Al final de este segundo septenario el exantema comienza, por lo común, a borrarse. En esta Circular se avisa de los posibles casos “indagnosticados”:

“Debe tenerse en cuenta a este respecto, que pueden presentarse casos de esta última enfermedad (tifus exantemático), que por su escasa gravedad (tipus levisimus, de

Hildebrand) y corta duración, con exantema discreto y efímero que hasta llega a faltar en algunos casos, puede pasar indagnosticados”.

En los años 40, en nuestro país, aparecieron monografías y libros sobre los aspectos etiológicos, profilácticos, epidemiológicos y clínicos. Entre estas obras, en las cuales se hace hincapié en la sintomatología del tifus exantemático y en el diagnóstico diferencial con la fiebre tifoidea u otras enfermedades, encontramos las de G. Clavero y F. Pérez Gallardo (1941) y Primitivo de la Quintana (1942).

3.- El tifus exantemático en España y en la provincia de Cádiz en la década de los 40

Las defunciones por tifus exantemático que se contabilizaron en España, entre 1911 y 1925, fueron 1.457. Y el promedio de muertes por esta enfermedad, entre 1926 y 1930, fue de 11 (Pascua, 1934). En 1933, Eduardo García del Real, en su discurso de ingreso en la Real Academia Nacional de Medicina, avisó sobre las consecuencias dramáticas que podía provocar en el Madrid de los menesterosos la aparición del tifus exantemático (García del Real, 1933; Herrera-Rodríguez, 1997). Entre 1900 y 1935, fueron especialmente complicados, con respecto al tifus exantemático, en cuanto a defunciones, los años 1903, 1904, 1905, 1909, 1910, 1911, 1912, 1913, 1919 y 1920 (Quintana, 1942; Pascua, 1934). En lo referido a 1903, 1904, 1905, 1909, 1910 y 1913, se debe señalar que la elevación de

estos años concuerda con los aumentos acaecidos en Madrid, siendo las epidemias de la capital las que han influenciado y dado la tónica general a la curva nacional de mortalidad por tifus exantemático. Aunque esta circunstancia no se produce igualmente en los años 1919 y 1920, en que la curva de España se alza sobre la de Madrid, debiéndose en este caso a las epidemias de tifus ocurridas en las provincias de Murcia y de Granada. Como ya señalamos en otro trabajo, citando a Primitivo de la Quintana, entre 1901 y 1935, las defunciones ocurridas en Madrid por el tifus exantemático constituyen el 47,6% de las ocurridas en toda España (Quintana, 1942; Herrera-Rodríguez, 1997).

Se debe apuntar también que con anterioridad a la Guerra Civil, en Madrid, estaba prácticamente extinguido el foco endémico tradicional. De hecho, en la capital de España, en el periodo que abarca de 1933 a 1935, no se produjo ninguna defunción por tifus exantemático; pero a los pocos días de terminar la guerra, en el mes de abril de 1939 se notificó en Madrid el primer caso de tifus exantemático. La mayor parte de los casos producidos tienen su procedencia fuera del ámbito de la capital e incluso fuera de la provincia de Madrid, perteneciendo en su mayoría al Centro y Sudoeste de la Península, sobre todo de Murcia y Valencia, señalándose también a las provincias andaluzas de Almería y Córdoba. En esta circunstancia tuvo mucho que ver el éxodo

de personas que provocó el final de la guerra (Quintana, 1942).

Según datos oficiales el tifus exantemático provocó en España, en 1941, 1.644 muertes y en 1942 se contabilizaron 1.542, según apuntan los libros del Movimiento natural de la población de esos años (Herrera-Rodríguez, 1997). En 1943 fueron 291; en 1944 murieron 117; en 1945 descendió la mortalidad a 15, y en 1946 y 1947 las cifras, respectivamente, fueron de 25 y 49 (Rodríguez Ocaña, 2017; Navarro García, 2002). En lo que se refiere a la morbilidad se apuntan los siguientes casos: en 1941: 8.699; en 1942: 8.433; en 1943: 1.134; en 1944: 547; en 1945: 58; en 1946: 220; en 1947: 250 (Rodríguez Ocaña, 2017; Navarro García, 2002). Debe apuntarse que para 1941 se apuntaron cifras de morbilidad superiores por tifus exantemático, concretamente 12.600 enfermos (Palanca, 1943; Cf. este apunte en Herrera-Rodríguez, 1997).

Centremos nuestros comentarios en la provincia de Cádiz. En 1940 no se produjeron defunciones por tifus exantemático, pero preocupación por la enfermedad sí existía en la provincia, ya que se estaban produciendo defunciones en 1940 en provincias andaluzas como Sevilla, Granada, Jaén, Córdoba o Almería, una prueba de esta preocupación es que la Sección de Epidemiología del “Instituto Provincial de Cádiz” (sic), como hemos indicado, publicó una Circular en el mes de mayo con el título de “El diagnóstico

Cultura de los Cuidados

diferencial del tífus exantemático”, en este documento se insiste en los aspectos clínicos, pero también en la posibilidad de que se propague la epidemia en la provincia gaditana (Herrera-Rodríguez, 1997).

En 1941, la Dirección General de Sanidad, mostró su preocupación por los problemas que estaba generando el tífus exantemático, ya que la enfermedad presentaba cuatro frentes geográficos: Sevilla, Granada, Málaga y Madrid; pero además se señala varios frentes secundarios en Almería, Murcia, Valencia, Jaén, Córdoba y Cádiz (Palanca, 1943; Herrera-Rodríguez, 1997). En 1941 nada fue equiparable a la epidemia de Málaga (Palanca, 1943), que cuenta con un excelente estudio monográfico de Jiménez Lucena (1990), y en 1942 fue la provincia de Cádiz la que más preocupaciones causó a las autoridades sanitarias (Palanca, 1943; Herrera-Rodríguez, 1997):

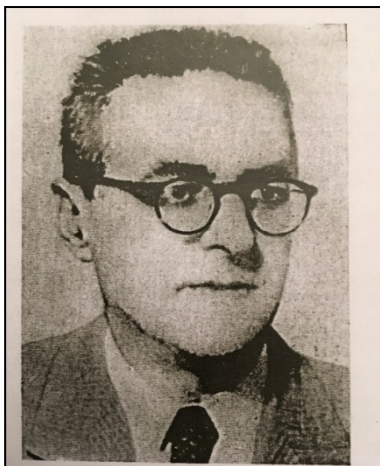
“...no sólo por los casos de la capital, sino por la epidemia más seria de San Fernando y la de Barbate, las dos tomando como campo de acción barrios de casas de hoja de lata, imposibles de desinsectar y de tales condiciones higiénicas que en apenas diez metros cuadrado de superficie está todo reunido, camastros cocina, dormitorios y despensa, donde la hay. El Ayuntamiento de San Fernando no anduvo muy diligente en auxiliar a los que combatían la epidemia que se prolongó durante mucho tiempo; pero no procedió lo mismo el Alcalde de Barbate, que con toda celeridad hizo otro cordón sanitario alrededor de las chozas, y lo que

fracasó en Villarrobledo triunfó aquí por la acción de una autoridad celosa y decidida a terminar con el peligro”.

Las localidades de San Fernando y Barbate, requieren de estudios monográficos específicos, como se hizo en lo referido a Cádiz capital, motivo por el que no insistiremos sobre datos particulares de estas dos localidades de la provincia gaditana y centraremos nuestros esfuerzos en exponer nuestras indagaciones sobre el particular, refiriéndonos a la ciudad de Jerez de la Frontera, no sin antes apuntar algunos datos sobre los responsables de la Jefatura Provincial de Sanidad de Cádiz.

Sabemos sobre este asunto que la Jefatura Provincial de Sanidad de Cádiz tenía su sede en la gaditana “calle Beato Diego de Cádiz” (entrada por la calle Manuel Rancés) y que en noviembre de 1941 tomó posesión de este cargo Adolfo Vila, que venía desempeñando el puesto de forma intermitente, y sobre el que hemos aportado datos en otro estudio (Herrera-Rodríguez, 2019). De hecho podemos aportar documentación firmada por Adolfo Vila como Jefe Provincial de Sanidad, una Circular firmada el 5 de febrero de 1940 y otro firmado con fecha 4 de marzo de 1941 (Protocolo Municipal 663-1940, AMJF; Protocolo Municipal 718-1941, AMJF). En febrero de 1942 es Donato Fuejo García el que firma como responsable de este cargo las disposiciones para combatir el tífus exantemático (Herrera-Rodríguez, 1997) (figura 1).

Figura 1: Donato Fuejo García
(Jefe Provincial de Sanidad de Cádiz)



Fuente: Herrera-Rodríguez, 2001.

Sobre este médico debemos hacer referencia a su “Informe sobre la epidemia de Tifus Exantemático en la provincia, que presenta el Jefe de Sanidad Dr. D. Donato Fuejo”, cuya referencia incluimos en fuentes documentales (Fuejo, [1943]) (figura 2). Recuérdense varios problemas que señaló Fuejo en este Informe epidemiológico. Dice así:

“Para hacer frente al problema, la primer dificultad que se me presentaba era mi desconocimiento de las características de la provincia y aun de la región, puesto que mi ejercicio profesional se había desenvuelto siempre en las provincias del Norte. Una segunda dificultad la constituía la falta de información, que, por razones diversas y muy importante a tener en cuenta para los servicios no me fue facilitada con los detalles necesarios. En tercer lugar, la organización sanitaria provincial carecía de

instrumentos para luchar contra el tifus exantemático”.

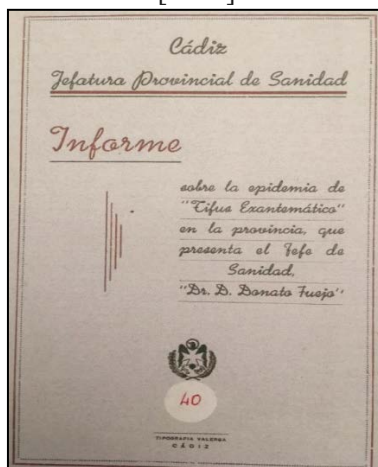
Ténganse, en cuenta, estos comentarios de Donato Fuejo sobre la falta de información, que no le fue facilitada con “los detalles necesarios”. Sobre este particular de la información epidemiológica y de mortalidad, insistiremos en el Epílogo de nuestro trabajo. Hay momentos en su Informe, sobre todo, en lo referido a la ciudad de San Fernando en los que afirma “...pasamos un verdadero calvario”.

No es de extrañar que Donato Fuejo estuviera abrumado nada más llegar al cargo, encontrándose con una epidemia de tifus exantemático, y no sería ésta su única tarea, sino muchas otras también, en lo referido a control, organización, vigilancia sanitaria, etc. Recuérdese que una Orden de 30 de septiembre de 1939, aparecida en BOE de 2 de octubre, reorganizó las Jefaturas provinciales de Sanidad, nombre con que se designó a las antiguas Inspecciones provinciales de Sanidad. Entre los servicios de las Jefaturas provinciales de Sanidad se encuentran los servicios sanitarios, higiénico-sanitarios y sanitarios sociales, entre los que destacan la Sanidad Exterior, en las provincias marítimas; la epidemiología, vacunaciones, desinfección, estadística e higiene del trabajo; análisis higiénico-sanitario; tuberculosis, adscritos al Patronato Nacional Antituberculoso; Puericultura y Maternología e Higiene escolar; Venereología, lepra y enfermedades parasitarias de la piel; Paludismo,

Cultura de los Cuidados

anquilostomiasis y Kala-azar; Ingeniería y Arquitectura sanitaria, higiene y saneamiento urbano y rural, obras sanitarias; Higiene de la alimentación y vigilancia de alimentos y bebidas; Cáncer y radiumterapia; Higiene mental y toxicomanías; Oftalmología; Otorrinolaringología; Odontología. Además de los servicios llamados parasitarios y profesionales, que comprenden la Medicina Social, antiguas Comisarías Sanitarias; Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria y profesiones auxiliares, oficiales y libres (practicantes, matronas, enfermeras); farmacéuticos titulares y libres (Cf. estas tareas con más detalle en “Servicios Centrales de Higiene Infantil. Disposiciones Sanitarias dictadas durante los años 1939 y 1940...”, 1941, Archivo FHR). Una vez aclarado este punto, volvamos al Informe de Donato Fuejo sobre esta epidemia de tifus exantemático en la provincia de Cádiz.

Figura 2: Informe del Jefe Provincial de Sanidad de Cádiz, Donato Fuejo, sobre el tifus exantemático en la provincia de Cádiz [1943]



Fuente: Biblioteca de Andalucía. Sucursal: Biblioteca de Andalucía (Granada).

En esta monografía, Donato Fuejo, confirma como apuntamos, que accedió a la Jefatura Provincial de Cádiz en febrero de 1942, apuntando lo siguiente:

“En el mes de Febrero de 1942, fecha de mi llegada a esta Jefatura, había sufrido la provincia en el año 41 y Enero del 42 los efectos de la presencia del tifus exantemático y en proporciones considerables. Figuran declarados en este lapso de tiempo 742 casos y 97 defunciones, y se había presentado la enfermedad en 17 de los principales Ayuntamientos de la provincia, y en ese instante San Fernando estaba sufriendo un intenso brote epidémico, pues en el mes de Enero se habían presentado 118 casos y 9 defunciones; el Ayuntamiento de Puerto Real tenía con el tifus exantemático un grave problema, pues se declararon en este mes 48 casos y 7 defunciones, y con estos dos, la capital, que también presentaba 11 casos, constituían para mí la más importante preocupación sanitaria”.

Este Informe de Donato Fuejo debe ser estudiado monográficamente, con mucha atención, ya que está lleno de matices, sobre todo cuando se recopile información de morbilidad y mortalidad en documentación sanitaria y libros de registro civil de defunciones de los municipios de la provincia de Cádiz, pero también información sobre el medio carcelario y lugares de aislamiento en la provincia de Cádiz. Fuejo apunta lo siguiente:

“Debemos considerar el conjunto de casos ocurridos de tifus exantemático durante el año 1941 y 1942, como una sola epidemia con dos exacerbaciones y una pausa intermedia. Los primeros casos aparecen declarados en Abril de 1941 en Algeciras, pero en el mes siguiente ya se declaran en la capital, en Jerez de la Frontera, en San Roque, en Puerto Real y en la Línea de la Concepción. Los de Algeciras y Jerez de la Frontera, fueron 79 y 194 respectivamente (...). La curvación epidémica del año 41, de la curva general de casos de tifus exantemático, está formada casi totalmente por la suma del brote de Jerez de la Frontera y Algeciras, hasta que en el mes de Julio aparecen en la capital declarados 80 casos, sumando un total de 200 los declarados en la misma. La explicación de esta explosión epidémica en la capital no es tan clara como en las dos localidades anteriores, pues no aparecen afectados centros o aglomeraciones cerradas y solamente aparecen declarados dos casos en Mayo y cinco en Junio”.

Hay que tener en cuenta, sobre los datos apuntados, que hemos constatado que la primera defunción por tifus exantemático que consta en el Registro Civil de la ciudad de Cádiz data del mes de febrero de 1941 (Herrera-Rodríguez, 1997), lo que no quiere decir, como bien ha precisado Jiménez Lucena para Málaga, que no se produjeran defunciones con anterioridad a esta fecha, sobre todo teniendo en cuenta la dificultad de establecer el diagnóstico diferencial con

otras patologías como la gripe o la fiebre tifoidea, o que se apuntara en los libros de registros de defunciones la bronconeumonía, que podía presentarse como una complicación en el curso de la enfermedad (Jiménez Lucena, 1990).

4.- El tifus exantemático en Jerez de la Frontera (1941-1942)

Para trazar una panorámica del problema del tifus exantemático en Jerez de la Frontera, en los años señalados, hemos recurrido a diversas fuentes documentales, entre las que debemos destacar la monografía citada de Donato Fuejo; los trabajos del Director del Laboratorio Municipal de Higiene de Jerez en esos años, José Estrade Camúñez (1904-1973) (figura 3), sobre cuya figura estamos trabajando para una futura publicación, contando en la actualidad con la síntesis biográfica realizada por su hijo Manuel S. Estrade Pando (2017); también hemos utilizado el periódico jerezano “Ayer”, así como diversa documentación administrativa que se conserva en el Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, todo este material lo iremos citando a medida que avancemos en la narración de lo acontecido en esta localidad en lo referido al tifus exantemático.

Donato Fuejo en la tabla que presenta en su monografía, referida al año 1941, sobre el tifus exantemático, con información de 16 poblaciones de la provincia de Cádiz, apunta 609 casos y 86 defunciones. Matizando que

en Cádiz capital se produjeron 209 casos y 29 defunciones, y en Jerez de la Frontera 194 casos y 24 defunciones (tabla 5). En cambio, Estrade Camúñez señala en su Memoria referida a Jerez, correspondiente al año 1941, 162 casos de tifus exantemático.

Y en 1942, Donato Fuejo, con información de 15 poblaciones de la provincia, señala la cifra de 1.319 casos y 152 defunciones, apuntando para Cádiz capital 147 casos y 18 defunciones; para Jerez de la Frontera, 25 casos y 2 defunciones (tabla 6), sobresaliendo en 1942 los casos y defunciones en las localidades de la provincia gaditana de San Fernando, Puerto Real y Barbate (Fuejo, [1943]). Se debe apuntar que Estrade Camúñez, en su Memoria correspondiente al año 1942, apunta 19 casos de tifus exantemático en Jerez de la Frontera, frente a los 25 casos que hemos señalado que apuntó Fuejo. Sobre Cádiz capital véase el estudio de Herrera-Rodríguez (1997). Sobre esta cuestión insistiremos en el “Epílogo” de este artículo, con algunas reflexiones sobre la información de diversas fuentes documentales, los datos ofrecidos por los libros de movimiento natural de la población referidos a la provincia de Cádiz en 1941 y 1942 y las tasas de mortalidad específica.

José Estrade Camúñez, director del Laboratorio Municipal de Higiene de Jerez de la Frontera (figura 3), como hemos citado anteriormente, realizaba una Memoria anual con las actividades del laboratorio, en los

que solía incluir datos de morbilidad y de mortalidad de la localidad jerezana (Cf. las citadas Memorias en el capítulo de Fuentes y véase al respecto la tabla 2 que presentamos en este artículo que incluye tasas de mortalidad general de Jerez del periodo de la guerra civil y de los años 40). Normalmente estas Memorias las editaba el Ayuntamiento, pero algunas de ellas como la referida a las actividades del Laboratorio Municipal de Higiene realizadas durante el año 1959 no nos consta que fuera publicada, pero sí existe un ejemplar mecanografiado en el que comprobamos que fue redactada por José Estrade. Estas Memorias se encuentran en el Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, gracias a la donación que a esta institución realizó su hijo, Manuel S. Estrade Pando.

En la Memoria de las actividades del citado Laboratorio, realizadas durante el año 1959, José Estrade Camúñez, expone un informe sobre las enfermedades que han afectado o afectan a Jerez, incluyendo algunas páginas sobre la epidemia de tifus exantemático en la localidad en los años 1941 y 1942 (Estrade [1959]). Estrade afirma que *“nunca se había registrado en esta población ningún caso de tifus exantemático”*, afirmación que no fundamenta con datos precisos. Sí nos parece de gran interés para entender cómo evolucionó la epidemia en Jerez los datos más precisos que ofrece; por ejemplo, que de la epidemia se hizo cargo el Jefe de los Servicios Sanitarios de Jerez, Salvador

Dastis, con la cooperación del propio Estrade y del Laboratorio que dirigía, “con los servicios de la Dirección, la Jefatura de Epidemiología y los empleados de desinfección” (Estrade [1959]). Obviamente tendrían muy en cuenta las directrices de la Jefatura Provincial de Sanidad, que desde febrero de 1942 tenía como responsable, como hemos indicado, a Donato Fuejo García.

Figura 3: José Estrade Camúñez (1904-1973)



Fuente: Estrade Pando (2017)

José Estrade apunta que fue a finales del mes de mayo de 1941 cuando surgió el brote epidémico, hecho en el que coincide con lo que apunta el Jefe Provincial de Sanidad. Fuejo señala 53 casos y 3 defunciones en el mes de mayo (tabla 5). Estrade sostiene que “por las investigaciones epidemiológicas que se hicieron se descubrió que habían sido importados

de Sevilla y de Algeciras”, aunque apunta que este brote fue de 43 casos, teniendo “graves caracteres por la masividad y extensión que adquirió desde los primeros momentos” (Estrade [1959]). De hecho, como hemos apuntado, y puede verse en las tablas 5 y 6, en 1941 se contabilizaron 194 casos y 24 defunciones, y en 1942, 25 casos y 2 defunciones. Una matización más sobre los primeros casos en la provincia de Cádiz; al parecer, según apunta Donato Fuejo [1943], los primeros casos aparecen declarados en abril de 1941 en Algeciras, y como ya hemos visto en mayo ya se declararon casos en Jerez de la Frontera, Cádiz, San Roque, Puerto Real y la Línea de la Concepción (Fuejo, [1943]). Aunque, como hemos apuntado, en Cádiz capital hemos localizado 1 defunción ocasionada por el tifus exantemático en febrero de 1941 (Herrera-Rodríguez, 1997).

El 21 de mayo de 1941, se lleva a cabo una denuncia a la Alcaldía de Jerez de la Frontera, en la que consta que en la calle Alcaidesa nº 11 se encuentra una enferma en cama, con fiebre y cubierta de piojos, que se niega a recibir asistencia médica. Hemos encontrado documentación del servicio de ambulancias, fechada el 31 de mayo de 1941, en la que se da cuenta del traslado de 131 indigentes y de 66 enfermos contagiosos de tifus. Hay que

Cultura de los Cuidados

tener en cuenta también que en el mes de abril el Gobernador Civil de la provincia, Manuel Mora-Figueroa, y el Alcalde de Jerez, José de Mora-Figueroa, firman un Bando en el que se prohíbe la limosna en vía pública, señalando que toda persona que ejerza la mendicidad será detenida (Protocolo Municipal 718-1941, AMJF).

Hemos querido profundizar en lo referido a las defunciones producidas en Jerez por el tifus exantemático, que según los datos que hemos apuntado sumarían un total de 26, concretamente 24 en 1941 y 2 en 1942, para ello hemos recurrido a los libros de Cementerio, más concretamente a los libros de justificantes de enterramientos de esos años que se encuentran depositados en el Archivo Municipal de Jerez de la Frontera (Cf. Cementerio. Justificantes de enterramiento: del 448 al 455 y 458-459; Libro Cementerio 138).

Del total de los 26 fallecimientos por esta enfermedad en Jerez de la Frontera, que se ha apuntado con anterioridad para los años 1941 y 1942, hemos encontrado noticias específicas en la citada documentación de 23; de los cuales, 14 hombres y 9 mujeres. Diez estaban casados, 4 solteras, 3 viudas, 2 religiosas y en 4 casos no consta este dato. En estas fuentes documentales hemos comprobado que los diagnósticos en los que consta el

tifus exantemático como causa de muerte aparece con diferentes denominaciones: “tifus exantemático” (6), “sospechoso de tifus exantemático” (2), “tifus exantemático epidémico” (11), “Toxemia. Tifus exantemático epidémico” (1), “Toxemia. Tifus exantemático” (1), “Miocarditis. Tifus exantemático” (1), “Miocarditis. Tifus” (1). Debemos señalar que 1 defunción consignada como “Coma infeccioso” no la hemos incluido, correspondiente a una mujer casada, aunque probablemente también estuviera causada por el tifus exantemático, ya que falleció en el Lazareto de la Atalaya, sobre el que más adelante haremos algunos comentarios. Los médicos que firmaron los partes de defunción son los siguientes: Luis Soler Jiménez (16 partes firmados), Valentín Gavala Calderón (4 partes), Elías Durán Moya (1 parte), Juan Carlos Durán Brave (1 parte), José Matos Soto (1 parte).

En cuanto a las edades de estas 23 personas, relacionadas con el tifus exantemático en Jerez de la Frontera, observamos que 6 estaban comprendidas entre los 31 y 40 años de edad, 6 entre los 41 y 50 años, 3 entre los 56 y 65 años, 5 entre los 66 y 75 años, y en 3 casos no consta la edad.

En cuanto a profesiones y ocupaciones: en 4 casos consta “sus

labores o su casa”, en 2 “empleados”, en 3 “del campo”, en 1 “chapista”, en 1 “Portero Mayor del Ayuntamiento”, en 2 “Religiosas”, en 1 “topiquera”, en 1 “albañil”, en 1 “pescadero” y en 7 “no consta” la profesión u ocupación. Donato Fuejo [1943] apunta en su informe sobre la epidemia que en Jerez de la Frontera fallecieron 4 personas “de las clases sanitarias”, tributo pagado a la lucha contra el tifus exantemático, cuyos fallecimientos quedaron registrados en los libros de registro del Cementerio (Libro Cementerio 138). Consignamos sus nombres y ocupaciones:

- Sor Isabel Lluch Pastor (Hermana de San Vicente de Paúl).
- Sor María Ferrer Carrera (Hermana de San Vicente de Paul).
- Don José Miguel Ruiz Neupaver (Practicante).
- Doña Dolores Crespo Luque (Topiquera).

Sobre el lazareto de la Atalaya consignamos que en el mismo fallecieron 17 de las 23 personas estudiadas; 2 murieron en el Hospital de la Casa Cuna, 1 en un domicilio de la calle Dr. Ruiz de la Rabia, 1 en el Hospital y en 2 casos se apunta el fallecimiento en la “calle del Hospital”.

Este apunte merece que dediquemos atención a los lugares en que se prestó asistencia en Jerez en la lucha contra el tifus exantemático. Sabemos por Estrade Camúñez que se crearon dos centros de aislamiento la ciudad: uno en la finca La Atalaya y el otro en la antigua Casa Cuna para los presos de la prisión Central, también se organizó “*un campo para concentración de mendigos en el Balneario de San Telmo, investigación de casos sospechosos y diagnóstico bacteriológico de los enfermos y por último hospitalización forzosa de los que no reunían [en] sus domicilios las condiciones higiénicas*” (Estrade [1959]).

Hemos encontrado un expediente que data de 1942 y lleva por título “*Construcción de unos barracones de aislamiento de mendigos*” (Cf. Legajo 1.174, Expediente 24.845, AMJF). Comprobamos que en enero de 1942 se plantea la necesidad de construir tres barracones de madera en el Balneario de San Telmo, “*con destino al aislamiento y recogida de mendigos de Esta ciudad, por carecerse de local adecuado a dicho objeto, interesaron del Sr. Arquitecto Municipal la confección del oportuno proyecto facultativo y presupuesto ascendente a pesetas 67.500*”. Cada uno de estos barracones tendría el coste de 22.500

Cultura de los Cuidados

pesetas. Todo esto se plantea “en previsión de que se reproduzca la pasada Epidemia de tifus Exantemático”. A finales de mayo de 1942 la Jefatura Provincial de Sanidad comunica al Alcalde de Jerez que la propuesta ha sido informada favorablemente, pero “por un importe de 27.424,43 pesetas”. En septiembre de 1942 se comunica a la Jefatura Provincial de Sanidad la cuenta de 27.397 pesetas, “importe de la construcción por Administración de un barracón de aislamiento de mendigos, en esta Ciudad, en el sitio denominado Balneario de San Telmo”.

Sobre la Prisión del Partido señala lo siguiente (Estrade [1959]):

“...la carencia de condiciones higiénicas de la misma y la ausencia absoluta de instalaciones sanitarias e higiénicas en el citado edificio, hizo necesaria la adopción de medidas excepcionales, para terminar con aquel brote epidémico; montaje de un sistema de duchas y de baños, algo primitivos, pero de indudable buen resultado; construcción de cámara de gases, para desinsectaciones urgentes; despiojamiento total y absoluto de toda la población penal y traslado de la misma a un local previamente habilitado para Prisión por V.E., dotando a los presos de ropa nueva, mientras en nuestros servicios se

desinsectaban las de uso diario de todo el personal; las que recibían de sus familiares y las que salían de dicho establecimiento penitenciario, con destino a los distintos puntos de España, en donde residían los familiares de los reclusos. Los reclusos afectados de tifus pasaban al edificio de la Casa Cuna, en donde se les habilitó un Hospital de Infeccioso y en donde también se les montó cámara de gases y demás servicios de carácter urgente (...). Quedando resuelta la epidemia sin que se haya dado caso alguno hasta el día de hoy”.

Sobre esta última afirmación, recuérdese que la Memoria de José Estrade Camúñez que nos surte de la información que transcribimos corresponde al año 1959, en la cual ofrece una recapitulación sobre la epidemia de tifus exantemático en Jerez en 1941 y 1942. A todo esto debe añadirse que con fecha 22 de agosto de 1941 desde el Distrito Sanitario de Jerez se le comunicó al Alcalde los problemas que en el mes de mayo existieron en la Prisión del Partido, como consecuencia de una petición de informe del Juzgado. Dice así (Protocolo Municipal 730, AMJF):

“En contestación a su atento oficio del 12 del corriente, tengo el honor de manifestar a V.S. que el 24 de Mayo ppdo. Al tener conocimiento de existir

en la Prisión del Partido de ésta Ciudad unos casos sospechosos de tifus exantemáticos, y giré a dicho Establecimiento una detenida visita de Inspección, para la que se me dio toda clase de facilidades por el personal del mismo. En dicha me acompañó el Médico Forense D. Sebastián Guerrero. La impresión que me causó esta visita fue penosa al comprobar la existencia de varios reclusos atacados de tifus, y comprender que dadas las pésimas condiciones del local y el hacinamiento en que convivían los reclusos era humanamente imposible impedir el contagio a los demás y por ello propuse a la Alcaldía gestionara la evacuación completa del edificio aparte de otras medidas de carácter sanitario elementales en todo Establecimiento en el que conviven numerosas personas y que observé no se cumplían, referentes a la limpieza del local, separación y aislamiento de enfermos contagiosos, prohibición de entrada y salida de ropas, cestos y útiles de trabajo y labores confeccionadas incluso por atacados de sarna. Según me informó el Forense Sr. Guerrero él se había quejado varias veces al Director: de éstas deficiencias, y por escrito el 7 de Abril había solicitado la adopción de diferentes medidas de limpieza y desinfección del local y personas pero éstas no se habían realizado. Desde el 24 de Mayo

el Sr. Guerrero diariamente comunicaba a ésta inspección cuantos casos nuevos de tifus se presentaron hasta el número de 88, y cooperó en las medidas adoptadas para el trabajo de reclusos a la Plaza de Toros, con lo que se extirpó la epidemia, apreciando divergencias entre él y el personal de la Prisión con el consiguiente retardo y eficacia de las medidas sanitarias propuestas...”.

En cuanto a la utilización del Hospital de Aislamiento “Atalaya”, hemos localizado un documento emitido por el contable del Hospital Municipal de Santa Isabel de Jerez de la Frontera, dirigido al Alcalde de Jerez, con fecha 2 de octubre de 1942, en el que se expone que “con fecha de hoy se ha reintegrado a su cargo del enfermero de este Hospital Municipal de Sta. Isabel Don José Mella Cachedo, por haber sido cerrado el Hospital de Aislamiento “Atalaya” (...). Al mismo tiempo ruego a V.S. me ordene lo que proceda hacer con el enfermero Don Manuel Paz Puente que desde el día 2 del próximo pasado mes de agosto venía sustituyendo al antes mencionado don José Mella Cacheda” (Protocolo Municipal 730, AMJF).

Como hemos indicado, de las 26 defunciones que señala Donato Fuejo que se produjeron en Jerez de la

Cultura de los Cuidados

Frontera hemos conseguido información, en los libros de Cementerio, citados en el apartado de Fuentes documentales de este artículo, sobre 23. De estos podemos señalar que en mayo de 1941 fallecieron 3 personas; en junio, 11; en julio, 6; en agosto, 2; y, en mayo, de 1942, 1 fallecido.

Conviene que exploremos ahora las medidas sanitarias que se llevaron a cabo en Jerez de la Frontera en la lucha contra esta epidemia. José Estrade Camúñez firmó un Bando, con la autorización del alcalde José de Mora-Figueroa, en el mes de junio de 1941, que consta de una introducción, un apartado de cómo se propaga la enfermedad y otro dedicado a los “medios para prevenirse del contagio”. Estrade define el tifus exantemático como una enfermedad infecciosa y contagiosa, febril y aguda de carácter grave, cuyo agente causal, es el microorganismo denominado “*Rickettsia prowazeki*”, reconociéndose como único agente transmisor, o de propagación, el piojo común, parásito de la especie humana, que cuando está infectado contiene el germen en el interior de su tubo digestivo. Sobre este parásito se extiende Estrade en este Bando, con el que pretende hacer divulgación de conocimientos sanitarios y de higiene.

Dice así (Estrade Camúñez, Bando, 1941):

“El tifus exantemático lo contrae la especie humana por contagio estando perfectamente demostrado que el (...) medio de propagación es el piojo de cuerpo (pediculus vestimenti) aunque se dan casos de transmisión por los piojos de la cabeza (pediculus capitis) y nunca por los demás insectos parásitos.

El contagio del hombre enfermo al sano, solo es posible por la intervención de los piojos, por lo que puede decirse que el enfermo despiojado deja de ser peligroso para los demás en tanto se mantengan en estado de limpieza parasitaria, precisando su aislamiento en evitación de ser parasitado nuevamente.

El pediculus capitis vive exclusivamente sobre el cuero cabelludo y muy rara vez en las axilas y pubis; es de color gris con los segmentos abdominales negros en sus extremos. Deposita los huevos (liendres) y los fija sobre la base de los cabellos adheridos a una vaina de quitina, materia que también envuelve y protege a la larva. El animal sale del huevo levantando un opérculo o tapaderita que cierra su zona más abultada. El pediculus vestimenti es algo mayor que la anterior especie y de color blanco sucio. Las hembras ponen sus huevos sobre las fibras de los

vestidos entre los pliegues y costuras de los mismos. Estos piojos no suelen encontrarse sobre la piel más que cuando van a chupar la sangre, siendo muy voraces hasta el punto de realizar dos o tres succiones diarias de unos diez minutos de duración. Se reproducen en mayor abundancia que los de cabeza, siendo tan prolíficos que una sola hembra puede producir en condiciones óptimas 1.500 descendientes en seis semanas.

Si un piojo sano pica y succiona sangre de un enfermo febril de tifus exantemático, se hace contagioso en plazo que oscila entre los 4 y 7 días desde la picadura, y sigue contagiando durante mucho tiempo y a veces toda su vida a cuantos individuos produce su picadura, porque el piojo ha contraído una enfermedad bastante duradera de la que casi nunca muere.

Los huevos de los piojos, conocidos con el nombre de liendres, cuando proceden de hembras también adquieren la infección y la conservan al nacer convirtiéndose en nuevos transmisores de la enfermedad.

El contagio se establece al chupar los piojos infectados la sangre de las personas parasitadas, operación en que como dijimos invierte a veces hasta diez minutos; tiempo sobrada para que el insecto vomite el contenido de su estómago y produzca deyecciones, y

como estos productos están muy contaminados y el prurito que produce la picadura es muy intenso obliga al individuo atacado a rascarse con fruición aplastando el parásito y produciéndose erosiones por las que también se establece con la frotación otra puerta de entrada de los gérmenes responsables de esta enfermedad”.

En cuanto a las medidas preventivas para evitar el contagio, José Estrade Camúñez dedica un apartado extenso en el Bando, que por su claridad también preferimos transcribir:

“Las medidas generales para evitar las enfermedades infecto-contagiosas son la Vacunación Profilaxis y Desinfección.

En el caso particular del tifus exantemático sólo disponemos actualmente de medidas profilácticas, pues la vacunación preventiva es hoy tema de estudio en los Centros de investigación, y en tanto no ofrezcan las seguridades y garantía deseadas no puede hacerse su recomendación. Se ignoran los resultados obtenidos con anterioridad en otros países en sus tentativas de aplicación de vacunas preventivas en las epidemias del año 1920.

En cuanto a la desinfección propiamente dicha, podemos afirmar que se hace innecesaria porque el germen de la infección no pulula en el

Cultura de los Cuidados

ambiente, sino en el estómago e intestinos de los piojos infectados.

Por cuanto es la profilaxis la única medida sanitaria que podemos aplicar, a ésta deberemos dirigir todos nuestros esfuerzos. Esta medida sanitaria que podemos aplicar, a ésta deberemos dirigir todos nuestros esfuerzos. Esta medida sanitaria se condensa en la frase del profesor Salvat “Guerra al piojo”.

El empleo de sustancias como la naftalina, alcanfor y otras que introducidas en bolsitas y colgadas a modo de escapularios llevan algunas personas, son de una eficacia muy dudosa como medio de alejar y evitar la invasión de los piojos. Es preferible y más seguro no confiar demasiado en estos medios abandonando lo verdaderamente eficaz, o sea, un aseo personal llevado hasta la exageración durante el tiempo de epidemia, reconociendo frecuentemente los vestidos y duchándose diariamente con jabonadura previa, pues bien sabido es, que el piojo tiene especial predilección por las gentes sucias.

La práctica de despiojamiento de las personas parasitadas es lo que puede terminar con una epidemia de esta clase. El despiojamiento se practica desnudando al sujeto parasitado y aplicándole sobre el vientre y riñones dos grandes compresas mojadas en

bencina o petróleo y envolviéndole con una sábana para evitar la diseminación de los parásitos que quedan así adormecidos. A continuación se pela la cabeza a rape y se le afeitan las barbas, después un gran enjabonamiento y baño o ducha prolongada. Si el parasitismo es muy abundante conviene hacer desaparecer el vello de las axilas y todas las regiones pilosas del cuerpo con una pasta depilatoria aplicándose después una pomada de mercurio de calomelanos con xilol.

El despiojamiento aplicable a las mujeres cuando se quiere que conserven los cabellos, no se consigue totalmente sino en varias sesiones con aplicaciones de xilol o bencina en una compresa que envuelva los cabellos sujetando el todo con un gorro bien apretado durante una hora y peinando a continuación con un peine lendrero. Da también buen resultado el vinagre fuerte bien caliente y el aceite alcanforado al 10 por 100 empleados en la misma forma.

El despiojamiento de las prendas de vestir debe practicarse tan pronto se despojan de ella los sujetos parasitados, sometiendo la ropa blanca a la ebullición por 15 minutos en agua adicionada de una pequeña cantidad de sosa. Los vestidos de lana, trajes y prendas que no se pueden hervir, se desinsectarán en una estufa de vapor a presión o también, en una cámara o

habitación herméticamente cerrada saturada de vapores sulfurosos. También se emplean con el mismo fin cámaras de aire calentado a unos 80 grados, suficiente para destruir los piojos y las liendres. Un procedimiento casero de despiojar estas prendas delicadas, es colocarlas bien estibadas sobre tenderos dentro de una habitación que cierre bien, donde se quemará azufre mezclado con alcohol y colocando la vasija de hierro u hojalata en que se practique la operación en el centro de la estancia, con las máximas precauciones para evitar un incendio. El azufre se emplea en proporción de 50 gramos por metro cúbico, debiendo actuar por lo menos seis horas los vapores para asegurar la destrucción de los piojos, y repitiendo la operación a los ocho días para matar los nuevos parásitos que nacieron de las liendres por haber éstas conservado su vitalidad en la primera operación.

Los procedimientos de despiojamiento por el empleo del gas cianhídrico son tan peligrosos que sólo están reservados a equipos sanitarios especializados con la autorización y control oficial. Estos y los que se basan en empleo del anhídrido sulfuroso son los que actualmente están más en boga para la desinsectación de locales parasitados, hospitales, lazaretos, y estancias que hayan alojado a los piojosos”.

También en la prensa jerezana se dieron normas sobre el aseo personal, “hasta la exageración”, como profilaxis eficaz del tifus exantemático, resumiendo el escrito de Estrade Camúñez que hemos referenciado. En este mismo periódico se anuncia “Antiparásitos Lukol”, de venta en farmacia y droguerías, para eliminar los parásitos de la piel y del cuero cabelludo. Así como el “Desinfectante Luda”, contra los parásitos y pulverización de locales como escuelas, hospitales, teatros, hoteles, habitaciones de enfermos, ropas, etc. (“Ayer”, 6-VI-1941).

La prensa también publicó unas instrucciones de la Alcaldía para evitar la propagación de las enfermedades epidémicas, instando a los médicos de la Beneficencia Domiciliaria a que comuniquen los casos a la Inspección Municipal de Sanidad; a los directores de las escuelas se pide que comuniquen a la Inspección la relación de los niños que no vayan a la escuela con las debidas condiciones de limpieza e higiene, así como el domicilio de los padres, también se dan instrucciones a los gerentes de empresas de transportes de viajeros, a los empresarios de espectáculos públicos y a los dueños de barberías y peluquerías. Se recuerda también que se ha habilitado un local en la Ronda de Muleros para la práctica de la desinfección y saneamiento de las

Cultura de los Cuidados

personas desaseadas (*"Ayer"*, 21-V-1941). Se insiste en que la principal causa de la enfermedad es la suciedad de las personas, habitaciones y posadas (*"Ayer"*, 8-IV-1941).

También la prensa alertó de la existencia de 24 casos de tifus exantemático en New York (*"Ayer"*, 3-V-1941). Igualmente se informa de que el Gobierno ha destinado 3 millones de pesetas a la lucha contra el tifus exantemático, según declaración del Director General de Sanidad. También se escribe en la prensa jerezana las palabras del Jefe Provincial de Sanidad de Madrid, Dr. Quintana, que relacionó el origen de la epidemia con los días previos a la liberación de Madrid. Leamos: *"Dijo que el primer caso se dio unos días antes de la liberación de Madrid, como consecuencia de 32 meses de suciedad. La epidemia fue atajada y durante el año 1940 no hubo caso de tifus alguno, hasta que volvió a aparecer el 4 de enero de 1941"* (*"Ayer"*, 6-IV-1941).

El 5 de abril de 1941, El Gobernador Civil, remite una carta al Alcalde de Jerez, avisando del peligro que para la salud pública significa el trasiego *"de personas indígenas parasitadas"*, que constituyen un serio problema de albergue y alimentación, *"sírvasse adoptar medidas restrictivas para evitarlo denegando billetes de caridad salvo casos imprescindibles y*

persiguiendo la circulación de vagos, mendigos, gitanos, y otras gentes igualmente peligrosas en el aspecto higiénico. En dichas medidas deberá dar intervención a Jefatura Sanidad para evitar que los remitidos a lugares de su naturaliza puedan ser agentes transmisores de enfermedades...". Sabemos también que con fecha de 7 de abril de 1941 empezaron a prestar servicio en el Laboratorio Municipal, como topiqueros, para el Servicio de despiojamiento, José Sambruno Pérez y Emilia Ruiz Martín, con el sueldo de 8,50 pesetas diarias. Entre la documentación localizada se pueden comprobar partes de despiojamientos de personas en el Laboratorio Municipal de Higiene, correspondiente a los días 8, 9, 12, 14 y 15 (Protocolo Municipal 730, AMJF). De todas maneras, ya en enero de 1941 *"fue despiojada"* una mujer de domicilio desconocido, para tal fin se solicitó a la Superiora del Hospital Municipal el envío de una topiquera y un barbero, *"desinfectándose la ropa por ebullición, y habiendo sido conducida en la Ambulancia al Hospital Municipal hasta el día de hoy en que se ha remitido la ropa ya desinfectada y seca"*.

Con fecha 9 de enero, el Jefe de la Sección de Epidemiología del Laboratorio Municipal, comunicó que la estufa de desinfección estaba

averiada, habiéndose avisado reiteradamente al mecánico para que diese presupuesto y remitirlo al Ayuntamiento para su aprobación (Protocolo Municipal 730, AMJF). En el mes de junio se avisa a través de una Circular, aparecida en el Boletín Oficial de la Provincia de Cádiz, que se procederá por la Alcaldía a la recogida de mendigos para su clasificación y envío a los pueblos de su naturaleza, así como que se proceda a organizar un Centro de desinsectación e higienización de mendigos, *“donde serán pelados, despiojados y desinfectadas todas sus ropas, antes de ser enviados a su destino, y para su conducción a los puntos de residencia serán confiados a la Guardia Civil, a fin de que no puedan burlar las órdenes recibidas apeándose en estaciones de tránsito”*. Con fecha 4 de julio la Comandancia de la Guardia Municipal comunica al Alcalde que se han detenido e ingresado en el Destacamento del Balneario de San Telmo, indigentes procedentes de Ronda, Setenil, La Línea, El Bosque, Vigo, Sanlúcar de Barrameda, Arahal, Galera, Las Palmas, Sevilla, Palma del Río y Rota, con edades comprendidas entre los 17 y 66 años. Asimismo, existen documentos análogos, fechados el 6 de agosto, 7 de octubre y 7 de noviembre. A finales de diciembre de 1941, el Laboratorio Municipal solicita

con carácter de urgencia formol, motivo por el que se hace necesario suspender el servicio de desinfección que diariamente se realiza por defunciones y pisos vacíos (Protocolo Municipal 730, AMJF).

El Jefe Provincial de Sanidad de Cádiz, Donato Fuejo, en el *Boletín Oficial de la Provincia de Cádiz*, dictó normas para las empresas (Fuejo, 1942). El propio Donato Fuejo envió al Inspector Secretario de la Junta Municipal de Sanidad de Jerez de la Frontera, una carta con fecha 11 de febrero de 1942, adjuntando carteles y circulares para su difusión y reparto con la finalidad de que sean conocidas por la población para defensa y limitación de la epidemia. Los carteles, indica Fuejo, deben ser expuestos en mercados, lavaderos, plazas, salas de espectáculos, casinos, bares, cafés, tabernas, etc. Y envía varias circulares, una destinada a los Maestros de Escuelas Nacionales y privadas, otra para las empresas privadas donde haya un contingente superior a 10 individuos, otra para las empresas de pompas fúnebres, otra para las salas de recreo y espectáculos diversos (bailes, cines, teatros, etc.), y otra para oficinas, juzgados y centros que no constituyan viviendas. Se hace mucho hincapié en la desinsectación, sirva como ejemplo la *“Orden Circular comprendiendo prescripciones para la lucha contra el*

Cultura de los Cuidados

tifus exantemático en las grandes empresas privadas”, de febrero de 1942. En la que se insiste en que la protección del personal se consigue por medio del despiojamiento, que debe afectar, por una parte, a las personas, y por otra, a las ropas de las mismas; la desparasitación de las primeras se logra mediante un baño jabonoso y las de las ropas por medio de cualquier sistema desinsectante, “entre los cuales hay que dar decidida preferencia a las cámaras de calor seco”. Entre otras recomendaciones se apunta que es necesario que las empresas extiendan su radio de protección, “no sólo a todos sus empleados y obreros, sino también al círculo familiar de los mismos”. En esta Circular se dan instrucciones para que todos los empleados y obreros, para poder trabajar, necesitan un certificado de limpieza familiar, expedido por el por el servicio médico de la empresa, con la inspección de esta Jefatura de Sanidad. En un plazo de 20 días las empresas quedan obligadas a montar y poner en funcionamiento las instalaciones sanitarias para asegurar el despiojamiento regular y periódico del personal y de las familias del mismo. Para la desinsectación de las personas se instalará el número necesario de duchas, con agua caliente y fría, y un pequeño servicio provisional de peluquería para pelar a aquellas que sean portadoras de parásitos de cabeza. Y para la desinsectación de las ropas se

montará una o más estufas o cámaras de calor seco (veinte minutos a 80°), cuya capacidad asegure un rendimiento suficiente para los vestidos de todo el personal duchado.

Vista la Circular, algunas empresas se dirigieron al Ayuntamiento de Jerez indicándole el deseo “...de que puesto que la Corporación Municipal habrá también esa estación de desinsectación, fuera ampliado el proyecto para que resultase capaz a la utilización por todos, si bien como es lógico ello traería aparejado el que tales empresas contribuirían al gasto total”. Visto lo cual el Ayuntamiento plantea lo siguiente:

“En su consecuencia y de conformidad con las conversaciones tenidas entre esta Alcaldía y vuestro Delegado Presidente, D. Enrique Fernández de Bobadilla, tengo el gusto de exponerle las condiciones de utilización por los afiliados de esa Sección Sindical de la Oficina de Desinsectación a construir por este Excmo. Ayuntamiento con la colaboración a donativos para ello, de otras entidades. Mediante la aportación por parte de esa Sección Sindical de 550.000 ptas. En tres plazos de 30,60 y 90 días respectivamente a ingresar por terceras partes a disposición de esta Alcaldía, en la Sucursal en esta plaza de Banco de España, c/c. abierta a nombre

'Estación Sanitaria' y quedando dicha Oficina o Estación siempre de propiedad del Excmo. Ayuntamiento, tendrá derecho cada una de las afiliadas a esa repetida Sección Sindical, al despiojamiento gratuito de los obreros y empleados o dependientes...".

En agosto de 1942 el Jefe Provincial de Sanidad, Donato Fuejo, comunica al Alcalde de Jerez que se ha conseguido de la Dirección General de Sanidad una subvención de 81.373,15 pesetas. Sobre los pormenores de este convenio, entre las grandes empresas y el Ayuntamiento, para instalar el Centro de Desinsectación, se requiere que en el futuro se localice nueva documentación sobre el particular. Este es un aspecto en el que se entrecruza la salud pública y la economía empresarial sobre el que creemos se debe profundizar. Podemos apuntar sobre el tema que el Alcalde de Jerez, con fecha de 6 de julio de 1942, dirigió una carta a las Empresas de esta ciudad. Dice así:

"Que los patronos que pertenezcan al Sindicato de Exportadores, no tienen que hacer declaración para sus obreros y empleados de bodegas ya que el Sindicato concierta con el Ayuntamiento este servicio y el pago será diferente para los que no entren este concierto. Los demás productores presentarán la relación nominal de los obreros y dependencias en el

Negociado de Beneficencia y Sanidad" (Legajo 1.169, Expediente 24769, AMJF).

Durante el año 1942 se recibieron 461.680,52 pesetas para la lucha contra el tifus exantemático en la provincia de Cádiz, que fueron distribuidas en jornales, remuneraciones, estancias hospitalarias, diversos materiales e instalaciones. De esta cantidad, se invirtió un total de 190.676,52 pesetas en Cádiz capital y 111.809,95 en Jerez de la Frontera, el resto de la inversión se hizo en las localidades de San Fernando, Puerto Real, El Puerto de Santa María y Chiclana (Fuejo, [1943]).

En 1942 la prensa jerezana siguió dando noticias sobre el aseo y la higiene, por ejemplo, incluso demandando medidas punitivas para las persona sucias ("*Ayer*", 17-1-1942). Leamos:

"El agua no cuesta dinero. El sucio que la rechaza, debe también por sus conciudadanos ser repudiado, debiendo ser denunciado a la autoridad, para que lo detenga y le imponga el castigo. No debemos consentir de ningún modo ese espectáculo (...), de chiquillos y mayores, que, con costras en manos y pies y, a veces, en la cara, van por donde van, paseando un constante foco de infección..."

Cultura de los Cuidados

También se hacen anuncios en la prensa de que la mendicidad callejera va a desaparecer radicalmente, *“ha sido afrontado el problema y los niños que pululan por la vía pública serán recogidos y atendidos”*, para lo cual el alcalde convoca una reunión para organizar la “Junta Local Benéfica”, abriendo suscripciones voluntarias y anunciando que inmediatamente se recogerán a los niños vagabundos para que ingresen en instituciones para ser educados, vestidos y alimentados (*“Ayer”*, 20-I-1942). Entre las medidas se aprobó un dictamen de la Comisión de Beneficencia, sobre la construcción de tres barracones en las proximidades del Balneario de San Telmo, para acoger a los mendigos que se retiren de la población. Se aprobó el proyecto del Arquitecto Municipal y se acuerda solicitar subvención al Ministerio de la Gobernación (*“Ayer”*, 22-I-1942). Ya hemos comentado anteriormente, al exponer los centros que se organizaron para plantear la lucha contra el tifus exantemático en Jerez, que finalmente no se construyeron tres barracones, consiguiéndose presupuesto para construir uno.

El Jefe Provincial de Sanidad, en febrero de 1942, publica en la prensa jerezana órdenes y circulares, en lo referido a las empresas privadas, concretamente sobre los certificados de limpieza de los empleados y sus

familias, y la inspección y comprobación de los servicios, aspectos sobre los que ya hemos insistido (*“Ayer”*, 6-III-1942). Igualmente en lo que se refiere a instrucciones a los empleados de pompas fúnebres y empresas que se ocupen en el manejo y transporte de cadáveres, también en lo referido a la desinfección de teatros y salas de espectáculos, de oficinas, juzgados y comisarías (*“Ayer”*, 7,8 y 11-III-1942).

El 12 de marzo se publica una Orden Circular, dirigida a los médicos, para la lucha contra el tifus exantemático, entre las que destacan que los enfermos y familiares se hallen libres de piojos, extender cuando lo crean conveniente un vale para jabón que los interesados presentarán en la Oficina de Sanidad para su refrendo, proporcionándosele previo su pago o gratuitamente, según la posición económica de la familia. Se recomienda que el servicio de enfermeras se encargue de comprobar si el producto se emplea en las prácticas de la limpieza de la familia. Se insiste en que los casos “sospechosos” o confirmados de tifus exantemático, deben ser notificados a la Oficina de Sanidad, por teléfono o en forma de parte. En cuanto al aislamiento se recomienda en enfermos o familias parasitadas, enfermos en extrema miseria total, enfermos que voluntariamente lo piden y enfermos

mal asistidos. Asimismo se ofrecen instrucciones sobre las fichas epidemiológicas, en las que debe constar el aspecto del paciente, el contacto intrafamiliar, y en cuanto a la pediculosis, si está limpio, si tiene liendres o pocos piojos adultos (*"Ayer"*, 12-III-1942).

El 18 de marzo, el alcalde de Jerez, Eduardo Delage, publica en la prensa instrucciones sanitarias sobre la vigilancia de todos los viajeros procedentes de Madrid, Málaga, San Fernando y Puerto Real. Este servicio de vigilancia se establece en la Oficina Municipal de Sanidad, en la planta baja de las Casas Consistoriales, en horario de 10 a 13 y de 16 a 17,30. Por este motivo los dueños o gerentes de hoteles, pensiones, fondas, casas de huéspedes, posadas, paraderos y casas de dormir tienen la obligación inexcusable de comunicar a los viajeros que lleguen de esas poblaciones, u otras en la que exista dicha enfermedad, la obligación de presentarse en la Oficina Municipal de Sanidad (*"Ayer"*, 18-III-1942).

Una de las preocupaciones del Jefe Provincial de Sanidad, Donato Fuejo, expuesta en su Informe sobre la epidemia de tifus exantemático en la provincia de Cádiz fue, como hemos indicado, el despiojamiento en el foco y en la vecindad, por eso insistió mucho en las visitas domiciliarias sistemáticas,

para la desparasitación de personas y ropas de las familias *"recalcitrantemente sucias"*. Por este motivo se procuró *"el funcionamiento de equipos de muchachas que se dedican a realizar este trabajo sistemático de visita a las viviendas"*. Según Fuejo estas visitas a las viviendas fueron ampliadas, incluyéndolo entre los trabajos rutinarios de las *"visitadoras"* (Fuejo [1943]):

"...todo lo que se denomina campaña contra la mortalidad infantil y contra la tuberculosis, y así hemos realizado durante el verano, una formidable labor de vacunación antivariólica, antidiftérica y antitífica; hemos acercado al Dispensario a muchísimas madres y niños necesitados de conocer los servicios de higiene infantil y tuberculosis, hemos estimulado también el tratamiento de la sarna y otras enfermedades parasitarias del pelo y cuero cabelludo. Esta campaña de las visitadoras es la indicada para descubrir la existencia de Escuelas clandestinas llamadas "Migas", que son peligrosísimas, sanitariamente consideradas, ya que a ellas acuden en gran proporción todos aquellos niños excluidos de las escuelas oficiales por padecer enfermedades que motivan estas exclusiones, todas ellas en general contagiosas, y en estos locales se hacían numerosísimos

niños en aulas pequeñísimas, unos afectos de conjuntivitis, otros de parasitismo, otros de sarna, otros de eczemas, impétigos... ”.

En la campaña contra el tifus exantemático del año 1942, Donato Fuejo ofrece datos de diferentes localidades de la provincia como Barbate, Chiclana, San Fernando, El Puerto de Santa María, Cádiz y Jerez de la Frontera. Por ejemplo se hicieron visitas domiciliarias a “focos” y otras “sistemáticas”. En total, en lo que se refiere a Jerez de la Frontera se visitaron 7.571 familias, de las cuales estaban limpias 7.219 y 352 estaban parasitadas y se realizaron despiojamientos, en cuanto a duchas y desinsectaciones se apunta la cifra de 15.992. En lo referido a Cádiz capital fueron 6.158 familias visitadas, de las cuales 4.812 estaban limpias y 1.346 estaban parasitadas y fueron despiojadas, en cuanto a duchas y desinsectaciones se apuntan 29.164. En todas las localidades citadas se visitaron a 35.567 familias, de las cuales estaban parasitadas y fueron despiojadas 9.854, con un total de 88.697 duchas y desinsectaciones. Se debe apuntar que en estas 6 localidades citadas trabajaron en la lucha contra el tifus exantemático:

Enfermeras:	54;	Mozos:	10;
Facultativos-Médicos:			7;
Administrativos:	3;	Practicantes:	2;
Sacerdote:	1 (Fuejo [1943]).		

5.- Epílogo

En este apartado vamos a realizar varias recapitulaciones y reflexiones sobre las cifras de morbilidad y mortalidad de la epidemia, así como sobre la situación social en la ciudad de Jerez de la Frontera. Lo primero que queremos subrayar es que cuando se consultan diferentes fuentes documentales pueden aparecer diferentes cifras o bien de morbilidad o de mortalidad, con mayor o menor diferencia, esto puede suceder cuando consultamos los datos que ofrecen los libros del movimiento natural de la población de esos años, los libros de registro de defunciones del Cementerio, que se encuentran en el Archivo Municipal de Jerez, o las memorias de sanitarios como Donato Fuejo, José Estrade Camúñez o Salvador Dastis.

Algunos ejemplos prácticos de lo que decimos; en lo referido a la morbilidad de 1942 encontramos que Palanca anota, en lo que se refiere a la provincia de Cádiz, en el año 1942, la cifra de 1.252 enfermos de tifus exantemático, mientras que Donato Fuejo apunta 1.319. En lo referido a la mortalidad llama la atención que los libros del Movimiento Natural de la Población señalan 61 defunciones por tifus exantemático en la provincia de Cádiz en 1941 y en lo que respecta al

año 1942 se apunta 176 (Herrera Rodríguez, 1997). Esto contrasta con las cifras que apunta Donato Fuejo: 86 defunciones, en el año 1941, para un cómputo de 16 localidades de la provincia de Cádiz; y 152 defunciones, en el año 1942, cómputo de 15 localidades de la provincia de Cádiz. Cifras cuyas diferencias llaman la atención y nos hacen pensar que en algún caso no se computaran defunciones de otras localidades de la provincia de Cádiz, o bien en algún tipo de error de transcripción o de imprenta, o en alguna otra circunstancia que habría que descubrir.

Sucedo algo parecido, aunque son menores las diferencias, en lo referido al tifus exantemático en la ciudad de Jerez de la Frontera. Por ejemplo, Donato Fuejo señala 24 defunciones en 1941 y 2 defunciones en 1942, como ya hemos indicado; José Estrade apunta 26 y 1 defunciones, respectivamente, para los años señalados; y Salvador Dastis, en su Memoria correspondiente al año 1942 apunta 2 defunciones (Cf. Apéndices documentales 1, 2 y 3). Sobre este particular, en este artículo, hemos comentado ya nuestra indagación en los libros de Registro de Defunciones del Cementerio que se encuentran en el Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, apuntando cifras aproximadas.

A la hora de hallar las tasas, hemos tenido en cuenta que Estrade apunta un total de 2.303 defunciones en Jerez en 1941 y en 1942 un total de 1.486. Considerando la población existente en los respectivos años en la ciudad de Jerez en los referidos años (tabla 1), encontramos que la tasa de mortalidad general en el año 1941 es de 25,65 (por mil) y en 1942 es de 16,39 (por mil). Salvador Dastis en su Memoria correspondiente al año 1942, señala en cambio 1548 defunciones en Jerez y apunta 89.525 habitantes, siendo la tasa de mortalidad general en ese año, según estos datos, de 17,29 (por mil).

En lo referido a la tasa de mortalidad específica del tifus exantemático, en 1941, teniendo en cuenta las 26 defunciones que señala Estrade Camúñez, encontramos que es de 28,95 (por cien mil). Y esta misma tasa, considerando las 24 defunciones señaladas por Fuejo, es de 26,73 (por cien mil). En lo que se refiere al año 1942, Estrade señala 1 defunción, siendo la tasa de mortalidad específica de 1,1 (por cien mil). Mientras que en los casos de Fuejo y Dastis, que señalan 2 defunciones, la tasa resultante es de 2,2 (por cien mil).

Según apunta Estrade Camúñez, en su Memoria del Laboratorio del año 1959, quedó resuelta la epidemia en

Cultura de los Cuidados

1942, “sin que se hayan dado casos hasta el día de hoy”. Para concluir con este punto, debemos añadir que la “*Reseña Estadística de la provincia de Cádiz*”, publicada en 1957, ofrece la información de que en la provincia gaditana, entre 1941-1945, fallecieron 159 hombres por el tifus exantemático y 104 mujeres, sumando 263 defunciones por esta enfermedad. En el período de 1946 a 1950 este documento señala que sólo hubo una defunción en la provincia gaditana. La cuestión es la siguiente: Sabiendo los problemas existentes en la época para confeccionar las fichas epidemiológicas, y por tanto para computar los casos que realmente se produjeron, y los problemas existentes, por diversos motivos, para reflejar en los partes de defunción las causas que la motivaron, nos preguntamos, ¿no serían realmente algunos casos más y algunas defunciones más las provocadas por esta enfermedad en Jerez de la Frontera y en la provincia de Cádiz? De hecho, recientemente, en lo referido al tifus exantemático en la ciudad de Valencia, se ha apuntado la sospecha de una infradeclaración, tanto de enfermos como defunciones por esta enfermedad (García Ferrandis y Martínez Vidal, 2017). De hecho hemos comentado anteriormente la posibilidad de casos leves “indagnosticados”, según terminología de la época. No cabe duda,

que todos estos problemas están abierto a futuras investigaciones.

Si el tifus exantemático fue un problema en España y en Jerez de la Frontera, en 1941 y 1942, no lo fueron menos otras enfermedades, en cuanto a casos y a defunciones. Por ejemplo, Salvador Dastis señala que en Jerez nada menos que enfermaron 3.943 personas por paludismo y que por tuberculosis murieron 190 persona, por meningitis 51, por cáncer y otros tumores malignos 145, por fiebre tifoidea 23, por accidentes, suicidios y muertes violentas 46, etc. No agotamos el catálogo de casos y defunciones, sólo queremos señalar que otras enfermedades físicas, psíquicas y sociales estaban dañando sobremanera a la población jerezana (Cf. Apéndices documentales). Véanse los datos que sobre las defunciones por enfermedades infecciosas y por tuberculosis, entre los años 1937 y 1959, aportados por Estrade Camúñez (tabla 7). Sobre el problema de la tuberculosis en Jerez de la Frontera véanse también los comentarios de Mariscal Trujillo (2001). Sobre todas estas cuestiones insistiremos en futuros trabajos, teniendo en cuenta las Memorias del Laboratorio Municipal de Higiene de Jerez de la Frontera, redactadas por José Estrade Camúñez, que ofrecen información de morbilidad y mortalidad, un esfuerzo notable del médico gaditano, afincado en Jerez, que merece que abordemos de forma monográfica.

En este artículo a través de algunas tablas ofrecemos datos que creemos de interés para enmarcar la problemática socio-sanitaria de la ciudad.

Igualmente Estrade Camúñez ofrece datos de morbilidad sobre el paludismo entre 1943 y 1953 (tabla 8).

Y todo esto sin olvidarnos de enfermedades como la fiebre tifoidea, la meningitis, la difteria, etc. Por ejemplo, Estrade Camúñez, sobre la fiebre tifoidea apunta que se produjeron en 1941 y 1942, respectivamente, 240 y 132 casos. Y, evidentemente, no podemos olvidarnos de la mortalidad infantil (Bernabeu-Mestre et al, 2006); por ejemplo, Estrade Camúñez apunta para 1941 sobre los fallecidos menores de 1 año, por cada mil nacidos vivos, una media en el año de 211,76 y para 1942 de 123,23 (Cf. Apéndices documentales 1 y 2).

La prensa jerezana, en agosto de 1942, resaltó la labor de la Sección Femenina en la lucha contra la mortalidad infantil, señalando que por cada mil niños nacidos vivos en España, fallecen anualmente 120 menores de un año. Señala también que pocos países europeos lo rebasan, apunta como la cifra más baja la de Islandia con 28 por mil, siguiéndole los Países Bajos con 37, mientras que Suecia, Noruega y Suiza, oscilan entre 41 y 43; otros países como Dinamarca, Inglaterra, Francia, Irlanda, Bélgica y Australia, de 59 a 83 por mil. En este artículo llama la atención como se da la noticia de que la Sección Femenina y de Falange, realizan campañas de divulgación veraniega para combatir *“por medio de la propaganda y de las lecciones prácticas de las enfermeras divulgadoras la ignorancia de tantas madres españolas en cuanto a se refiere a la crianza y*

cuidado de los niños” (“Ayer”, 25-VIII-1942).

Como se puede apreciar estos párrafos reflejan lo que hace unos años expuso Bernabeu-Mestre (2002):

“...dos eran las causas que se consideraban como fundamentales para explicar las cifras que mostraba la mortalidad infantil española: la ignorancia y la miseria (...). La mortalidad infantil se consideraba, en gran medida, evitable y se culpabilizaba a las madres llegando, incluso, a responsabilizarlas de alcanzar el objetivo. Se planteaba la necesidad de llevar a cabo una extensa, intensa y bien dirigida campaña de ‘propaganda y divulgación sanitaria’ cumpliendo, así, los deseos del ‘Generalísimo’ de dar preferencia a los asuntos de maternología y puericultura”.

Bernabeu señala que en la línea del discurso culpabilizador de las madres, se destacaba fundamentalmente el abandono de la lactancia materna, la alimentación inadecuada, la presencia de vómitos y diarreas durante el período de lactancias debido a las prácticas antihigiénicas y al desconocimiento de las normas de la puericultura. En esta línea se pueden ver, entre otros, publicaciones de Juan Bosch Marín como *“La asistencia sanitaria a la madre y al niño”* (1942) y *“Trabajo, maternidad y lactancia”* (1943) (Bernabeu-Mestre, 2002).

El 1 de enero de 1942, la prensa jerezana, publicó un resumen del año anterior, señalando algunos problemas fundamentales en la vida

de los jerezanos, por ejemplo: el problema de abastecimiento (cartillas de racionamiento), sobre el que ya hemos hecho algunos comentarios; el problema de la vivienda; y la lucha contra “una epidemia terrible” y contra la mortandad (“Ayer”, 1-I-1942).

Sobre la epidemia hemos dedicado algunas páginas en este artículo, pero observamos que el tema de la vivienda en Jerez en los años 40 requiere de investigaciones específicas, como por ejemplo el seguimiento de la construcción de 881 viviendas protegidas en el Barrio de la Plata y en San José del Valle, en este sentido en el mes de mayo de 1942 la prensa jerezana apunta lo siguiente (“Ayer”, 17-V-1942):

“En Jerez, desde el primer Ayuntamiento que rigió los destinos de la ciudad en el Movimiento, todos han sentido la preocupación agobiante en este problema que en nuestra ciudad adquiere caracteres trágicos por la verdadera escasez de viviendas después del aumento notable de la población”.

Sobre el racionamiento hemos hecho algunos comentarios en los capítulos introductorios de este trabajo, pero en Jerez se observa que el hambre apretó a la población y que los mecanismos de la caridad se activaron a través de la “Junta Benéfica local”. Una Junta Benéfica creada por el alcalde con la “cooperación de relevantes personalidades”. Se alega que las limosnas que se entregan en la calle a los “pedigüeños profesionales”, fomentan la vagancia y prostituye las costumbres y destruyen el hábito del trabajo. Se alienta a que se invierta en el “sello benéfico” para mantener los ocho comedores públicos que sostiene la citada Junta (“Ayer”, 14-VIII-1942).

Después de estos últimos apuntes queremos recordar que Jiménez Lucena (1990), en su trabajo sobre el tifus en la Málaga de la posguerra, subrayó el hacinamiento y la infranutrición endémica en los medios populares como factores que deben tenerse en cuenta para entender el desarrollo del tifus exantemático. Si observamos la tabla 1 no se observa un incremento notable de la población en Jerez entre los años 1940 y 1942, pero esto no descarta el hacinamiento de personas en situaciones que podríamos calificar de infravivienda y como hemos podido ver los problemas de alimentación eran muy importantes. Tanto que, además de todo lo apuntado sobre la Junta Benéfica Local, se empiezan los trámites para establecer la “Cartilla Nacional-Sindicalista”, a partir del 16 de mayo de 1942, para los “productores en paro forzoso”. El Bando del Alcalde, Eduardo Delage, está firmado el día 6 de mayo, impresiona sobremanera este texto. Leamos (“Ayer”, 7-V-1942):

“A partir del 16 del actual será implantada en esta Ciudad la Cartilla Nacional Sindicalista, mediante la cual el productor que se encuentre en paro forzoso e igualmente todos sus familiares, tendrán derecho a que se les facilite gratuitamente de momento-, el pan correspondiente a él y sus familiares, beneficio que podrá ampliarse a los demás artículos de racionamiento, tan pronto sea posible. Para poder utilizar la indicada cartilla, será necesario que el productor en paro y cada uno de sus familiares comparezcan diariamente en la oficina que a tal fin ha de establecerse en la Delegación Local de Auxilio Social, debiendo exhibir el productor el carnet de la Oficina Local de Colocación Obrera que la acredite como parado, así como las cartillas de racionamiento suya y de sus familiares, con el fin de cortar a cada una el cupón de pan del día siguiente al de que se trate, y

entregarles a su vez un vale que presentarán en el Establecimiento donde se surtan de pan, sirviéndole su entrega de abono del expresado artículo. Si algún productor en paro llegara a trabajar en ocasiones algunos días en la semana, dichos días no recogerá el pan ni el de sus familiares, pero tan pronto como quede nuevamente parado, le será facilitado (...). Para allegar fondos con tal fin, todos los poseedores de cartillas de racionamiento habrán de abonar mensualmente cinco pesetas por cada una de primera; dos pesetas por cada una de segunda, y una peseta por las de tercera (...). Aquellas personas que por su situación financiera y escasez de familia se encuentre en posición desahogada serán invitadas a efectuar ingresos supletorios".

Impresiona, como hemos indicado, esta información de prensa sobre el pan de los "productores" en paro y sus familias, así como los de la Junta Benéfica o el planteamiento del plan de viviendas. Abren en canal los problemas que tenían las personas pobres en Jerez; a algunos, en relación con el tifus exantemático, se les llamaba "piojosos" o incluso también se incluyó en esta problemática a los gitanos. En este sentido ya se ha señalado que el tifus fue considerado un rasgo característico de "razas inferiores", como por ejemplo los gitanos (Rodríguez-Ocaña, 2017).

Pero también cabe recordar que Donato Fuejo García, Jefe Provincial de Sanidad de Cádiz, reclamaba respeto, exponiendo en su Informe, ayudaran los Alcaldes de la provincia o no, que:

"desde el primer día también quisimos convencer a las autoridades y al público de que la lucha contra el tifus exantemático no la podíamos realizar los sanitarios exclusivamente, ya que las causas que motivan la extensión del mal no eran típicamente sanitarias,

sino económico-sociales, como la miseria de las gentes, carencia de ropa, escasez de alimentación y sobre todo malas viviendas que, en la mayor parte de los casos, eran chozas, cuya cubicación la mayor parte de ellas no pasaba de 30 o 40 metros cúbicos, se realizaban todos los actos de la vida familiar: cocinar, estar, dormir, etc., todo ello, como es natural, en la mayor promiscuidad, sin separación ni de sexos ni de edades, por lo cual publicamos una serie de instrucciones divulgadoras de las causas del tifus exantemático y su agente propagador y de las medidas que eran dable realizar tanto a los individuos como a las distintas organizaciones: Ayuntamientos, escuelas, industriales y, dentro de éstas, aquellas más importantes y las dedicadas al tráfico de pasajeros" (Fuejo, [1943]).

No quedaron aquí las matizaciones de Donato Fuejo sobre esta Campaña contra el tifus exantemático, que requería de sutilezas que invadían la intimidad de las personas. Dice así (Fuejo, [1943]):

"La organización de una Lucha sanitaria contra el tifus exantemático, es, a nuestro juicio, una de las actuaciones sanitarias más difíciles y complejas; nace esta dificultad fundamental de que con nuestras medidas tenemos que intervenir y muchas veces molestar la intimidad de las personas y de sus hogares, la cual rechazamos todos violentamente, necesitándose una comprensión de la utilidad de estas medidas para tolerarlas y aceptarlas, cuya comprensión únicamente cierta parte de la población con un nivel cultural grande y un sentido de responsabilidad ciudadana siente en grado adecuado".

Donato Fuejo García, en el referido Informe, sostiene que en una lucha contra una epidemia como ésta, se requiere de:

“...una energía ejercida sostenidamente; mucha prudencia; mucho tacto; mucha cortesía y afecto hacia las gentes, demostrando por sus problemas interés real y hacerles ver que se sitúa uno en su posición y lamenta profundamente las molestias que necesariamente tenemos que causarles en aras del bien colectivo, del de sus familiares y del suyo propio; o sea, que necesitamos conquistarnos la adhesión de todo el público, haciéndonos perdonar nuestra intervención”.

Este discurso humanista de Donato Fuejo, florecido de empatía, no lo mantuvieron otros en la prensa jerezana, como hemos podido comprobar, señalando y culpando a madres, a los pobres y a los gitanos, incluso utilizando el término “piojosos”.

El tifus exantemático, pues, fue un problema grave añadido a la sociedad jerezana; pero en estos años tan duros otras enfermedades se estaban llevando por delante a las personas, hemos intentado dejar constancia de ello también. No creo que muchas de estas personas pudieran leer en la prensa de Jerez una noticia emitida desde Milán, que si lo pensamos bien lleva un título casi de un cuento de Gabriel García Márquez: *“Un pez de peso se había tragado un brillante”* (*“Ayer”*, 14-VI-1942). Dice así la breve crónica: *“Un pescador de Nogares encontró en su red a un pez que pesaba dos kilos. Abierto el pez se le halló dentro un brillante que vale más de 200.0000 francos.-Efe”.*

¿Cuántos jerezanos pobres soñarían con ese brillante o tan solo con un trozo de pan? Sobre todo cuando encontramos en el Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, documentos en los que se relacionan centenares de indigentes, en los años 40, que estudiaremos en otro trabajo. Lo

intentaremos, porque las tasas o coeficientes de morbilidad y mortalidad son importantes, pero también los documentos que abren en canal la vida cotidiana de las personas que más sufren en una sociedad, en este caso de los que más sufrieron en Jerez de la Frontera, en esos tiempos de hambre, miseria, endemias y epidemias.

6. Apéndices documentales

En este apartado presentamos tres apéndices documentales: Primero, resumen de la Memoria del Laboratorio Municipal de Higiene en 1941, redactada por José Estrade Camúñez; Segundo, resumen de la Memoria del Laboratorio Municipal de Higiene en 1942, redactada por el mismo autor; y, tercero, Informe de Salvador Dastis sobre los datos estadísticos recopilados durante el año de 1942 en la Oficina Municipal de Sanidad.

Agradecimientos: A don Manuel S. Estrade Pando, por la donación de la documentación de su padre, don José Estrade Camúñez, al Archivo Municipal de Jerez y por toda la información que me ha proporcionado en las entrevistas personales que hemos tenido. A Cristóbal Orellana González, Responsable Técnico del AMJF, que me avisó de la existencia de esta documentación y ha resuelto con la paciencia de siempre todas las dudas que le he planteado. Y a todo el personal del AMJF. También al personal de la Biblioteca Pública Provincial de Cádiz, donde he consultado el periódico jerezano *“Ayer”*, y que pusieron a mi disposición el Informe de Donato Fuejo sobre el tifus exantemático en la provincia de Cádiz, tras las gestiones pertinentes con la Biblioteca de Andalucía (Granada). Y a todo el personal del Archivo Municipal de Cádiz que durante los

años 90 me ayudaron siempre en las investigaciones realizadas sobre el tífus exantemático en Cádiz.

FUENTES DOCUMENTALES

-“Ayer”, periódico de Jerez de la Frontera, 1 de abril de 1941 (Biblioteca Pública del Estado-Biblioteca Provincial de Cádiz). Abreviatura para la cita interna: “Ayer”, 1-IV-1941).

-“Ayer”, periódico de Jerez de la Frontera, 6 de abril de 1941 (Biblioteca Pública del Estado-Biblioteca Provincial de Cádiz). Abreviatura para la cita interna: “Ayer”, 6-IV-1941).

-“Ayer”, periódico de Jerez de la Frontera, 8 de abril de 1941 (Biblioteca Pública del Estado-Biblioteca Provincial de Cádiz). Abreviatura para la cita interna: “Ayer”, 8-IV-1941).

-“Ayer”, periódico de Jerez de la Frontera, 3 de mayo de 1941 (Biblioteca Pública del Estado-Biblioteca Provincial de Cádiz). Abreviatura para la cita interna: “Ayer”, 3-V-1941).

-“Ayer”, periódico de Jerez de la Frontera, 9 de mayo de 1941 (Biblioteca Pública del Estado-Biblioteca Provincial de Cádiz). Abreviatura para la cita interna: “Ayer”, 9-V-1941).

-“Ayer”, periódico de Jerez de la Frontera, 16 de mayo de 1941 (Biblioteca Pública del Estado-Biblioteca Provincial de Cádiz). Abreviatura para la cita interna: “Ayer”, 16-V-1941).

-“Ayer”, periódico de Jerez de la Frontera, 18 de mayo de 1941 (Biblioteca Pública del Estado-Biblioteca Provincial de Cádiz). Abreviatura para la cita interna: “Ayer”, 18-V-1941).

-“Ayer”, periódico de Jerez de la Frontera, 20 de mayo de 1941 (Biblioteca Pública del Estado-Biblioteca Provincial de Cádiz). Abreviatura para la cita interna: “Ayer”, 20-V-1941).

-“Ayer”, periódico de Jerez de la Frontera, 21 de mayo de 1941 (Biblioteca Pública del Estado-Biblioteca Provincial de Cádiz). Abreviatura para la cita interna: “Ayer”, 21-V-1941).

-“Ayer”, periódico de Jerez de la Frontera, 6 de junio de 1941 (Biblioteca Pública del Estado-Biblioteca Provincial de Cádiz). Abreviatura para la cita interna: “Ayer”, 6-VI-1941).

-“Ayer”, periódico de Jerez de la Frontera, 15 de junio de 1941 (Biblioteca Pública del Estado-Biblioteca Provincial de Cádiz). Abreviatura para la cita interna: “Ayer”, 15-VI-1941).

-“Ayer”, periódico de Jerez de la Frontera, 1 de enero de 1942 (Biblioteca Pública del Estado-Biblioteca Provincial de Cádiz). Abreviatura para la cita interna: “Ayer”, 1-I-1942).

-“Ayer”, periódico de Jerez de la Frontera, 17 enero de 1942 (Biblioteca Pública del Estado-Biblioteca Provincial de Cádiz). Abreviatura para la cita interna: “Ayer”, 17-I-1942).

-“Ayer”, periódico de Jerez de la Frontera, 20 enero de 1942 (Biblioteca Pública del Estado-Biblioteca Provincial de Cádiz). Abreviatura para la cita interna: “Ayer”, 20-I-1942).

-“Ayer”, periódico de Jerez de la Frontera, 22 enero de 1942 (Biblioteca Pública del Estado-Biblioteca Provincial de Cádiz). Abreviatura para la cita interna: “Ayer”, 22-I-1942).

-“Ayer”, periódico de Jerez de la Frontera, 6 de marzo de 1942

Cultura de los Ciudadanos

- (Biblioteca Pública del Estado-Biblioteca Provincial de Cádiz). Abreviatura para la cita interna: "Ayer", 6-III-1942).
- "Ayer", periódico de Jerez de la Frontera, 7, 8 y 11 de marzo de 1942 (Biblioteca Pública del Estado-Biblioteca Provincial de Cádiz). Abreviatura para la cita interna: "Ayer", 7, 8 y 11-III-1942).
- "Ayer", periódico de Jerez de la Frontera, 12 de marzo de 1942 (Biblioteca Pública del Estado-Biblioteca Provincial de Cádiz). Abreviatura para la cita interna: "Ayer", 12-III-1942).
- "Ayer", periódico de Jerez de la Frontera, 18 de marzo de 1942 (Biblioteca Pública del Estado-Biblioteca Provincial de Cádiz). Abreviatura para la cita interna: "Ayer", 18-III-1942).
- "Ayer", periódico de Jerez de la Frontera, 7 de mayo de 1942 (Biblioteca Pública del Estado-Biblioteca Provincial de Cádiz). Abreviatura para la cita interna: "Ayer", 7-V-1942).
- "Ayer", periódico de Jerez de la Frontera, 17 de mayo de 1942 (Biblioteca Pública del Estado-Biblioteca Provincial de Cádiz). Abreviatura para la cita interna: "Ayer", 17-V-1942).
- "Ayer", periódico de Jerez de la Frontera, 14 de junio 1942 (Biblioteca Pública del Estado-Biblioteca Provincial de Cádiz). Abreviatura para la cita interna: "Ayer", 14-VI-1942).
- "Ayer", periódico de Jerez de la Frontera, 14 de agosto 1942 (Biblioteca Pública del Estado-Biblioteca Provincial de Cádiz). Abreviatura para la cita interna: "Ayer", 14-VIII-1942).
- "Ayer", periódico de Jerez de la Frontera, 25 de agosto 1942 (Biblioteca Pública del Estado-Biblioteca Provincial de Cádiz). Abreviatura para la cita interna: "Ayer", 25-VIII-1942).
- Carta del Presbítero Rafael Serrano (1941). En: Protocolo Municipal 730 (antiguo 676). Documentos de Alcaldía (Año 1941) (Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF).
- Cellier Ortega, J.I. (1909a): "Tifus exantemático. Su historia, etiología y profilaxis". La Medicina Práctica, VIII, 88, 271-276.
- Cellier Ortega, J.I. (1909b): "Concepto clínico del tifus exantemático". La Medicina Práctica, VIII, 89, 287-293.
- Cellier Ortega, J.I. (1909c): "Tratamiento del tifus exantemático". La Medicina Práctica, VIII, 90, 307-308.
- Cementerio 448 (Justificantes de enterramientos. Enero y febrero de 1941). Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF.
- Cementerio 449 (Justificantes de enterramientos. Febrero y marzo de 1941). Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF.
- Cementerio 450 (Justificantes de enterramientos. Abril y mayo de 1941). Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF.
- Cementerio 451 (Justificantes de enterramientos. Junio 1941). Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF.
- Cementerio 452 (Justificantes de enterramientos. Julio 1941). Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF.
- Cementerio 453 (Justificantes de enterramientos. Agosto 1941). Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF.

- Cementerio 454 (Justificantes de enterramientos. Septiembre-Octubre, 1941). Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF.
- Cementerio 455 (Justificantes de enterramientos. Noviembre-Diciembre, 1941). Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF.
- Cementerio 458 (Justificantes de enterramientos. Mayo y Junio, 1942). Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF.
- Cementerio 459 (Justificantes de enterramientos. Julio y Agosto, 1942). Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF.
- Cementerio 467 (Justificantes de enterramientos. Noviembre y diciembre de 1943). Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF.
- Comunicado al Alcalde de Jerez sobre tifus exantemático en la cárcel (1941). En: Protocolo Municipal 730 (antiguo 676). Documentos de Alcaldía (Año 1941) (Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF).
- Estadística. Sección N. General. Relación detallada de los habitantes de esta población del 1859-1960. Legajo 3877, expediente 33949 (Archivo Municipal de Jerez de la Frontera). Abreviatura para la cita interna del artículo: Población 1859-1960 (Legajo 3877, expediente 33949, AMJF).
- Estrade Camúñez, J. (1941). Bando. Laboratorio Municipal de Higiene de Jerez de la Frontera. Divulgación de conocimientos sanitarios y de Higiene. Este documento se puede consultar en el AMJF, en la documentación cedida por don Manuel S. Estrade Pando).
- Estrade Camúñez, J. (1938): Memoria del Laboratorio Municipal de Higiene en 1937. Ayuntamiento de Jerez de la Frontera. Imprenta Municipal: Jerez. (Documento cedido por Manuel S. Estrade Pando al Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF, donde se puede consultar).
- Estrade Camúñez, J. (1939): Memoria del Laboratorio Municipal de Higiene en 1938. Ayuntamiento de Jerez de la Frontera. Imprenta Municipal: Jerez. (Documento cedido por Manuel S. Estrade Pando al Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF, donde se puede consultar).
- Estrade Camúñez, J. (s.f.e.): Memoria del Laboratorio Municipal de Higiene en 1939. Ayuntamiento de Jerez de la Frontera. Imprenta Municipal: Jerez. (Documento cedido por Manuel S. Estrade Pando al Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF, donde se puede consultar).
- Estrade Camúñez, J. (s.f.e.): Memoria del Laboratorio Municipal de Higiene en 1940. Ayuntamiento de Jerez de la Frontera. Imprenta Municipal: Jerez. (Documento cedido por Manuel S. Estrade Pando al Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF, donde se puede consultar).
- Estrade Camúñez, J. (1942): Memoria del Laboratorio Municipal de Higiene en 1941. Ayuntamiento de Jerez de la Frontera. Imprenta Municipal: Jerez. (Documento cedido por Manuel S. Estrade Pando al Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF, donde se puede consultar).
- Estrade Camúñez, J. (1943): Memoria del Laboratorio Municipal de Higiene en 1942. Ayuntamiento de Jerez de la Frontera. Imprenta Municipal: Jerez. (Documento cedido por Manuel S. Estrade Pando al Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF, donde se puede consultar).
- Estrade Camúñez, J. [1944]: Memoria del Laboratorio Municipal de Higiene en 1943. Ejemplar mecanografiado. Ayuntamiento de Jerez de la Frontera.

Cultura de los Ciudadanos

- Imprenta Municipal: Jerez. (Documento cedido por Manuel S. Estrade Pando al Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF, donde se puede consultar).
- Estrade Camúñez, J. (1945): Memoria del Laboratorio Municipal de Higiene en 1944. Ayuntamiento de Jerez de la Frontera. Imprenta Municipal: Jerez. (Documento cedido por Manuel S. Estrade Pando al Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF, donde se puede consultar).
- Estrade Camúñez, J. (1946): Memoria del Laboratorio Municipal de Higiene en 1945. Ayuntamiento de Jerez de la Frontera. Imprenta Municipal: Jerez. (Documento cedido por Manuel S. Estrade Pando al Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF., donde se puede consultar).
- Estrade Camúñez, J. (1947): Memoria del Laboratorio Municipal de Higiene en 1946. Ayuntamiento de Jerez de la Frontera. Imprenta Municipal: Jerez. (Documento cedido por Manuel S. Estrade Pando al Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF, donde se puede consultar)
- Estrade Camúñez, J. [1959]: Memoria del Laboratorio Municipal de Higiene. Ejemplar mecanografiado. Ayuntamiento de Jerez de la Frontera (Documento cedido por Manuel S. Estrade Pando al Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF, donde se puede consultar).
- Fuejo García, D. (1942): Tifus exantemático. Normas para las empresas. Boletín Oficial de la Provincia de Cádiz: 186 (18-VIII), 2.
- Fuejo, Donato [1943]: Informe sobre la epidemia de “Tifus Exantemático” en la provincia, que presenta el Jefe de Sanidad, Dr. D. Donato Fuejo”. Cádiz: Jefatura Provincial de Sanidad. Fuente: Biblioteca de Andalucía. Sucursal: Biblioteca de Andalucía (Granada).
- Legajo 1.169, Expediente 24769. Establecimiento de una Central de Desinsectación (Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF).
- Legajo 1.174, Expediente 24.845 (Beneficencia y Sanidad). Construcción de barracones (Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF).
- Libro Cementerio 138 (1939-1942) (Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF)
- Máximo Ruiz, P. [1937]: Memoria de la Campaña del año 1937. Legajo 1.048, Expediente 22.698 (Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF).
- Palanca, J.A. (1943): Las epidemias de la posguerra. Madrid: Real Academia de Medicina (Archivo de Francisco Herrera Rodríguez).
- Protocolo Municipal 663-1941. Cementerio, Alcaldía y Beneficencia (Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF).
- Protocolo Municipal 718-1941. Cementerio, Alcaldía y Beneficencia (Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF).
- Protocolo Municipal 730 (antigua signatura 676)-1941. Documentos de Alcaldía (Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF).
- Reseña estadística de la provincia de Cádiz (1957). Presidencia del Gobierno. Madrid: Instituto Nacional de Estadística (Biblioteca Municipal José Celestino Mutis de Cádiz).
- Servicios Centrales de Higiene Infantil. Disposiciones Sanitarias dictadas durante los años 1939 y 1940 que mayor interés ofrecen para los Médicos Puericultores (1941). Ministerio de la Gobernación.

Dirección General de Sanidad. Sección de Puericultura, Maternología e Higiene Escolar (Archivo Francisco Herrera Rodríguez, FHR).

BIBLIOGRAFÍA

Abella, R. (1996). *La vida cotidiana bajo el régimen de Franco*. Madrid: Editorial Temas de Hoy.

Arbelo Curbelo, A. (1962). *La mortalidad de la infancia en España, 1901-1950*. Madrid: CSIC.

-Arco Blanco del, M.A. (2006). Morir de hambre. Autarquía, escasez y enfermedad en la España del primer franquismo. Pasado y Memoria. *Revista de Historia Contemporánea*, 5, 241-258.

-Barciela, C. (2000). El mercado negro de productos agrarios en la posguerra, 1939-1953". En: Fontana, J. (ed.). *España bajo el franquismo* (pp. 192-205). Barcelona: Crítica.

Bejarano, F. (2004). *El Jerez de los bodegueros*. Madrid: Andalucía Abierta.

Bernabeu-Mestre, J. (2002). Madres y enfermeras. Demografía y salud en la política poblacionista del primer franquismo, 1939-1950. *Revista de Demografía Histórica*, XX, I, 123-143.

Bernabeu-Mestre, J., Caballero Pérez, P., Galiana Sánchez, M.E., Nolasco Bonmatí (2006). Niveles de vida y Salud en la España del primer franquismo: las desigualdades en la mortalidad infantil. *Revista de Demografía Histórica*, XXIV, I, 181-201.

Bosch Marín, J. (1942). *La asistencia sanitaria a la madre y al niño*. Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Sanidad. Sección

de Puericultura, Maternología e Higiene Escolar.

Bosch Marín, J. (1943). *Trabajo, maternidad y lactancia*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión.

Caballero Bonald, J.M. (1995). *Tiempo de guerras perdidas*. Barcelona: Editorial Anagrama.

Caro Cancela, D. (1999). Jerez Contemporáneo (siglos XIX y XX). En: Caro Cancela, D. (1999). *Historia de Jerez de la Frontera. El Jerez moderno y contemporáneo* (pp. 195-438). Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz.

Clavero, G., y Pérez Gallardo, F. (1941). *Tifus exantemático. Etiología, Clínica, Profilaxis*. Madrid: Gráficas Afrodisio Aguado, S.A.

Conde González, M^a. C. (2003). *La población de Jerez de la Frontera en los inicios del régimen liberal burgués*. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz y Servicio de Publicaciones del Ayuntamiento de Jerez.

Cura, M^a. I., del y Huertas, R. (2007). *Alimentación y enfermedad en tiempos de hambre. España, 1937-1947*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Eslava Galán, J. (2010). *Los años del miedo. La nueva España (1939-1952)*. Barcelona: Editorial Planeta.

Estrade Pando, M.S. (2017). "El Dr. D. José Estrade Camúñez y el Laboratorio Municipal de Higiene". *La Alcubilla. Boletín Digital de Historia de Jerez*, 3, 2-4.

-García Delgado, J.L. (2000): Estancamiento industrial e intervencionismo económico durante el primer franquismo. En: Fontana, J.

- (ed.). *España bajo el franquismo* (pp. 170-191). Barcelona: Crítica.
- García Ferrandis, X., y Martínez Vidal, A. (2017). Salud Pública y espacio urbano en el primer franquismo: la epidemia de tifus exantemático en la ciudad de Valencia (1941-1943). En: Zarzoso, A. y Arrizabalaga, J. (ed.). *Al servicio de la salud humana: la Historia de la Medicina ante los retos del siglo XXI* (pp. 83-88). XVII Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina. Sant Feliu de Guíxols (Girona), 15-17 de junio de 2017. Sant Feliu de Guíxols: Sociedad Española de Historia de la Medicina de Catalunya, Museu d'Historia de Sant Feliu de Guixols, Institució Milá i Fontanals (CSIC).
- García Ferrandis, X., y Martínez-Vidal, A. (2019). Salud pública, espacio urbano y exclusión social en la España de la posguerra: la epidemia de tifus exantemático en la ciudad de Valencia, 1941-1943. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 26,2. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/50104-59702019000200005> (Consultado el 19 marzo de 2020).
- García del Real, E. (1933): Notas a propósito de la historia del tifus exantemático. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina.
- Gómez Redondo, R. (1992). La mortalidad infantil española en el siglo XX. Madrid: Siglo XXI de España editores.
- Haagen, E. (1942). Enfermedades del hombre producidas por los virus. Madrid.
- Harrison, J. (1991): *Historia económica de la España contemporánea*. Barcelona: Vicens bolsillo.
- Herrera-Rodríguez, F. (1997). El tifus exantemático en Cádiz (1940-1945). En: Herrera, F. *Crisis y medidas sanitarias en Cádiz (1898-1945)* (pp. 137-179 y pp. 190-197). Zaragoza: Universidad de Zaragoza. Recuperado de rodin.uca.es/xmlui/handle/10498/18228 (Consultado el 20 de marzo de 2020).
- Herrera-Rodríguez, F. (2000). La situación sanitaria en la provincia de Cádiz en el siglo XX. En: Ramos Santana, A. (coord.). *Cádiz. La provincia en el siglo XX* (pp. 177-186). Cádiz: Fundación Provincial de Cultura. Diputación Provincial de Cádiz.
- Herrera-Rodríguez, F. (2001). El Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Cádiz en la Posguerra. En Cabrera Afonso, J.R. y Herrera Rodríguez, F. (dirs.). *El Excmo. Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Cádiz en el siglo XX. Conmemoración de su Centenario (1901-2001)* (pp. 211-230). Cádiz: Excmo. Colegio Oficial de Médicos.
- Herrera-Rodríguez, F. (2005). *La sanidad municipal en el Cádiz de la posguerra*. Cádiz: Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz.
- Herrera-Rodríguez, F. (2008). Las enfermedades en el Cádiz de la posguerra. *Enfermería Gaditana*, 8, 34-35.
- Herrera-Rodríguez, F. (2015). Una revisión de Pedro Rodrigo Sabalette sobre la poliomielitis (1948). *Cultura de los Cuidados*, 41, 56-70.
- Herrera-Rodríguez, F. (2018). Gerardo Diego y los Juegos Florales en honor a San Juan de Dios en la revista 'Paz y Caridad' (Granada, 1950)". *Cultura de los Cuidados*, 52, 16-39.
- Herrera-Rodríguez, F. (2019). Nota sobre un homenaje a Pío del Río Hortega en la 'Revista de Medicina y Biología' de Cádiz (1926). *Llull*, 86, 327-340.

- Jiménez Lucena, I. (1990). *El tifus en la Málaga de la posguerra. Un estudio históricomédico en torno a una enfermedad colectiva*. Málaga: Universidad de Málaga.
- Jiménez Lucena, I. (1994). El tifus exantemático de la posguerra española (1939-1943). El uso de una enfermedad colectiva en la legitimación del <<Nuevo Estado>>. *Dynamis*, 14, 185-198.
- Juliá, S. (2008). Edad Contemporánea. En: Valdeón, J., Pérez, J., Juliá, S. *Historia de España* (pp. 526-530). Madrid: Austral.
- Maradona Hidalgo, J.A. (2010). *Historia de las enfermedades infecciosas*. Asturias: Universidad de Oviedo.
- Marín-Paz, A.J. (2017). *Mortalidad y estudio sociosanitario de Vejer de la Frontera (1900-1950)*. Dos tomos. Tesis doctoral inédita: Universidad de Cádiz.
- Mariscal Trujillo, A. (2001) *La Sanidad Jerezana 1800-1975 (Apuntes históricos)*. Jerez de la Frontera: Editorial Eje.
- Martín Salazar, M. (1916). *Profilaxis del tifus exantemático*. Madrid.
- Marsset Campos, P., Rodríguez Ocaña, E., Sáez Gómez, J.M. (1998). La Salud Pública en España. En: Martínez Navarro, F. y colaboradores. *Salud Pública* (pp. 41 y ss.). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España S.A.V.
- Miguel Salanova, S. (2017). La ciudad frente a la epidemia. El tifus exantemático en Madrid a principios del siglo XX. *Stud. His. Hª. Cont.*, 35, 405-444.
- Millán Chivite, J.L. (1993). *Cádiz siglo XX. Del Cádiz hundido al Cádiz que resurge (1898-1979)*. Madrid: Editorial Silex.
- Navarro García, R. (dir.). (2002). *Análisis de la sanidad en España a lo largo del siglo XX*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III.
- Olagüe de Ros, G., y Paredes Salido, F. (1983). Análisis histórico de una revista isleña del siglo XX: La Medicina Práctica (1902-1915). Su aportación a la Medicina y a la Farmacia de la época. *Medicina Militar*, 39, 4, 76-79.
- Orellana González, C. (1996). Fuentes documentales básicas para la historia de la sanidad y la hospitalidad jerezanas (siglos XV-XX). El caso del Hospital Municipal de Santa Isabel. *Revista de Historia de Jerez*, 2, 71-82.
- Orozco Acuaviva, A. (1981). *Bibliografía Médico-Científica gaditana*. Cádiz: Obra Cultural "Casino Gaditano".
- Palanca y Martínez-Fortún, J.A. (1943). *Las epidemias de la posguerra*. Madrid: Real Academia de Medicina.
- Pascua, M. (1934). *Mortalidad específica en España. I. Cálculo de Poblaciones*. Madrid: Publicaciones Oficiales de la Comisión Permanente de Investigaciones Sanitarias.
- Quintana, P. de la (1942). *Tifus exantemático. Etiología, Epidemiología y Profilaxis*. Madrid.
- Rodríguez Ocaña, E. (2007). Carlos María Cortezo Prieto (1850-1933) y el tifus exantemático: un descubrimiento inexistente. En: Campos, R., Montiel, L., Huertas, R. (coords.). *Medicina, Ideología e Historia en España (siglos XVI-XXI)* (pp. 125-134). Madrid: CSIC.
- Rodríguez Ocaña, E. (2017). Tifus y laboratorio en la España de la posguerra. *Dynamis*, 37, 2, 489-515.

Cultura de los Cuidados

Ruiz Mata, J. (2010). *Breve Historia de Jerez de la Frontera*. Cádiz: Tierra de Nadie Editores.

Suárez Japón, J.M. (2014) *Sinelo Calorró: Conversaciones con Manuel Morao*. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Diputación de Cádiz.

Tamames, R. (1985). *Una idea de España. Ayer, hoy y mañana*. Barcelona: Plaza & Janés, S.A.

Terán Reyes, F.J. (2012). Las cartillas de racionamiento, los fieltos y el estraperlo. *Historia reciente Aljaranda*, 86, 10-19.

Vázquez Montalbán, M. (1986). *Crónica sentimental de España*. Madrid: Espasa Calpe.

TABLA 1: Habitantes de Jerez de la Frontera (1940-1950)

Fuente: Población 1859-1960 (Legajo 3877, Expediente 33949. A.M.J.F.)

Años	Habitantes de Jerez de la Frontera
1940	89.525
1941	89.784
1942	90.625
1943	92.056
1944	92.998
1945	99.811
1946	100.603
1947	101.998
1948	104.958
1949	107.040
1950	107.770

TABLA 2: Defunciones y Tasas de Mortalidad General en Jerez de la Frontera (1937-1946)

Fuente: Datos tomados de José Estrade Camúñez: Memorias del Laboratorio Municipal de Higiene, (AMJF). Excepto 1943: Cálculo personal, teniendo en cuenta la población del citado año expresada en tabla 1 y el número de fallecidos registrados en los libros de cementerio del referido año (AMJF).

AÑOS	DEFUNCIONES	TMG (Defunciones por mil habitantes)
1937	1.340	18,7
1938	1.466	20,4
1939	1.372	18,7
1940	1.223	16,9
1941	2.303	25,7
1942	1.486	16,3
1943	1.464	15,9
1944	1.239	13,8
1945	1.062	11,8
1946	1.163	12,9

**TABLA 3: Tasas de Mortalidad General de Cádiz y la provincia de Cádiz (1940-1945).
Defunciones por mil.**

Fuente: Herrera Rodríguez, 1997. Elaboración a partir de los libros del Movimiento Natural de la Población (1940, 1941, 1942, 1943, 1944, 1945)

AÑOS	TMG Cádiz capital	TMG de la provincia de Cádiz
1940	20,04	16,78
1941	31,43	27,59
1942	20,42	18,33
1943	15,22	14,63
1944	15,43	13,79
1945	15,01	12,51

Cultura de los Cuidados

TABLA 4: Defunciones y Tasas de Mortalidad General en Jerez de la Frontera (1930-1937). Defunciones por mil.

Fuente: Pedro Máximo Ruiz: Memoria de la Campaña del año 1937. Legajo 1.048, Expediente 22.698 (Archivo Municipal de Jerez de la Frontera)

AÑOS	DEFUNCIONES	TMG (por mil)
1930	1519	20,81
1931	1348	18,46
1932	1345	18,66
1933	1499	20,80
1934	1350	18,73
1935	1520	21,51
1936	1373	19,05
1937	1242	17,23

TABLA 5: Casos y defunciones en Jerez de la Frontera. Tifus exantemático. 1941 Fuente: Donato Fuejo, [1943]

MESES	CASOS	DEFUNCIONES
Enero	-	-
Febrero	-	-
Marzo	-	-
Abril	-	-
Mayo	53	3
Junio	72	14
Julio	30	5
Agosto	34	2
Septiembre	4	-
Octubre	1	-
Noviembre	-	-
Diciembre	-	-
TOTAL	194	24

TABLA 6: Casos y defunciones en Jerez de la Frontera. Tifus exantemático. 1942 Fuente: Fuejo, [1943]

MESES	CASOS	DEFUNCIONES
Enero	-	-
Febrero	-	-
Marzo	1	-
Abril	6	-
Mayo	4	1
Junio	2	-
Julio	10	-
Agosto	2	1
Septiembre	-	-
Octubre	-	-
Noviembre	-	-
Diciembre	-	-
TOTAL	25	2

TABLA 7

Total defunciones por infecciosas y defunciones por tuberculosis en Jerez de la Frontera (1937-1959) Fuente: Estrade Camúñez, 1959

Años	Total defunciones por enfermedades infecciosas	Defunciones por tuberculosis
1937	379	109
1938	141	138
1939	504	134
1940	464	143
1941	653	156
1942	509	194
1943	444	173
1944	468	191
1945	417	156
1946	457	195
1947	514	213
1948	422	187
1949	480	212
1950	420	191
1951	421	207
1952	235	107
1953	241	87
1954	160	88
1955	104	79
1956	112	90
1957	112	79
1958	95	70
1959	69	59

TABLA 8: Casos de paludismo en Jerez de la Frontera (1943-1953)

Fuente: Estrade Camúñez, 1959

AÑOS	CASOS				
1943	6513	1948	1239	1953	11
1944	3122	1949	621		
1945	2145	1950	124		
1946	1605	1951	44		
1947	2028	1952	51		

APÉNDICE DOCUMENTAL Nº 1
**MEMORIA DEL LABORATORIO MUNICIPAL DE HIGIENE EN 1941 (Redactada por
el Director D. José Estrade Camúñez). Ayuntamiento de Jerez de la Frontera. Jerez, 1942**

SERVICIO EPIDEMIOLÓGICO

Fichas epidemiológicas de enfermos

Número de casos registrados en este Centro durante el año

(pp. 10-17)

-Tuberculosis pulmonar: 7

-Fiebre de Malta: 1

-Gripe: 3

-Difteria: 2

-Coqueluche: 2

-Septicemia puerperal: 1

-Varicela: 5

-Fiebre tifoidea: 240

-Tifus exantemático: 162

-Parálisis infantil: 1

Número total en el año, 424.

Coefficiente de las enfermedades infecciosas

Proporción por cada 10.000 habitantes

Cultura de los Cuidados

- Tuberculosis pulmonar: 0,707
- Fiebre de Malta: 0,101
- Gripe: 0,303
- Difteria: 0,202
- Coqueluche: 0,202
- Septicemia puerperal: 0,101
- Varicela: 0,505
- Fiebre Tifoidea: 24,240
- Tifus exantemático: 16,160
- Parálisis infantil: 0,101

“Estos casos están tomados de los partes que tramita a este Centro el Sr. Jefe de los Servicios Sanitarios, para que se tomen las medidas profilácticas en cada caso, que como se ve son muy inferiores a las cifras de mortalidad”.

MORTALIDAD EN GENERAL

MESES	POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS	POR ENFERMEDADES NO INFECCIOSAS
Enero	70	187
Febrero	69	141
Marzo	57	169
Abril	60	131
Mayo	59	84
Junio	71	176
Julio	54	199
Agosto	54	131
Septiembre	35	75
Octubre	35	97
Noviembre	60	141
Diciembre	29	120

Número total de defunciones por enfermedades infecciosas: 653

Número total de defunciones por enfermedades no infecciosas: 1.651

Número total de defunciones en el año: 2.303

COEFICIENTE DE MORTALIDAD

(Proporción por cada 10.000 habitantes)

Coefficiente anual en enfermedades infecciosas: 72,923

Coefficiente anual en enfermedades no infecciosas: 184,398

Coefficiente anual en enfermedades de mortalidad

(Proporción por cada 10.000 habitantes): 257,321

MORTALIDAD INFANTIL

Fallecidos menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos. Media en el año:

211,76.

Defunciones de menores de un año:

-Infecciosas: 43. -No infecciosas: 322. -Total: 365.

Defunciones de 1 a 4 años:

-Infecciosas: 26. -No infecciosas: 44. -Total: 70.

APÉNDICE DOCUMENTAL N° 2

MEMORIA DEL LABORATORIO MUNICIPAL DE HIGIENE EN 1942

(Redactada por el director D. José Estrade Camúñez).

Ayuntamiento de Jerez de la Frontera. Tipografía Municipal. Jerez, 1943

SERVICIO EPIDEMIOLÓGICO

Fichas epidemiológicas de enfermos

Número de casos registrados en este Centro durante el año

(pp. 18-25)

-Fiebre de Malta: 2

-Difteria: 8

-Fiebre tifoidea: 132

Cultura de los Cuidados

-Sarampión: 46

-Varicela: 4

-Tifus exantemático: 19

-Parálisis infantil: 5

Número total en el año, 216

Coefficiente de las enfermedades infecciosas

Proporción por cada 10.000 habitantes

-Fiebre de Malta: 0,22

-Difteria: 0,89

-Fiebre Tifoidea: 14,72

-Sarampión: 5,13

-Varicela: 0,44

-Tifus exantemático: 2,11

-Parálisis infantil: 0,56

MORTALIDAD EN GENERAL

MESES	POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS	POR ENFERMEDADES NO INFECCIOSAS
Enero	46	96
Febrero	62	117
Marzo	60	90
Abril	34	58
Mayo	35	60
Junio	34	81
Julio	33	97
Agosto	41	99
Septiembre	34	65
Octubre	43	63
Noviembre	41	72
Diciembre	46	61

Número total de defunciones por enfermedades infecciosas: 509.

Número total de defunciones por enfermedades no infecciosas: 959.

Número total de defunciones en el año: 1.468.

COEFICIENTE DE MORTALIDAD

(Proporción por cada 10.000 habitantes)

Coefficiente anual en enfermedades infecciosas: 107,11

Coefficiente anual en enfermedades no infecciosas: 56,84

Coefficiente anual en enfermedades de mortalidad

(Proporción por cada 10.000 habitantes): 163,95

MORTALIDAD INFANTIL

Fallecidos menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos. Media en el año:

123,23.

Defunciones de menores de un año:

-Infecciosas: 46. –No infecciosas: 163. –Total: 209.

Defunciones de 1 a 4 años:

-Infecciosas: 52. –No infecciosas: 69. –Total: 121.

APÉNDICE DOCUMENTAL Nº 3

Informe de Salvador Dastis sobre los datos estadísticos recopilados durante el año de 1942 en la Oficina Municipal de Sanidad, así como la relación de algunos de los servicios que se han prestado en ella. Al Sr. Alcalde de la ciudad (firmado en Jerez de la Frontera, 28 de enero de 1943, dirigido al Alcalde y con sello de la Subdelegación de Medicina del Distrito Sanitario de Jerez de la Frontera) (Legajo 1.169, Expediente 24770, Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, AMJF)

Tengo el honor de trasladar a V.S. datos estadísticos recopilados durante el año de 1942 en la Oficina Municipal de Sanidad, así como relación de algunos servicios que se han prestado en ella.

Número de habitantes según censo de 1940: 89.525

Nacidos vivos: 2.125 = 23,73 o/oo

Nacidos muertos: 142

Defunciones: 1.548 = 17,29 o/oo

Aumento de población: 577

Casamientos: 602

Causas de defunción

Enfermedades del aparato circulatorio: 259

Enfermedades del aparato respiratorio: 202

Enfermedades del aparato urinario: 91

Enfermedades del aparato gastrointestinal: 166

Tuberculosis: 190

Meningitis:	51
Cáncer y otros tumores malignos:	145
Atrepsia:	109
Fiebre tifoidea:	23
Tifus exantemático:	2
Gripe:	44
Septicemia puerperal:	5
Sarampión:	4
Coqueluche:	9
Difteria:	5
Paludismo:	6
Accidentes, suicidios y muertes violentas:	46
Progresos de la edad:	97
Causas diversas:	94
TOTAL:	1.548

Edad de los fallecidos

Menores de un año:	237
De 1 a 10 años:	152
De 10 a 60 años:	474
De 60 a 80 años:	498
De más de 80 años:	187
TOTAL:	1.548

La edad máxima registrada en los certificados es de 103 años.

Casos de enfermedades infecto-contagiosas, comunicados por los profesores médicos, sin incluir los asistidos en el Dispensario Antituberculoso

Paludismo:	3.943
Coqueluche:	1.138
Gripe:	1.006
Sarampión:	493
Tuberculosis:	240
Fiebre tifoidea:	207
Varicela:	62

Septicemia puerperal: 51

Tifus exantemático: 26

Difteria: 20

Fiebre de Malta: 8

Tracoma: 5

Parálisis infantil: 5

TOTAL: 7.204

Inspección de viviendas para expedir la Célula de Habitabilidad: 586

Inspección de viviendas por denuncias de inquilinos: 271

Inspección de locales por apertura o traslado de industrias: 191

Inspección de Hoteles, pensiones, paradores y casas de dormir: 58

Inspección de Escuelas, barberías, despachos de comestibles, de verduras, de vinos, café y varios: 543

Informes en obras de nueva construcción solicitados por la Alcaldía: 20

Oficios e informes a la Alcaldía, Jefe Provincial de Sanidad y de Jefe de los servicios municipales: 455

“Por Dios por España y su Revolución Nacional Sindicalista”.

Jerez de la Frontera 28 de enero de 1943.

Firmado y rubricado por Salvador Dastis.

Asamblea Local de Cruz Roja Española de Elche (1909-1930)

Local Assembly of the Spanish Red Cross of Elche (1909-1930)

Assembléia local da Cruz Vermelha Espanhola de Elche (1909-1930)

María Rosa Gómez Martínez

Doctora en Sociología por Universidad de Alicante

Cómo citar este artículo en edición digital: Gómez Martínez, M.^a R. (2020). Asamblea Local de Cruz Roja Española de Elche (1909-1930). *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 24 (57) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.09>

Correspondencia: Remitirse al correo electrónico.

Correo electrónico: mariarosa.gomez@um.es

Recibido:18/11/2019

Aceptado:23/03/2020



ABSTRACT

The *Local Assembly of the Spanish Red Cross of Elche* began its formal activity in September 1909; the altruistic mood of the “brigade of stretchers” and its economic life, mainly composed of membership fees, grants from the city council and fundraising celebrations, as well as services provided for

the entire population, warn of the existence of health coverage in a moment of singular value, as is the dictatorship of Miguel Primo de Rivera. The principles governing the *Assembly* are the same as those proposed by the International Committee of the Red Cross in 1921: charity, universality, independence and impartiality. Objective:

identify what is known about the beginnings of the Spanish Red Cross in the city of Elche and the relationship with its principles: charity, universality, independence and impartiality. Method: a historical investigation based on the literature review was carried out. Documentary sources: documentary catalogs of libraries and documentary archives, electronic databases, catalogs of magazines specialized in history and other network sources. Descriptors used: Red Cross, Spanish Red Cross, Local Red Cross. Results: the analysis included documents from studies based on primary sources and the results are presented in 4 sections: Composition and economic life, Celebrations to raise funds: the Feast of the Banderita, Municipal Agreements and Services provided. Conclusion: there is a clear relationship of the work carried out by the *Assembly of the Spanish Red Cross of Elche* and the principles on which it is oriented, developing each of them in their daily lives; This follows from the documents analyzed at the time of both the communications and the minutes of the town hall and the historical press.

KeyWord: Charity, History of the Red Cross, Relief House, Urban Health Ambulance, Camilleros, Red Cross Ladies.

RESUMEN

La *Asamblea Local de Cruz Roja Española de Elche* inició su andadura con carácter formal en el mes de septiembre de 1909; el talante altruista de la “brigada de camilleros”

y su vida económica, compuesta principalmente por cuotas de socios, subvenciones del ayuntamiento y celebraciones para recaudar fondos, así como los servicios prestados para toda la población, advierten de la existencia de cobertura sanitaria en un momento de valor singular, como es la dictadura de Miguel Primo de Rivera. Los principios que rigen la *Asamblea* son los mismos que propone el Comité Internacional de la Cruz Roja en 1921: caridad, universalidad, independencia e imparcialidad. Objetivo: identificar qué se conoce sobre los inicios de la Cruz Roja Española en la ciudad de Elche y la relación existente con sus principios: caridad, universalidad, independencia e imparcialidad. Método: se llevó a cabo una investigación histórica basada en la revisión bibliográfica. Fuentes documentales: catálogos documentales de bibliotecas y archivos documentales, bases de datos electrónicas, catálogos de revistas especializadas en historia y otras fuentes de red. Descriptores utilizados: Cruz Roja, Cruz Roja Española, Cruz Roja Local. Resultados: en el análisis se incluyeron documentos procedentes de estudios basados en fuentes primarias y los resultados se presentan en 4 apartados: Composición y vida económica, Celebraciones para recaudar fondos: la Fiesta de la Banderita, Acuerdos municipales y Servicios prestados. Conclusión: existe una clara relación de la labor desarrollada por la *Asamblea de la Cruz Roja Española de Elche* y los



principios en los que se orienta, desarrollando cada uno de ellos en su vida cotidiana; así se depende de los documentos analizados de la época tanto de comunicaciones y actas del ayuntamiento como de prensa histórica.

Palabras clave: Caridad, Historia de Cruz Roja, Casa de Socorro, Ambulancia Sanitaria Urbana, Camilleros, Damas de Cruz Roja.

RESUMIO

A Assembléia Local da Cruz Vermelha Espanhola de Elche iniciou sua atividade formal em setembro de 1909; o humor altruísta da “brigada de macas” e sua vida econômica, composta principalmente de honorários, subsídios da prefeitura e celebrações de arrecadação de fundos, além de serviços prestados a toda a população, alertam para a existência de cobertura de saúde momento de valor singular, como é a ditadura de Miguel Primo de Rivera. Os princípios que governam a *Assembléia* são os mesmos propostos pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha em 1921: caridade, universalidade, independência e imparcialidade. Objetivo: identificar o que se sabe sobre o início da Cruz Vermelha Espanhola na cidade de Elche e a relação existente com seus princípios: caridade, universalidade, independência e imparcialidade. Método: foi realizada uma investigação histórica baseada na revisão da literatura. Fontes documentais: catálogos documentais de bibliotecas e arquivos documentais, bancos de dados eletrônicos,

catálogos de revistas especializadas em história e outras fontes de rede. Descritores utilizados: Cruz Vermelha, Cruz Vermelha Espanhola, Cruz Vermelha Local. Resultados: documentos de estudos baseados em fontes primárias foram incluídos na análise e os resultados são apresentados em 4 seções: Composição e vida econômica, Celebrações para captação de recursos: Festa da Banderita, Acordos e Serviços Municipais. Conclusão: existe uma clara relação entre o trabalho realizado pela *Assembléia da Cruz Vermelha Espanhola de Elche* e os princípios sobre os quais se orienta, desenvolvendo cada um deles no seu cotidiano; Isso decorre dos documentos analisados na época das comunicações e das atas da prefeitura e da imprensa histórica.

Palavras-chave: Caridade, História da Cruz Vermelha, Casa de Socorro, Ambulância de Saúde Urbana, Camilleros, Cruz Vermelha Feminina.

INTRODUCCIÓN

La Real Orden de Isabel II de 6 de julio de 1864 y su posterior publicación de 31 de julio de 1868 establece los estatutos recogidos de la Asamblea de la Asociación Internacional de socorros a heridos en campaña, reconociendo a la Cruz Roja como “sociedad de utilidad pública” (Clemente, 2001). En 1918, por los conflictos bélicos acaecidos en África y la epidemia de gripe, entre otros, se origina un enérgico desarrollo de centros sanitarios y personal a su servicio

(Hernández-Conesa, 2014). En 1921 el Comité Internacional de la Cruz Roja adopta cuatro principios que estuvieron vigentes desde su génesis hasta 1964: caridad, universalidad, independencia e imparcialidad, señas de identidad de la institución en todos los ámbitos y en todos los niveles de actuación (Más Espejo, 2016). En 1965 en la XX Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Viena se definen y aprueban los principios fundamentales actualmente en vigor: humanidad, imparcialidad, neutralidad, independencia, carácter voluntario, unidad y universalidad. Será la dictadura de Primo de Rivera un período de importante tarea reformista sanitaria, siendo para la Cruz Roja un momento de prosperidad (Siles, 1996).

Un primer objetivo expone la narrativa social de los documentos localizados en el Archivo Histórico Municipal de Elche (AHME): correspondencia, legajos, prensa histórica local, comunicaciones u otra documentación relacionados con el objeto de estudio, en un intento de hacer una reconstrucción socio-histórica y cultural o historia social (Gómez Martínez, 2018:24) de la vida cotidiana de la Asamblea Local de Cruz Roja de Elche (ALCRE). La importancia de la vida cotidiana en la historiografía contemporánea reside en mostrar la experiencia ordinaria como punto de partida desentrañando su problemática y dando respuesta a los valores dominantes de esa sociedad (Burke, 1996:24).

Un segundo objetivo trata de analizar a través de la narrativa de la otredad cómo están presentes y activos los principios que vehiculan el quehacer diario de la Cruz Roja Internacional.

METODOLOGÍA

El proceso de investigación del siguiente estudio constó de 3 fases: primero se realizó un examen exhaustivo de la documentación municipal existente en el Archivo Histórico Municipal de Elche (AHME) y de revisión de la prensa histórica existente en la Biblioteca Municipal de Elche; el análisis de las noticias, artículos o publicidad de un período concreto puede indicarnos cuál es el papel de la sociedad respecto al objeto de estudio (Martínez, Juárez, Solano y Siles-González, 2017); posteriormente se procedió a una revisión bibliográfica de las publicaciones existentes respecto a la Cruz Roja desde su dimensión sanitaria, sociohistórica y antropológica; en un tercer momento se realizó una búsqueda en los diferentes recursos electrónicos y bases de datos (CUIDEN, SCIELO y DIALNET) atendiendo a las palabras: Historia de Cruz Roja, Cruz Roja Española, Cruz Roja Local.

COMPOSICIÓN Y VIDA ECONÓMICA

Cultura de los Cuidados

El 2 de Enero de 1907 se produce en Alicante una manifestación obrera que acaba con un enfrentamiento con la Guardia Civil con varios muertos y heridos; los agentes de seguridad habían repelido el lanzamiento de piedras con el uso de armas de fuego. La brigada sanitaria de camilleros también recibe descargas por meterse entre el fuego para recoger a los heridos. En Septiembre y Octubre las regiones catalana y andaluza son azotadas por grandes lluvias afectando a un gran número de poblaciones; la Cruz Roja envía recursos para los damnificados (Clemente; Polo, 2003:111-112).

La fundación de la Cruz Roja Española en la ciudad de Elche data del 12 de septiembre de 1909, debiéndose principalmente su verdadera organización a Tomás Sempere Juan, comandante retirado de la Guardia Civil que consigue que un grupo de hombres se agrupen *para hacer el bien al prójimo* y es su primer presidente (*Democracia*, 26-09-1909; *La Perla*, 11-09-1909); para otros autores será Santiago Pomares Ibarra el responsable de dicha convocatoria teniendo la sede actividad no formal desde finales del siglo XIX (Monge, 2015); en 1910 la primera Sede Social se sitúa en la calle de Nuestra Señora de los Desamparados nº 2 ejerciendo de practicantes de la sección primera José Jiménez Coves y José Esteve Penalva (Ors Montenegro, 2010); en 1915 la Sede se traslada a la plaza de María Guerrero.

La “Cruz Roja”: ese es el emblema adoptado por esta asociación

internacional... a su sombra parece volver a la vida el moribundo y al flotar sobre las sienas del herido... su oficio es ir a dónde se vierte sangre del hombre para restañarla. No espera más premio que el de su conciencia satisfecha y pone de relieve el heroico desinterés de todos los asociados en aras del pensamiento caritativo que los impulsa (El Tío Paco, 18-09-1909).

A Tomás Sempere le sustituye Antonio Sánchez Bernad, delegado-presidente de la ALCRE en 1926. La Cruz Roja se ubica en la Plaza del Esparto donde tiene montado un dispensario de urgencia, con material quirúrgico y botiquín. Diariamente se practican 5 curaciones, estando al frente el jefe médico de la Brigada y el forense de la ciudad, Carmelo Serrano García. A estos hay que sumar la Brigada de Camilleros, que está compuesta en su totalidad *por honrados trabajadores, que, alistados en filas voluntarias de la Caridad, prestan su abogado concurso*. En 1927 la Brigada de Camilleros consta de un jefe, tres oficiales, dos sargentos, siete cabos y 35 camilleros; de estos 35 se destina el número suficiente para el servicio de 6 camillas, cada una de las que tiene adscrito un botiquín; los restantes forman la Sección ciclista, Escuadra de gastadores y Banda de cornetas y tambores. A la Brigada va afecto un jefe facultativo (médico), dos practicantes y un capellán.

Los Camilleros son hombres puestos al servicio de los demás, llevados a ello por el sólo impulso del corazón, movidos por el estímulo altruista del cariño a sus hermanos, que son para todos ellos, absolutamente todos los seres humanos, sin distinción de ninguna especie. Allá donde hay un ser desgraciado que necesita auxilio, allá va un Camillero de la Cruz Roja, ese Ángel en forma humana que ni rehúye trabajo por penoso que sea, ni vuelve la cara ante la desgracia por espantosa que aparezca (Elche, 24-12-1927).

Figura 1. Brigada de Camilleros.



(Fuente: *Elche*, Año I, nº 24, Diciembre de 1927).

La vida económica de la entidad se debe a la cooperación de un centenar de socios y a la subvención de 250 pesetas que tiene concedida por el Ayuntamiento de la

ciudad (*Levante*, 20-12-1925). En el Movimiento de caja del Ayuntamiento de la ciudad del mes de Octubre de 1923 se registran 75 pesetas por alquileres de locales de la Cruz Roja; en Febrero y Abril de 1924 sólo aparece alquiler por un importe de 25 pesetas. En el mes de Noviembre se pagan 25 pesetas a camilleros de Cruz Roja por traslado de cadáveres (*Nueva Illice*, 11-11-1923 y 16-12-1923; *Renovación*, 06-03-1924 y 19-10-1924); el mes de Octubre de 1924 registra un pago de 80 pesetas para alquiler de Cruz Roja y material sanitario (*Renovación*, 26-02-1925).

El 29 de Junio de 1924 la Comisión de Partido de Elche de Cruz Roja Española comunica a los médicos, practicantes y personal subalterno de la Ambulancia Urbana Local que la institución se traslada de domicilio social a la Plaza del Esparto; allí quedan ubicadas sus oficinas, el parque de Camilleros y el dispensario de urgencia desde el 1 de Julio de 1924; la inauguración oficial se produce el 13 de Julio de 1924; el nuevo edificio *es una casa de moderna construcción que reúne todas aquellas condiciones de higiene y comodidad precisas al fin para que se la destina* (*Nueva Illice*, 29-06-1924 y 13-07-1924). En Agosto de 1924 el semanario *La Defensa* publica una pequeña reseña respecto a la Cruz Roja de la mano de Milagros Gómez Soler, viuda de Navarro, con el título “Pluma de mujer”:

La Cruz Roja, sociedad mundial, es corpulento árbol cuyas frondosas

Cultura de los Cuidados

ramas sostenidas en España por las regias manos de nuestra augusta soberana (que Dios guarde), dan vida con su savia a la más sublime de las virtudes, la caridad... (24-08-1924).

Nueva Illice felicita a la escritora del artículo y al señor Sánchez Bernad por la labor que desarrollan en *beneficio de la humanidad doliente* (*La Defensa*, 24-08-1924; *Nueva Illice*, 19-10-1924). En Mayo de 1928, Milagros Gómez volverá a ser felicitada como ilustre presidenta de la Cruz Roja y notable escritora, colaboradora del semanario (*El Día*, 29-05-1928). Milagros Gómez Soler (1859-?) escritora ilicitana, publicó *El castigo junto al crimen* (Alicante, A. Reus, 1882), *Un poema de dolor* (Alicante, A. Reus, 1884) y *Hojas Secas* (Alicante, A. Reus, 1889); colaboró habitualmente en la prensa ilicitana: *La idea*, *El Vinalopó*, *El Eco Liberal*, *El Pueblo de Elche*, *Justicia*, *Hojas Morales*, *La Defensa*, *Nueva Illice*, *Elche*, *El Ilicitano*, *El Popular* y *La Opinión*; probablemente fue la primera mujer en escribir en la prensa ilicitana; contribuyó a difundir la labor de Cruz Roja en la ciudad siendo socia activa.

Figura 2. Junta de Damas de la ALCRE



(Fuente: Archivo Histórico Municipal de Elche, 1927, Sig. AF772)

Ya en 1911 la Asamblea Suprema de Cruz Roja otorga a Milagros Gómez la Medalla de Plata por sus meritorios servicios y en 1915 es condecorada de nuevo con la Medalla de Oro (Ors Montenegro, 1984). Seguirá así el impulso de la reina Victoria Eugenia que pretendía contagiar a su entorno más próximo acercándose a asociaciones de mujeres bien acomodadas (Lujano y Ruiz, 2019:5).

En el mes de Octubre de 1924, Sánchez Bernad comunica al alcalde de la ciudad que, según disponen los nuevos estatutos, se ha reorganizado la Comisión de la Cruz Roja fusionándose con la Sección de Señoras, formando una Sección única que se denominará ALCRE; el delegado ofrece sus respetos a la autoridad y pone a su disposición el Instituto en beneficio del bien público (Comunicación d 151, 25-10-1924). “¿Para qué sirve la Cruz Roja?” es el título de una pequeña nota que hace el semanario *Juventud* sobre la Cruz Roja y la no permanencia de sus empleados:

¿Para dar bombo a una fachada ostentando esa insignia, símbolo de humanitarismo y de civilización? Porque no será por la permanencia continua del personal sanitario empleado en este benéfico establecimiento. Verdaderamente un escándalo. Nosotros, pedimos al Ayuntamiento, ya que depende de él el citado dispensario, que vigile para que cumplan sus empleados;

La respuesta de Sánchez Bernad al semanario es que el Dispensario es exclusivamente de dicha asociación e independiente de la Corporación Municipal; el personal que presta sus servicios lo hace por altruismo y gratuitamente (*Juventud*, 31-05-1925 y 07-06-1925). Al mes siguiente el delegado responde al semanario de una forma más completa porque piensa que tergiversa la verdad de los hechos ocurridos; dice que el dispensario de la Cruz Roja está subvencionado con 80 pesetas mensuales, cantidad que se destina íntegra al pago de los alquileres de la casa social; todos los gastos que origina el establecimiento se sufragan con las cuotas de sus asociados y con lo que se recauda por colectas, beneficios, festivales y donativos particulares; todo el personal que presta sus servicios lo hace por altruismo excepto el conserje, que cobra 1,25 pesetas diarias, siendo el encargado del cobro de las cuotas, limpieza del local y demás obligaciones de su cargo (*Nueva Illice*, 07-06-1925).

CELEBRACIONES PARA RECAUDAR FONDOS: LA FIESTA DE LA BANDERITA

En octubre de 1912, la Cruz Roja Española autoriza a todas sus delegaciones y comisiones para que acepten donativos en metálico para la guerra de los Balcanes; la sede de Elche recibe los mismos para tal objeto entregando a los donantes el

correspondiente recibo talonario (b 342/9, 26-10-1912).

En 1913, *Nueva Illice* recoge varios donativos de ilicitanos para la Cruz Roja: Leandro Román dona un estuche de nogal con varios instrumentos de cirugía y Joaquín Pérez un litro de alcohol para la Casa de Socorro (07-06-1913). “La dama de la Cruz Roja en la guerra” es publicación de actualidad de Antonio Heredero (*Trabajo*, 02-01-1916). En el mes de Junio de 1924 se prepara un *hermoso festival* en la Glorieta cuyos productos son destinados al sostenimiento del dispensario y adquisición de material sanitario y de curación para la Ambulancia Sanitaria Urbana de la Cruz Roja. Organiza la fiesta la Junta de Damas que acudirá con la Brigada de Camilleros, banderas y banda de cornetas y tambores; la banda de música *Blanco y Negro* tomará parte en la fiesta. En esta fiesta de caridad las señoritas de la localidad harán una colecta para el sostenimiento de la Casa de Socorro que tiene establecida la Cruz Roja obsequiando con flores a los donantes cedidas por el alcalde; las *heroínas del éxito de la recaudación* obtienen la cifra de 1.303,55 pesetas; los ilicitanos prestan su cooperación en función de su estado y posición social (*El Papagayo*, *La Defensa*, *Nueva Illice* y *Renovación*, 01 y 08-06-1924). El mismo mes se recibe una comunicación de propaganda de la Lotería Nacional; en ella se van a sortear grandes premios a beneficio de la Cruz Roja y de la Lucha Antituberculosa; el evento será en

Cultura de los Cuidados

Madrid el día 11 de Octubre de 1924. Se venderán 48.000 billetes a 250 pesetas cada uno divididos en décimos de 25 pesetas (*Nueva Illice*, 10-08-1924; Comunicación d 150, s/f junio 1924).

A finales del mes de Mayo de 1925 se proyecta la celebración de un festival por la *ALCRE* para conseguir recursos con destino al sostenimiento de su Casa de Socorro y Ambulancia Sanitaria Urbana; en esta ocasión va a cooperar la Banda Municipal de Música, cedida por el alcalde Gabriel Ruiz Chorro, que, de su cuenta, *vaa ofrecer todas las flores que se necesiten* para el evento (*Nueva Illice*, 31-05-1925). El mismo mes juegan un partido benéfico para el *Hospital de la Cruz Roja* la *Real Sociedad de San Sebastián* y el *Club Natación* (*Juventud*, 04-05-1925).

En el mes de Agosto de 1925 se celebran los Juegos Florales de Albacete, organizados por la Asamblea Local de la Cruz Roja Española; como temas relacionados con la Cruz Roja de corte jurídico, social y sanitario destacan: “Cartilla popular contra los remedios caseros que la Ciencia juzga inútiles o perjudiciales”, “La mujer como eficaz colaboradora de los servicios encomendados a la Cruz Roja”, “Influencia del Derecho en las nuevas orientaciones sociales”, “Nociones de Higiene Femenina para usode las enfermeras de la Cruz Roja”, “Orientaciones para resolver el problema de la vivienda y de la construcción de casas”, “Disposiciones legales que podrían aconsejarse conducentes a la solución de

estos problemas” (*Nueva Illice*, 23-08-1925).

A finales de año se le encarga a la Cruz Roja Española que colabore con la obra “Aguinaldo del soldado” *que tan insustituibles consuelos lleva el ánimo de los bravos defensores de la Patria*; la *ALCRE* recibe donativos *para tan altruista fin* tanto en efectivo como en especie, en forma de ropas y víveres. También hay un proyecto para la celebración de un acto público con la cooperación de las entidades artísticas de la ciudad para recaudar la mayor suma destinada a tal fin (*Amanecer*, 06-12-1925; *Levante*, 05-12-1925).

En Mayo de 1927 se organiza la *Fiesta de la Banderita de la Cruz Roja*; la Cruz Roja deseosa de colaborar a favor de los damnificados por los últimos temporales en Santa Pola, dispone que el 25% del total de la recaudación de la *Fiesta* sirva para engrosar la mencionada suscripción; para motivar a la población se regala un número a todos los que, al entrar en la Glorieta, entreguen un donativo de 10 a 25 céntimos; al final de la *Fiesta* se hace un sorteo entregando al número premiado la figura artística de un escaparate del comercio de Juan Brufal, en la calle Victoria. Este objeto es de los sobrantes de la Tómbola organizada por las señoras de la Cruz Roja en Agosto de 1921; se conservan en la casa social y, *ya que proceden del pueblo, es muy justo que vuelvan otra vez al pueblo*. La recaudación obtenida en la *Fiesta* asciende a 683 pesetas; de ellas se han entregado 215,75 a la alcaldía para la suscripción iniciada por el

Ayuntamiento con destino a los *santapolenses*; el resto se ingresa en la Caja de la ALCR de la ciudad (*Amanecer*, 08-05-1927; *La Defensa*, 29-05-1927 y 05-06-1927).

En el mes de Diciembre de 1928, como todos los años, se celebra la fiesta de la Patrona de la Cruz Roja el día de la Inmaculada Concepción o la Purísima; después del desfile de los Camilleros las señoras reparten limosnas a enfermos pobres visitando los domicilios de los mismos; también se distribuyen en el pórtico de la Casa Consistorial 400 tapabocas para niño y cubrecorsés de punto inglés para niña donados por el alcalde para los niños y niñas pobres de la ciudad (*Nueva Illice*, 16-12-1923; *La Defensa*, 23-12-1928; *El Illicitano*, 02-12-1928).

En Julio de 1930 la ALCRE presenta una instancia dirigida al Gobernador Civil de la Provincia solicitando permiso para la instalación de una Tómbola Benéfica a beneficio de la Institución, rogándole que le dé curso con la mayor brevedad posible (Comunicación d 163, 29-07-1930).

ACUERDOS MUNICIPALES

En Octubre de 1925 Sánchez Bernad quiere hacer constar en acta la gratitud de la Cruz Roja hacia la Corporación municipal; el motivo de tal proceder es el aumento de la subvención para el alquiler y sostenimiento del Dispensario de urgencia (Comunicación d 155/1, 17-10-1925).

La situación de la política sanitaria en la ciudad es analizada por Francisco Quesada en el semanario *Trabajo* en Marzo de 1924; la realidad es que no existe un Laboratorio donde *pobres y ricos puedan servirse de la ciencia investigadora de su microbiología y bacteriología*; cómo explicar que *una ciudad de 30.000 habitantes carece de casa de Socorro de asistencia inmediata*; la mayoría de los obreros, por su precaria situación económica, carecen del dinero para afrontar la asistencia médica... *aunque existe la Cruz Roja... pero es de justicia que esta asistencia sea en local ad hoc montado por el Ayuntamiento; en pueblos de igual categoría sí existen* (*Trabajo*, 30-03-1924). En Diciembre de 1925 el semanario *Levante* entrevista a Antonio Sánchez Bernad de la mano de *Lucio Poncio*; se trata el tema del Estatuto Municipal que dispone que las poblaciones de más de 20.000 habitantes sean obligadas al sostenimiento de una Casa de Socorro; el Delegado responde que, de ser así,

la ciudad dispone de una Casa de Socorro ya montada y muy bien podría aumentar la consignación a la Cruz Roja la Corporación Municipal, para que esta organice el servicio permanente, con personal facultativo. Es esta una mejora necesaria en nuestra población, en atención a que dado lo numeroso e importante de su industria, existe el peligro constante

Cultura de los Cuidados

de desgraciados accidentes que requieren inmediata intervención (Levante, 20-12-1925).

A finales de 1927 el semanario *Elche* habla del doctor José María López Campello (1861-1933) como *uno de los médicos que ejerce su profesión en la benéfica institución de la Cruz Roja; es su valiosísima ayuda de gran importancia, con su especialidad de "Enfermedades del Aparato Digestivo"*. Este médico español, nacido en Elche en 1861, es redactor de la *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas*, y colaborador de otras publicaciones importantes. El Ateneo de Madrid lo ha elegido para formar parte de su junta directiva con el cargo de depositario, donde ejerce su profesión de médico. En este período vive en Alicante, *siendo el consuelo de los enfermos y el ángel de la caridad para los pobres que necesitan sus auxilios y, a los que atiende, tal vez por su humilde condición, con más solicitud y cariño (Elche, 18-12-1927).*

En Enero de 1930 el consistorio acuerda, en sesión extraordinaria, el concurso para proveer en propiedad cuatro vacantes de Practicantes de cirugía menor para guardia permanente en la Casa de Socorro o en el Dispensario de la Cruz Roja, que desempeña el servicio en la actualidad (Acta 227, 13-01-1930:6-12); ya en 1923 el practicante era considerado una persona perita, con un título profesional de esfera limitada que ejecutaba prescripciones del médico (González, 2013:21).

Figura 3. Detalle del Parque-Almacén de material.



(Fuente: *Elche*, Año I, nº 24, Diciembre, 1927).

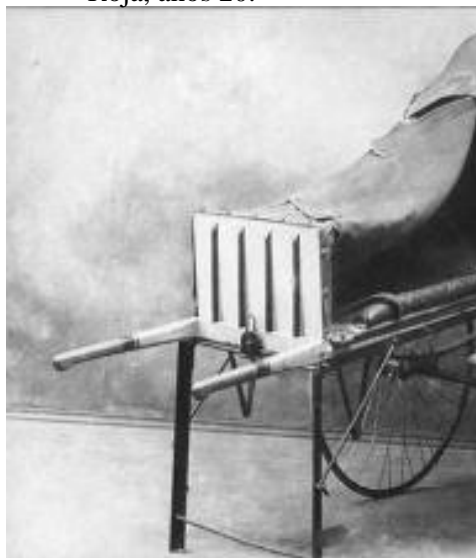
Para finales de año la subvención a la Cruz Roja por el servicio de la Casa de Socorro es de 3.000 pesetas; el salario mensual de los 4 practicantes de la Casa de Socorro asciende a 750 pesetas cada uno; la gratificación del Director de la Sub-brigada sanitaria para el mes de Marzo de 1928 es de 1.500 pesetas (Comunicación d 159/2, 30-03-1928).

constituye esta una importante mejora en el servicio local de Sanidad... aplaudimos al alcalde, que no olvida el aspecto sanitario de la vida local; al montar este servicio dejará de ocurrir lo que sucedía antes: que el herido, mientras se buscaba a un

médico o practicante, transcurría media hora, tiempo suficiente para que, en caso grave, pudiera morir por falta de asistencia (Comunicación d 163, 22-02-1930; *La Voz de Levante*, 15-01-1930 y 19-01-1930).

En el mes de Enero de 1928 la Comisión Permanente de la ciudad cede a la Cruz Roja una parcela de terreno de 45,15 metros cuadrados, libre de gastos e impuestos, en el Cementerio General para enterramientos del personal subalterno que fallezca, afecto a la Ambulancia Sanitaria Urbana (Legajo 1498/9); el Delegado de *ALCRE* agradece la distinción que ha tenido el Consistorio al atender dicha solicitud (Comunicación d 161, 12-10-1929).

Figura 4. Ciclo-camilla de la Cruz Roja, años 20.



(Fuente: lamiradadeladama.org, *Cátedra Pedro Ibarra*)

En el mes de Enero de 1931 Antonio Vicente Caracena, practicante en medicina y

cirugía, expone que, habiendo suplentes sin sueldo de practicantes titulares, se nombren practicantes suplentes sin sueldo del dispensario de la Cruz Roja; la petición es desestimada (Legajo 97/42).

SERVICIOS PRESTADOS

No disponiendo de series completas se han elaborado unas tablas representativas de la actividad sanitaria de la Casa de Socorro en la que se ubica la Cruz Roja ilicitana y la Ambulancia Sanitaria Urbana; esta primera tabla obedece a una semana concreta de junio de 1913 y los motivos de las curaciones son heridas varias (Tabla 1).

Los servicios que presta la Ambulancia Sanitaria Urbana y la Casa de Socorro durante los años 1927 (La Defensa y Elche, 20-01-1928), 1929 (Legajo 1463/2. Comisión de Beneficencia y Sanidad, 1929) y 1930 (Legajo 1463/2. Comisión de Beneficencia y Sanidad, 31-12-1930) son, según el Secretario de la Junta José Manuel Quiles los siguientes, careciendo de series completas como el año 1928 o anteriores a 1927 (Tabla 2).

Las curaciones de 1930 por meses son: Enero 59, Febrero 53, Marzo 52, Abril 52, Mayo 54, Junio 52, Julio 48, Agosto 65, Septiembre 48, Octubre 54, Noviembre 37 y Diciembre 51 por lo que se observa cierta homogeneidad en los datos.

Las causas de los lesionados en los meses de Abril (Comunicación d 163, 08-05-

1930), Mayo (Comunicación d 164/1, 31-05-1930) y Junio (Comunicación d 163, 05-07-1930) de 1930 y Enero (Comunicación d 164/2, 05-02-1931) y Abril (Comunicación d 164/2, 04-05-1931) de 1931 son los siguientes, adoleciendo del resto de meses de los años estudiados y de los años anteriores a 1930: las vacunaciones efectuadas en Mayo de 1930 se refieren a vacuna antivariólica procedente de la Inspección Provincial de Sanidad de Alicante (Comunicación d158, 09-04-1927; d163, 31-05-1930) (Tabla 3).

CONCLUSIONES

La vida cotidiana de la *Asamblea Local de Cruz Roja Española de Elche* se inicia a finales del siglo XIX aunque de manera formal lo hará en 1909; tendrá una clara función social de asistencia sanitaria en la ciudad dando respuesta a las necesidades de mayor urgencia. Los servicios que presta hasta los años 30 del siglo XX son diversos, desde curación de heridas, traslado de enfermos, asistencia a entierros o vacunaciones. Su carácter independiente estará complementado con la ayuda municipal, a base de subvenciones tanto en efectivo como en personal, los socios y la organización de eventos para su sostenimiento (Comunicación d 163, 22-02-1930; *La Voz de Levante*, 15-01-1930 y 19-01-1930).

Los principios en los que se basa la génesis de la Cruz Roja Internacional están presentes en la vida cotidiana de la *ALCRE*; la caridad quizá sea el cimiento de mayor

calado escrito en la prensa ilicitana, desde las *filas voluntarias de la caridad* de los camilleros (*El Tío Paco*, 18-09-1909) al estilo “Landa” (Arenal, 1916) y resto de personal de la Casa de Socorro hasta las publicaciones de Milagros Gómez Soler (*El Día*, 29-05-1928); la universalidad es *para todos los seres humanos* (*Elche*, 24-12-1927) así como las recaudaciones de fondos para el Aguinaldo del soldado (*Amanecer*, 06-12-1925; *Levante*, 05-12-1925) o los temporales de Santa Pola (*Amanecer*, 08-05-1927; *La Defensa*, 29-05-1927 y 05-06-1927); la independencia económica y pública es defendida en varias ocasiones por su presidente, Sánchez Bernad, que afirma que el Dispensario es exclusivamente de dicha asociación e independiente de la Corporación Municipal y que el personal que presta sus servicios lo hace por altruismo y gratuitamente (*Juventud*, 31-05-1925 y 07-06-1925) aunque, con el tiempo, el consistorio contribuirá con personal propio; la imparcialidad, como esencia del movimiento, se dedica únicamente a socorrer a los individuos sin hacer distinción de raza, nacionalidad, religión, condición social o credo político (*Cruz Roja Española*, 2020) como la aportación para la guerra de los Balcanes (b 342/9, 26-10-1912).

FUENTES Y BIBLIOGRAFIA

Prensa histórica

Amanecer, PH-23, Año I, Núm. 6 de 6 de Diciembre de 1925.

Amanecer, PH-23, Año II, Núm. 36, Julio de 1926.

- Amanecer*, PH-23, Año III, Núm. 76 de 8 de Mayo de 1927.
- Democracia*, Año I, Núm. 6 de 26 de Septiembre de 1909.
- Elche*, PH-36, Año I, Núm. 23 de 18 de Diciembre de 1927.
- Elche*, PH-36, Año I, Núm. 24 de 24 de Diciembre de 1927.
- Elche*, PH-36, Año II, Núm. 28 de 29 de Enero de 1928.
- El Día*, PH-172, Año XIV, Núm. 3.967 de 29 de Mayo de 1928.
- El Illicitano*, PH-25, Año I, Núm. 26 de 2 de Diciembre de 1928.
- El Papagayo*, PH-350, Año II, Núm. 34 de 1 de Junio de 1924.
- El Papagayo*, PH-350, Año II, Núm. 35 de 8 de Junio de 1924.
- El Tío Paco*, Año I, Núm. 7 de 18 de Septiembre de 1909.
- Gaceta de Madrid*, Núm. 181 de 29 de Junio de 1924.
- Juventud*, PH-42, Año I, Núm. 4 de 24 de Mayo de 1925.
- Juventud*, PH-42, Año I, Núm. 5 de 31 de Mayo de 1925.
- Juventud*, PH-42, Año I, Núm. 6 de 7 de Junio de 1925.
- La Defensa*, PH-66, Año XIV, Núm. 660 de 1 de Junio de 1924.
- La Defensa*, PH-66, Año XIV, Núm. 671 de 24 de Agosto de 1924.
- La Defensa*, PH-66, Año XVII, Núm. 809 de 29 de Mayo de 1927.
- La Defensa*, PH-66, Año XVII, Núm. 810 de 5 de Junio de 1927.
- La Defensa*, PH-66, Año XVIII, Núm. 841 de 29 de Enero de 1928.
- La Defensa*, PH-68, Año XVIII, Núm. 886 de 23 de Diciembre de 1928.
- La Perla*, Año I, Núm. 4 de 11 de Septiembre de 1909.
- La Voz de Levante*, PH-107, Año I, Núm. 2 de 15 de Enero de 1930.
- La Voz de Levante*, PH-107, Año I, Núm. 3 de 19 de Enero de 1930.
- Levante*, PH-45, Núm. 5 de 5 de Diciembre de 1925.
- Levante*, PH-45, Núm. 6 de 20 de Diciembre de 1925.
- Nueva Illice*, Año I, Núm. 1 de 7 de Junio de 1913.
- Nueva Illice*, PH-74, Año XI, Núm. 584 de 11 de Noviembre de 1923.
- Nueva Illice*, PH-74, Año XI, Núm. 589 de 16 de Diciembre de 1923.
- Nueva Illice*, PH-74, Año XII, Núm. 612 de 1 de Junio de 1924.
- Nueva Illice*, PH-74, Año XII, Núm. 613 de 8 de Junio de 1924.
- Nueva Illice*, PH-74, Año XII, Núm. 616 de 29 de Junio de 1924.
- Nueva Illice*, PH-74, Año XII, Núm. 618 de 13 de Julio de 1924.
- Nueva Illice*, PH-74, Año XII, Núm. 621 de 10 de Agosto de 1924.
- Nueva Illice*, PH-74, Año XII, Núm. 631 de 19 de Octubre de 1924.
- Nueva Illice*, PH-85, Año XIII, Núm. 662 de 31 de Mayo de 1925.
- Nueva Illice*, PH-85, Año XIII, Núm. 663 de 7 de Junio de 1925.
- Nueva Illice*, PH-85, Año XIII, Núm. 672 de 23 de Agosto de 1925.
- Renovación*, PH-17, Año I, Núm. 6 de 9 de Marzo de 1924.
- Renovación*, PH-17, Año I, Núm. 18 de 1 de Junio de 1924.
- Renovación*, PH-17, Año I, Núm. 19 de 8 de Junio de 1924.
- Renovación*, PH-17, Año I, Núm. 37 de 19 de Octubre de 1924.
- Renovación*, PH-17, Año II, Núm. 55 de 26 de Febrero de 1925.
- Trabajo*, Año IX, Núm. 333 de 2 de Enero de 1916.
- Trabajo*, PH-34, año XVII, Núm. 669 de 30 de Marzo de 1924.

Documentos del Archivo Histórico Municipal de Elche (AHME)

Acta 227, Sesión extraordinaria de 13 de Enero de 1930, pp. 6-12 (AHME).
 B 342/9, 26 de Octubre de 1912. Colección *Ephemeris* Pedro Ibarra (AHME).
 Comunicación d 150, s/f. de Junio de 1924 (AHME).
 Comunicación d 151, de 25 de Octubre de 1924 (AHME).
 Comunicación d 155/1, de 17 de Octubre de 1925 (AHME).
 Comunicación d158, de 9 de Abril de 1927 (AHME).
 Comunicación d 159/2, de 30 de Marzo de 1928 (AHME).
 Comunicación d 161, de 12 de Octubre de 1929 (AHME).
 Comunicación d 163, de 22 de Febrero de 1930 (AHME).
 Comunicación d 163, de 8 de Mayo de 1930 (AHME).
 Comunicación d163, de 31 de Mayo de 1930 (AHME).
 Comunicación d 164/1, de 31 de Mayo de 1930 (AHME).
 Comunicación d 163, de 5 de Julio de 1930 (AHME).
 Comunicación d 163, de 29 de Julio de 1930 (AHME).
 Comunicación d 164/2, de 5 de Febrero de 1931 (AHME).
 Comunicación d 164/2, de 4 de Mayo de 1931 (AHME).
 Legajo 97/42 (AHME).
 Legajo 1463/2. Comisión de Beneficencia y Sanidad, 1929 (AHME).
 Legajo 1463/2. Comisión de Beneficencia y Sanidad, 31 de Diciembre de 1930 (AHME).
 Legajo 1498/9 (AHME).

BIBLIOGRAFÍA

Arenal, C. (1916). La Cruz Roja sujeta a una prueba. *La voz de la caridad*, 92(26), 1 enero. Recuperado de <http://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/articulos-sobre-beneficencia-y->

[prisiones-volumen-ii--0/html/fefb5568-82b1-11df-acc7-002185ce6064_6.html](http://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/articulos-sobre-beneficencia-y-prisiones-volumen-ii--0/html/fefb5568-82b1-11df-acc7-002185ce6064_6.html)

Arrizabalaga, J. (2014). Introducción. En el 150º aniversario de la Cruz Roja: nuevas cuestiones y enfoques en la historia del humanitarismo de guerra. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* (Edición digital), 66(1), 1-27. Recuperado de <https://doi.org/10.3989/asclepio.2014.01>

Burke, P. (1996). *Formas de hacer historia*. Madrid: Alianza Editorial.

Clemente, J.C.; Polo, J.F. (2003). *La prensa humanitaria en la España Contemporánea (1870-1989)*. Madrid: Ed. Fundamentos.

Cruz Roja Española. Recuperado de <http://www.cruzroja.es>

Cruz Roja Española en Elche. Recuperado de <http://cruzrojaelche.org>

Gómez Martínez, M.R. (2018). *Crónica de la pobreza. Orígenes de la Asistencia Social en una ciudad del mediterráneo. Elche, 1923-1930*. Elche: Cátedra Pedro Ibarra. Universidad Miguel Hernández.

González García, A. (2013). Los manuales de formación de la Cruz Roja durante la epidemia de gripe de 1918-1919. *Cultura de los cuidados*, 17(36): 19-28. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.36.03>

Hernández-Conesa, J.M. (2014). 150 años de la Cruz Roja Española. La acción humanitaria como derecho humano. *Índex de Enfermería*, 23(4), oct-dic. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300014>

Lujano Arenas, A.; Ruiz-Berdún, D. (2019). Los comienzos de una institución centenaria: Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela. *Temperamentvm. Revista Internacional de Historia y Pensamiento enfermero*, 15. Recuperado de <https://orcid.org/0000-0001-8884-6139>

Martínez Sabater, A., Juárez Colom, J., Solano Ruiz, M.C., Siles González, J. (2017). Las nodrizas en el periódico ABC (1903-1920). *Cultura de los cuidados*, 21(48).

Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.48.11>

Más Espejo, M. (2016). *El cuerpo de damas enfermeras de la Cruz Roja Española: formación y contribución a la labor cuidadora y social*. (Tesis de doctorado no publicada). Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante: Alicante. Recuperada de <http://hdl.handle.net/10045/62388>

Monge Juárez, M. (2015). *Agua, tierra y capital. La construcción de una ciudad contemporánea. Elche, 1884-1903*. Elche: Cátedra Pedro Ibarra. Universidad Miguel Hernández.

Ors Montenegro, M. (1984). *La prensa ilicitana, 1836-1980*. Alicante: Caja de Ahorros Provincial.

Ors Montenegro, M. (2010). *Cátedra Pedro Ibarra*. Recuperado de <http://www.elche.me>

Rueda Cuenca, J., Martínez Marco, E., Ors Montenegro, M., Salazar Agulló, M. (2018). *La epidemia de gripe española en el Baix Vinalopó (1918-1919)*. Elche: Cátedra Pedro Ibarra, Universidad Miguel Hernández.

Siles González, J. (1996). Enfermería y conflictos bélicos. Una historia por hacer. *Índex de Enfermería*, (15), 7-8. Recuperado de <http://www.index-f.com/index-enfermeria/15/0708.php>

Tabla 1. Curaciones verificadas en la Casa de Socorro última semana (Nueva Illice, 07-06-1913)

Diego Pérez Sánchez	Herida contusa en la región superciliar derecha y otra en la mesetérica derecha y diferentes erosiones en la cara
Juan Ruiz Agulló	Herida contusa en el interior del cuero cabelludo
Francisco Aracil Gómez	Herida contusa en el labio inferior
Teresa Agulló Sánchez	Herida contusa en la región parietal derecha, de 4 cm de longitud de pronóstico leve
José Quiles Jaén	Herida punzante en la mano derecha
Carmen Montero San	Herida incisa en la rodilla derecha y erosiones en los brazos
Antonia Agulló Sánchez	Herida contusa en la cara superior del carpo de la mano derecha

Tabla 2. Servicios prestados	1927	1929	1930
Traslado de heridos en camilla al Hospital o a su domicilio	8	6	7
Traslado de enfermos en camilla al Hospital	2	2	
Traslado de cadáveres en camilla al Depósito Judicial o a su domicilio	5	5	5
Asistencia a incendios	1	2	
Personas asistidas en la vía pública	5	5	
Personas acompañadas a su domicilio después de curadas u otros lugares de la población	18	15	
Personas socorridas con/en metálico	2	11	
Personas socorridas con tapabocas para niños	200		
Personas socorridas con medicamentos	8	12	
Primeras curas efectuadas en la Casa de Socorro	330	370	625
Retenes	6	8	10
Puestos de socorro fuera del domicilio social	2		
Salidas a instrucción, ejercicios o maniobras	1	3	
Asistencias a corridas de Toros		3	
Asistencias a entierros en corporación		3	
Total	588	445	647

Tabla 3. Causas lesiones	Abril 1930	Mayo 1930	Junio 1930	Enero 1931	Abril 1931
Acc. trabajo	21	4	16	16	5
Mordedura		1 (perro)	1 (perro)		1 (caballo)
Riña	1	2	3	1	
Atropello		1	5	1 (auto) 1 (bicicleta)	3 (auto)
Hecho casual	34	45	32	26	35
Vacunaciones		194	55		
Intoxicaciones					1
Total	56	247	112	45	45

La nodriza pasiega: transición de la actividad biológica a la laboral (1830-1930)

The Pasician wet nurse: transition from biological activity to work (1830-1930)
A mãe Pasiege: transição da actividade biológica para a actividade laboral (1830-1930)

Sagrario Gómez Cantarino^{1,6} Laura Romera-Álvarez^{2,6} Mercedes Dios-Aguado^{3,6} José Siles-González⁴ Blanca Espina-Jerez^{5,6}

¹PhD. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional. Universidad de Castilla-La Mancha. Campus de Toledo (UCLM). Correo electrónico: sagrario.gomez@uclm.es

²Facultad de Fisioterapia y Enfermería, Universidad de Castilla-La Mancha (Campus de Toledo). Correo electrónico: Laura.Romera@alu.uclm.es

³Centro de Salud de Yepes. Área nº1 Toledo. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Correo electrónico: mded@sescam.jccm.es

⁴PhD. Universidad de Alicante. Facultad Ciencias de la Salud. Correo electrónico: jose.siles@ua.es

⁵PhD. Estudiante Doctorado. Universidad de Alicante. Facultad de Ciencias de la Salud. Correo electrónico: bej1@alu.ua.es

⁶Estudio Asociado de investigación HISAG-EP (España-Portugal).

Cómo citar este artículo en edición digital: Gómez-Cantarino, S., Romera-Álvarez, L., Dios-Aguado, M., Siles-González, J. & Espina-Jerez, B. (2020). La nodriza pasiega: transición de la actividad biológica a la laboral (1830-1930). *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 24 (57) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.10>

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: Laura.Romera@alu.uclm.es

Recibido: 12/11/2019

Aceptado: 07/03/2020



ABSTRACT

The wet nurses are in charge of breastfeeding, education and care of other people's children. These women have had a role in society since ancient times. This figure acquired special relevance in Spain during 1830-1930 linked to the monarchy.

The contract for their services had as a cause health problems of the biological mother, but it became a privilege. The choice of these women was based on examinations carried out by doctors and priests, which guaranteed good physical and moral health. Northern women began to be sued, especially those from the Pas Valley, who migrated to urban

areas, such as Madrid. These women were considered to be healthier and more suitable for this trade due to their robust physical condition and their life in nature. The contract had an implicit salary and was regulated by law (1904 Child Protection and Royal Decree 1910). Their services were carried out in houses of foundlings and in the homes of families, including royalty. It is worth noting the importance of the wet nurse, in a historical period with high infant mortality rates, as they encouraged the survival of newborns.

Keywords: breastfeeding, history, breast milk, wet nursing, anthropology cultural.

RESUMEN

Las nodrizas son las encargadas de la lactancia, educación y cuidados de hijos ajenos. Estas mujeres han tenido un papel en la sociedad desde la Antigüedad. Esta figura adquirió especial relevancia en España durante 1830-1930 ligada a la monarquía. El contrato de sus servicios tenía como causa problemas de salud de la madre biológica, pero se convirtió en un privilegio. La elección de estas mujeres se basaba en exámenes realizados por médicos y sacerdotes, que garantizaran la buena salud física y moral. Las amas de leche norteñas comenzaron a ser demandadas, especialmente las procedentes del Valle del Pas, las cuales emigraron a las zonas urbanas, como Madrid. Estas mujeres eran consideradas más saludables y aptas para realizar este oficio debido a su estado físico de robustez y su vida en la naturaleza. El contrato tenía implícito un sueldo y estaba regulado por leyes (1904 Protección a la Infancia y Real Decreto 1910). Sus servicios se realizaban en casas de expósitos y en hogares de las familias, incluso de la realeza. Cabe destacar la importancia de la nodriza, en un periodo histórico con altas tasas de mortalidad infantil, ya que fomentaron la supervivencia de los recién nacidos.

Palabras Clave: lactancia, historia, leche materna, nodrizas, antropología cultura.

RESUMO

As enfermeiras húmidas são responsáveis pela amamentação, educação e cuidados com os filhos de outras pessoas. Estas mulheres têm tido um papel na

sociedade desde os tempos antigos. Este número adquiriu especial relevância em Espanha durante 1830-1930, ligado à monarquia. O contrato dos seus serviços tinha como causa problemas de saúde da mãe biológica, mas tornou-se um privilégio. A escolha destas mulheres baseou-se em exames realizados por médicos e padres, que garantiam uma boa saúde física e moral. As mulheres do Norte começaram a ser processadas, especialmente as do Vale do Pas, que migraram para zonas urbanas, como Madrid. Estas mulheres foram consideradas mais saudáveis e mais adequadas para este comércio devido ao seu robusto estado físico e à sua vida na natureza. O contrato tinha um salário implícito e era regulado por lei (1904 Proteção da Criança e Decreto Real de 1910). Os seus serviços foram realizados em casas de fundição e nas casas das famílias, incluindo a realeza. É de salientar a importância da enfermeira húmida, num período histórico com elevadas taxas de mortalidade infantil, uma vez que incentivavam a sobrevivência dos recém-nascidos.

Palavras-chave: amamentação, história, leite de mães, amas de leite, antropologia cultural.

INTRODUCCIÓN

El término nodriza es definido como “mujer que da de mamar al hijo de otra mujer” (Diccionario Enciclopédica Taber de Ciencias de la Salud; 2008, p. 997). Los términos ama de leche, ama de cría y nodriza se han utilizado a lo largo de la historia indistintamente. No obstante, existen diferencias entre estos términos, considerándose a la mujer que únicamente tiene como función la lactancia materna cada 3 o 4 horas como ama de leche (Del Amo, 2008; Espinosa, 2012). Las nodrizas realizaban otras funciones como la educación, entretenimiento, vigilancia,

disciplina y cuidados del niño, denominándose como “ama seca o de brazos” (Gómez, 2012). El origen etimológico de nodriza proviene de nutricia, que era la retribución económica que recibían por sus servicios (Sabater, Cólom, González, y Ruiz, 2017).

Las nodrizas que habían alimentado a los niños de la casa, una vez que terminaba el periodo de lactancia, ejercían el rol de ama de cría, cuya función era la crianza del niño, cuidando su nutrición y bienestar. Este hecho fue tratado en el Reglamento General de Beneficencia Pública de 1821, en el cual se describe de forma taxativa los dos periodos del trabajo de la nodriza, siendo primero el de lactancia, y posteriormente, crianza. No obstante, las amas de cría no ejercían únicamente roles de cuidados de los niños, sino que se convertían en las “criadas” de los hogares, especialmente de las clases sociales altas, asociadas a la burguesía. Este hecho estaba socialmente aceptado, puesto que el rol de las mujeres se situaba, entre otros, ejerciendo de ama de casa realizando tareas domésticas y cuidados de los niños (Siles, et al, 1998).

Esta figura ha existido desde la prehistoria, apareciendo en códigos babilónicos (Yalom, 1997; Sabater, 2014). Incluso, este oficio era conocido socialmente en la Antigua Grecia y Roma (Espinilla, 2013). La figura de la nodriza tuvo un papel relevante entre los siglos X-XIV en al-

Andalus, incluso se regulaba su oficio a nivel legal y sanitario, con la finalidad de que el recién nacido se alimentara correctamente. Además, realizaban otras funciones como cuidados y educación de los niños (Espina-Jerez; Domínguez-Isabel; Gómez-Cantarino; Pina-Queirós; Bouzas-Mosquera; 2019). Desde el siglo XII la nodriza ha estado muy asociada a la monarquía española y al reformismo social católico (Siles, et al, 1998). No obstante, entre 1830-1930, esta figura adquiere un papel relevante en España (Magdaleno, 2015; Martínez-Sabater, Siles-González, Solano-Ruiz y Saus-Ortega, 2017).

Se identifican históricamente distintos grupos de nodrizas en España. Por un lado, las de índole privado, entre las cuales se encontraban las nodrizas palaciegas. Estas mujeres eran sin duda las más privilegiadas dada la condición de sus “hijos de leche”. También las nodrizas contratadas por la aristocracia y la alta burguesía, las cuales se integraban en las familias y tras los periodos de lactancia y crianza quedaban vinculadas a las mismas como criadas de alto nivel (Iberti, 1789; Junceda; 1992). Durante el siglo XIX en el contexto privado, cabe destacar, aunque en menor grado, la figura de la nodriza que se anunciaba en los periódicos ofreciendo sus servicios para familias de clases medias e incluso, aquellas que ofrecían sus servicios entre la población vecinal de clase baja (Junceda; 1992).

Por otro lado, en el ámbito público se distinguen las nodrizas contratadas por los ayuntamientos que subvencionaban a las familias, las cuales por muerte o ausencia de leche de la madre, no podían alimentar a sus recién nacidos. Las nodrizas contratadas por las diputaciones, se encargaban de alimentar a los niños de familias pobres. Estas mujeres ejercían en oficio en sus casas, en los domicilios de los padres o en los establecimientos benéficos (caso de los expósitos) (Siles, 1996). Este artículo hace especial hincapié en las nodrizas pertenecientes a las clases sociales altas, como la monarquía.

METODOLOGÍA

Se trata de una revisión integrativa con enfoque histórico cuyo propósito consiste en estudiar los documentos relevantes respecto a los objetivos del estudio: las nodrizas en la realeza española y la implicación de esta figura en la supervivencia infantil, en el periodo 1830-1930.

El análisis de contenido de la documentación se ha realizado desde una perspectiva cualitativa mediante una lectura crítica objetiva y sistemática tanto del contenido manifiesto como del el latente (López, 2002). Los pasos que se llevaron a cabo para el análisis consistieron en: vinculación temática, clasificación preliminar de los documentos en base al contenido y criterios organizativos, selección y extracción de la información relevante de acuerdo a los criterios de las revisiones integrativas con el

propósito de permitir resultados y conclusiones (Crossetti, 2012).

La búsqueda de información se realizó en varias fases: en la primera se llevó a cabo una investigación en Scielo a través de términos MeSH. Para la expresión “wet nursing” fue necesario emplear calificadores de la siguiente manera: ((Breast Feeding”) AND ((breast milk) OR ((history) AND ((anthropology cultural). Se realizó una búsqueda en bases de datos electrónicas: Scielo, Dialnet, Cuiden, Medline/Pubmed, CINAHL (Cumulated Index of Nursing y Allied Health Literature), Science Direct, así como en Google Académico, a través de las palabras clave seleccionadas: “lactancia”, “historia”, “leche materna”, “nodrizas”, “ama de lactancia”, “ama de cría”.

En todas las estrategias de búsqueda se revisaron los abstract de aquellas investigaciones en relación con el objetivo del estudio. Se realizó un preanálisis de 24 artículos, de los cuales finalmente se estudiaron detenidamente 17.

En una segunda fase se llevó a cabo la lectura de libros. Se revisaron 14 libros, de los cuales se consideraron para una descripción analítica un total de 12.

En una tercera fase la bibliografía utilizada para esta investigación histórica fue sometida a una interpretación inferencial por los investigadores. Se procuró conocer la realidad ya investigada y escrita, confrontando con la realidad social en España.

Como criterios de inclusión, se fijaron: 1) documentación relacionada con la nodriza; 2) manuscritos relacionados con el proceso de elección del ama de cría; 3) escritos relacionados con las nodrizas en la realeza española y ama de cría y leche pasiega; 4) documentos escritos en castellano, inglés y portugués. Los criterios de exclusión fueron: 1) documentado no ajustada al tema; 2) material duplicado y 3) material no encontrado a texto completo. Una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión se obtuvieron un total de 29 documentos válidos para este estudio.

RESULTADOS

Las nodrizas generalmente abandonaban su hogar y a su hijo para ejercer la lactancia materna de un recién nacido ajeno (Magdaleno, 2015). Las amas de cría estudiadas en esta investigación abandonaban las zonas rurales para dirigirse a la urbe, y trabajar en hogares de la burguesía. Estas mujeres adquirirían privilegios cuando eran seleccionada, especialmente si trabajaban para la realeza española. Por este motivo, las condiciones exigidas eran estrictas. Los requisitos se volvieron más precisos llegado el siglo XIX, extendiéndose al marido y a los padres de estas mujeres. La elección se basaba en dos exámenes, uno físico realizado por un gabinete médico, el cual seleccionaba a las nodrizas un mes antes de la fecha estipulada del parto, y otro moral realizado por sacerdotes (López, 1889). Eran pocas las mujeres que procedían de pueblos cercanos

a la Corte madrileña. Hubo un auge de las nodrizas norteñas, a las cuales se les atribuía mejores cualidades, tales como saludables, trabajadoras y honradas. En la elección de estas mujeres, los ayuntamientos eran los encargados de avisar a las amas de crías, las cuales tenían que aportar una cédula de vecindad para poder realizar los exámenes. Los *Boletines* de las provincias publicaban las condiciones para poder realizar este oficio (Cortés, 1958; Guerrero y López, 2012).

En estas mujeres se valoraba positivamente una estatura mediana, carnes consistentes, un tórax vigoroso, pero no en exceso para evitar problemas en la lactancia (Aguilar, 2005; Fraile, 1999). Por otro lado, se observan rasgos estéticos como un rostro bonito y simpático, un color de pelo castaño oscuro, fuerte y sin calvas, ya que éstas se vinculan a enfermedades como la tiña (infección micótica del cuero cabelludo) (Diccionario Enciclopédico Taber de Ciencias de la Salud, 2008; p. 1409). Era excluyente el color pelirrojo, puesto que estaba asociado con la brujería (Iberti, 1789; Espinilla, 2013). El color de la piel debía ser de moreno claro y los ojos pardos, no muy oscuros. Incluso, se valoraba óptimamente que la mirada fuese bonita, excluyéndose las bizcas (Enciclopedia Universal España, 1908-1930; Espinilla, 2013; Sandoval, 1617) (Figura 1). En la región bucal se observan los dientes, encías y el aliento. Era importante que no hubiese ausencia de incisivos y caninos, y en caso de faltar una

Cultura de los Cuidados

muela debía de conocerse la causa. La halitosis era motivo de exclusión, ya que las alteraciones en la región bucal se relacionan con un rechazo del recién nacido hacia la lactancia (Enciclopedia Universal Espasa, 1908-1930). Los olores en la nariz y la transpiración eran valorados negativamente. Era un requisito a cumplir por las nodrizas la ausencia de afecciones de la piel, como erupciones cutáneas y cicatrices. Se examinaban los genitales y el ano, siendo excluidas las que padecían infecciones de transmisión sexual (Cortés, 1958).

Figura 1. Examen físico a mujer realizado por un médico.

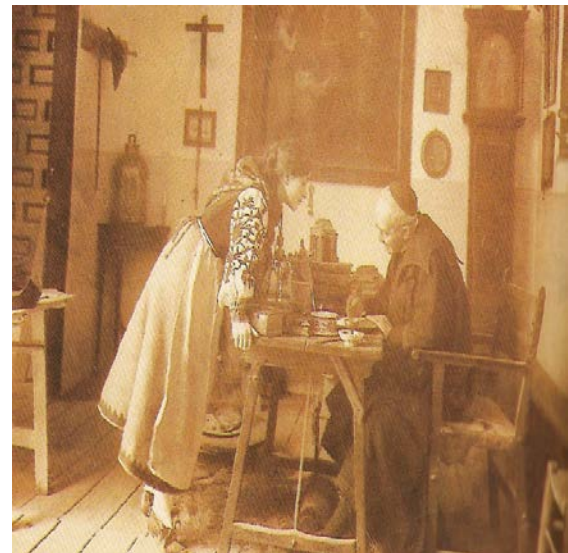


Fuente: [Fotografía de Amós Salvador]. (1910). Colección Antonio Álvarez Barrios. Historia de la Fotografía en España. Fotografía y sociedad desde sus orígenes hasta el S. XXI, p. 253.

En los caracteres físicos se valoran varias aptitudes, como el temperamento sanguíneo

y la falta de predominio bilioso, nervioso y uterino, cuestión que se comparaba con el carácter y temperamento de la mujer. Incluso, estas mujeres debían de mostrarse dulces y apacibles, así como ser personas tranquilas. Se valoraba que tuvieran ingenio, sentido común, inteligencia y buenas aptitudes en las tareas domésticas (Fraile, 1999; Siles, et al, 1998). El examen de moralidad era llevado a cabo por un cura, que debía de testificar una buena conducta moral de la nodriza, no existir problemas en el hogar y no tener un carácter violento (Figura 2). El ama de cría debía tener unos creencias y costumbres cristianas, ya que en la época de estudio el pensamiento era que los valores pasaban a través de la leche al recién nacido (López, 1889).

Figura 2. Certificado de moralidad expedido por sacerdote.



Fuente: [Káulak]. (1900). Serie de postales. Colección José Mario Armero. Historia de la fotografía en España. Fotografía y Sociedad desde sus orígenes hasta el siglo XXI, p. 90.

Respecto a la zona más valorada de la nodriza era el pecho, el cual debía tener un volumen mediano, la areola rosada, pezón de tamaño medio, extensible, con ocho o diez orificios lactíferos. El pezón no debía ser abultado ni corto, para que no hubiese problemas en el agarre (Enciclopedia Universal Ilustrada de Espasa-Calpe, 1908-1930; Espinilla, 2013). Respecto a la leche, debía ser de un color blanco perlado, homogénea y de consistencia mediana. Era considerada de buena calidad si al echar una gota en el ojo, éste no se irritaba, si al mezclar la leche con el agua se disolvía fácilmente, e incluso si no hacía burbujas al echar leche en un medio alcalino o ácido. El sabor debía ser ligeramente dulce, inolora y mantecosa. La densidad de la leche se comprobaba echando una gota en la uña, la cual no debía resbalarse ni pegarse (Gamboa, 2008; Espinilla, 2013). Finalmente, empezaron a emplearse la báscula de Beránger y lactoscopio, el cual determinaba la proporción de nata en la leche relacionado con la capacidad de opacidad de ésta. Además, se valoraba que la leche fuera inalterable por la acción atmosférica (Cortés, 1958; Juncedo, 1992)

Otro aspecto que se abordaba en el examen físico era la edad, siendo la más adecuada entre 20 y 26 años, aunque se ampliaba hasta los 35. Así era menos probable que fuese madre primeriza, considerándose éstas como inexpertas y con menor fortaleza emocional (Amezcuza, 2000; Guerrero y López, 2012). De hecho, era preferible que la nodriza

estuviese criando a su segundo o tercer hijo, así como tener leche de quince días a dos meses. Se valoraba que no hubiesen padecido clorosis (tipo de anemia por déficit de hierro, caracterizada por palidez, característica en mujeres durante la pubertad y con poca prevalencia en la actualidad) (Diccionario Enciclopédico Taber de Ciencias de la Salud, 2008, p. 272). Además, se tenía en cuenta la ausencia de problemas en la menstruación, no haber padecido flujo blanco (asociado a enfermedades de transmisión sexual), o incluso alguna enfermedad de los pechos. Se les exigía el requisito de vacunación para evitar enfermedades contagiosas e impedir la transmisión de las mismas a los recién nacidos. No debían haber tenido enfermedades graves ni crónicas (Fraile, 1999; Guerrero y López, 2012; Siles, et al, 1998).

El marido también era participe en este proceso, ya que se valoraba su estado de salud y la edad. Éstos no podían tener más de treinta años. Además, debían estar sanos, no haber tenido ninguna enfermedad grave y ser robustos. Se valoraba la conducta física y moral del marido durante su soltería y el matrimonio (Gómez, 2012). Uno de los requisitos fundamentales para éstos fue estar vacunados y trabajar en el campo, motivo por el que la mayoría de los maridos de las nodrizas eran labradores. Además del certificado expedido por el sacerdote de buena conducta, el ama de cría necesitaba otra autorización por parte del marido para

Cultura de los Cuidados

poder ejercer el oficio. Por último, en el proceso de elección se valora la salud de los padres, así como la causa y edad de fallecimiento (Enciclopedia Universal Espasa; Fraile, 1999).

La procedencia de las nodrizas comenzó a ser mayoritariamente, a partir de 1830, del norte de España. La preocupación de Fernando VII por la alimentación de su prole, especialmente a lo que refiere a la lactancia materna, le llevó a elaborar de manera personal diversas órdenes. Incluso llegó a formular preguntas y advertencias con la finalidad de contratar a la mejor ama de cría. Así, el 10 de julio de 1830 este rey envió al médico Asso y Merino a Cantabria, con la elección de elegir mujer que amamantara a su futura descendencia. Este hecho favoreció en las clases sociales altas el auge de la nodriza procedente de Cantabria, principalmente del Valle del Pas (Magdaleno, 2015; Rodríguez, 2008).

Un mes después (agosto de 1830) Francisca Ramón, joven de 21 años, vecina de Peñacastillo, con una niña de dos meses, fue la única elegida para amamantar a la futura reina Isabel II. Debido al buen acogimiento de esta nodriza, el rey ordenó nuevamente buscar una sustituta el 30 de agosto de 1830. Durante este viaje los médicos de la corte reconocieron hasta veinte montañesas, de entre todas se eligió a Josefa Falcones, la cual no agradó a la Corte. Por este motivo, el 28 de octubre de 1830 llegaría a Reinosa (Cantabria) en poder de su marido y sería sustituida por Rosa del Castillo, de veintidós

años, de Vargas, con un recién nacido de un mes (Cortés, 1958).

El período de lactancia duraba aproximadamente dos años. Las amas de cría no eran solo empleadas, sino que pasaban a ser un miembro más de la familia (Fraile, 1999; Guerrero y López, 2012). Los beneficios económicos continuaban una vez terminado el periodo de lactancia, puesto que recibían una paga vitalicia, como es el caso de Petra Arroyo, nodriza de retén de la Infantita María Concepción (octava hija de Isabel II), que se retiró a Burgos (Cortés, 1958; Gómez, 2012).

Las nodrizas de la monarquía adquirían el privilegio de estar presentes en las ceremonias públicas de la Corte. Incluso, adquirían el título de hidalguía para ella y toda su familia (Sarasúa, 1994). Los hijos de la nodriza eran considerados como “hermanos de leche” del infante de la realeza, al haber recibido lactancia materna de la misma mujer. Cabe destacar a María Gómez Ramón, hija de Francisca Ramón de Peñacastillo (nodriza de Isabel II), puesto que esta reina la consideraba su “hermana de leche”, llamándola *Mariquita*. Por este motivo, recibía una pensión de diez reales diarios, e incluso, ingresó en el Colegio Real Monasterio de la Visitación de San María (colegio aristocrático madrileño). Los beneficios llegaban a los familiares más lejanos, como es el caso del marido de una prima de Francisca Ramón, el cual se le asignó un puesto como Interventor de la Real Fábrica de Platería de Martínez, fundada por

Carlos III. Tanta estima tenía Isabel II a su nodriza, que contrató a un tío de Francisca Ramón como Administrador de la Real Casa de Nuevo rezado (Cortés, 1958; Guerrero y López, 2012; Siles, 1996; Soler, 2010). La retribución del ama de cría era en forma de sueldo, se le otorgaba comida y vestimenta, e incluso un empleo para el hijo de ésta (Magdaleno, 2015; Sabater, 2014; Sarasúa, 1994).

La razón por la cual comenzaron a llegar amas de cría pasiegas fue por su condición física, ya que eran mujeres fuertes y saludables en constante contacto con la naturaleza. Este argumento se justificaba debido a que la comarca del Pas contaba con espaciosos valles, sin aguas detenidas, ninguna enfermedad endémica conocida y en cuyo lugar sus habitantes contaban con una sana alimentación, eran robustos y tenían buena constitución (Guerrero y López, 2012; Pardo, 1886) (Figura 3). Fueron varias las nodrizas pasiegas que amamantaron a la realeza española. Las amas de cría sustitutas eran conocidas como “amas de retén”, y desde octubre de 1851 vivieron junto a sus hijos lactantes en *La Pajarera* (palacete madrileño en los jardines de Buen retiro), habilitado con todos los muebles y utensilios necesarios. Estas mujeres estaban vigiladas por la “Rectora de Amas”, encargada de que los niños lactaran en las mejores condiciones higiénico-sanitarias posibles (Cortés, 1958; Gacho, 1995; Martínez-Sabater, Siles-González,

Solano-Ruiz, Saus-Ortega, 2017; Espinilla, 2013).

Figura 3. Mujer amamantando a bebé.



Fuente: [Autor desconocido]. (1857). Autor desconocido. Colección de M. Castellano. Biblioteca Nacional de Madrid. Historia de la fotografía en España. Fotografía y sociedad desde sus orígenes hasta el siglo XXI, p. 55

La contratación de nodrizas era un privilegio. La razón para que una madre decidiera que su hijo fuese amamantado por

un ama de cría no era solo una cuestión de salud, sino también una preferencia. Las mujeres optaban por invertir el tiempo de lactancia en actividades distintas, además de la cuestión estética (García, 2017; Magdaleno, 2015). Otro motivo era el pensamiento de que la lactancia acortaba la vida de la madre y empeoraba su salud (de los Ruyzes, 1606). Los maridos de clase social alta, que no deseaban la abstinencia sexual, contrataban nodrizas debido al mito de que practicar relaciones sexuales producía una irritación en los genitales, e incluso empeoraba la calidad de la leche (Colmenar, 2007; Sarasúa, 1994).

Por este motivo, fue el traje pasiego el que se convirtió en una seña de identidad, pasando a ser el uniforme de trabajo un símbolo de riqueza, especialmente para las que trabajaban en la realeza (Guerrero y López, 2012). Por ello, las nodrizas pasiegas llevaban ostentosas vestimentas mientras paseaban por ciudades como Madrid. (Guerrero y López, 2012; Magdaleno, 2015). Tal era la valía de estas telas, que doña Andrea Aragón, antigua nodriza de la infanta Eulalia, que llegado 1912 aún conservaba en perfecto estado estos trajes durante más de medio siglo debido a su calidad (Cortés, 1958).

El traje pasiego sufrió cambios ajustándose a la moda. En un principio se caracterizó por ser de tonos oscuros con un corpiño y un delantal. La chaqueta abierta estaba diseñada con terciopelo de seda y satén negro, era corta y ajustada con galones y botones

dorados. Las sayas eran de terciopelo negro y llegaban hasta la altura del tobillo. Las blusas estaban hechas con linón, con entredoses verticales en la parte del pecho, que en las zonas de cuello y puño se acompañaban de encaje (Guerrero y López, 2012). Esta indumentaria se refleja incluso en el arte, ya que eran retratadas por famosos pintores, tal es el caso de Francisca Ramón de Peñacastillo, pintada por don Vicente López (cuadro que se encuentra en el Palacio de Oriente). En esta pintura se observa a la nodriza con la típica indumentaria, la cual consta de blusa y delantal negros bordados en oro, corpiño y falda roja, con peto verde, también galoneado en oro. Las joyas eran de plata, oro y coral, regaladas por la familia a la nodriza cuando el niño amamantado echaba un diente de leche, cuestión que indicaba que estaba siendo bien nutrido. Respecto al peinado constaba de una raya en medio con peineta (Cortés, 1958).

El color blanco era un símbolo de estatus social, por lo que fue sustituyendo con el tiempo a los oscuros, cuestión que suponía una inversión de dinero y tiempo para que se mantuviera en buen estado. Se añadieron complementos como guantes, medias, puños, todos ellos de algodón blanco (Guerrero y López, 2012).

CONCLUSIÓN

La aparición de las nodrizas tuvo distintas justificaciones. Esta figura supuso un aumento de la natalidad en el siglo XIX, ya que permitió a las madres biológicas tener

hijos en intervalos más cortos de tiempo. Esta cuestión fue necesaria por la alta mortalidad infantil existente en el periodo de estudio. Además, en España había una gran preocupación por la lactancia materna, ya que aumentaba la supervivencia, cuestión que propició una regulación legal del trabajo de las amas de cría.

La otra cuestión era por problemas de salud de la madre biológica (insuficiente salida de leche, una malformación en el pezón, mastitis). Incluso, algunos niños en esta época no tenían madre, ya fuera por fallecimiento en el parto o porque habían sido abandonados en instituciones de beneficencia. Este tipo de lactancia era denominada lactancia de auxilio y no todas las familias podían permitírselo. Las menos adineradas en ocasiones tenían que recurrir a leche animal, lo cual suponía un peligro para el recién nacido, y el aumento de la mortalidad por infecciones gastrointestinales de estos niños.

Más adelante, el contrato de nodrizas se convirtió en una cuestión de estatus, ya que sus servicios solamente podían ser adquiridos por las clases sociales más altas, asociándose a la realeza. Este privilegio no solamente era para los hogares que las contrataban, sino también para estas mujeres, puesto que adquirían grandes beneficios tanto ellas, como sus familia. Incluso, estas prebendas iban más allá de lo individual, ya que mejoró la sociedad norteña, en especial, la cántabra, fomentando el comercio y la economía de

una región que hasta entonces era exclusivamente rural, y empobrecida.

En el último tercio del siglo XX la medicina se orientó a un pensamiento higienista y a la importancia de la lactancia materna para la salud de la madre. El pensamiento sociosanitario de la época situaba la labor de la mujer en la crianza de los hijos. Esto condujo a una menor demanda de nodrizas, las cuales fueron criticadas por eruditos de la época, caso de Benito Pérez Galdós, el cual las tildó como “humana vaca o castillo de carne” en su obra *El amigo manso* (1882). Cercano a la mitad del siglo XX, el oficio de la nodriza fue desapareciendo a medida que iba implantando el biberón y la leche artificial.

El hecho de analizar una actividad desarrollada por mujeres y cuya naturaleza biológica es transformada en actividad laboral, constituye un hecho que, en sí mismo, llama a la reflexión y muestra la complejidad y transversalidad de la construcción social de género.

BIBLIOGRAFÍA

Amo del Amo, M. C. del, y Capel Martínez, R. M. (2008). *La familia y el trabajo femenino en España durante la segunda mitad del siglo XIX*. Recuperado de <http://site.ebrary.com/id/10466898>

Colmenar Orzaes, M.C. (2007). Nodrizas y lactancia mercenaria en España durante el primer tercio del siglo XX. *Arenal: Revista de historia de mujeres*, nº 2, p. 335-359.

Cortés Echanove L. 1958. *Nacimiento y crianza de personas reales en la corte de*

- España (1566-1886)*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Escuela de Historia Moderna.
- Crossetti, Maria da Graça (2012). Revisión integrativa de la investigación en enfermería, el rigor científico que se le exige. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 33(2),10-11.
- De los Ruyzes de Fontecha, J.A (1606). *Diez privilegios para mujeres preñadas*. Alcalá de Henares: Imprenta de L. Martínez.
- Donald, V. (2008). *Diccionario Enciclopédico Taber de Ciencias de la Salud* (pp.272). Barcelona: Difusión Avances de Enfermería (DAE).
- Espasa Anguera, J. (1923). *Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo Americana* (pp. 940-941). Barcelona, España. Hijos de J. Espasa, Editores.
- Espinilla Sanz B (2013). La elección de las nodrizas en las clases altas, del siglo XVII al siglo XIX. *Matronas Prof* 14 (3-4), 68-73.
- Espina-Jerez, B., Domínguez-Isabel, P., Gómez-Cantarino, S., Pina-Queirós, P., & Bouzas-Mosquera, C. (2019). Una excepción en la trayectoria formativa de las mujeres: Al-Ándalus en los siglos VIII-XII. *Cultura de los cuidados*, 23(54), 194-205. doi:<https://doi.org/10.14198/cuid.2019.54.17>
- Espinosa, M. C. (2012). La lactancia como profesión: una mirada al oficio de nodriza. *IV Congreso Virtual sobre historia de las mujeres, 2012*, 30. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4716064>
- Frail Gil, J. M (1999) Amas de cría. Campesinas en la urbe, *Revista de Folklore*, nº 221, 147-159.
- Gacho Santamaría, M.A. (1995). Médicos y nodrizas de la Corte española (1625-1830). Reales Sitio. *Revista del Patrimonio Nacional* 124, 57-63.
- García, R. R. (2017). Nodrizas y amas de cría. Más allá de la lactancia mercenaria. *Revista Internacional de Éticas Aplicadas*. Recuperado de <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000131>
- Gómez Pérez, T. (2012). Estudio del papel del ama de cría pasiega en la crianza española del siglo XIX y principios del siglo XX. Fundación de la Enfermería de Cantabria. *Nuberos Científica*. 1(7), 22-30
- Guerrero López, A. (2017). *Ama de cría pasiega 1901-1950*. Madrid: Museo del Traje.
- Iberty J. (1789). *Método artificial de criar a los niños recién nacidos y de darles una buena educación física*. Madrid: Imprenta Real.
- Junceda Avello E. (1992). *Ginecología y vida íntima de las reinas de España*. Madrid: Temas de Hoy.
- López Noguero F. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. *Revista de Educación*. XXI, 4, 167-179.
- Magdaleno, M. (2015). Amas de cría: un oficio real. *VII Congreso virtual sobre Historia de las Mujeres*, (págs. 281-296).
- Martínez-Sabater, A., Siles-González, J., Solano-Ruiz, C., & Saus-Ortega, C. (2017). Visión social de las nodrizas en el periódico "La Vanguardia"(1881-1908). *Dilemata*, (25), 69-84.
- Pardo Bazán, E. (1886). *Los Pazos de Ulloa*. Penguin Books.
- Real Academia Española. (2001). Nodriza. En *Diccionario de la lengua española* (22^a ed.). Recuperado en: <https://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=nodriza>
- Rodríguez Martín, A. M (2008). El destino de los niños de la inclusa de Pontevedra, 1872-1903. *Cuadernos de Estudios*

Gallegos, 55, 353-388.
<https://doi.org/10.3989/ceg.2008.v55.i121.48>

Sarasúa, C.(1994). El servicio doméstico en la formación del mercado de trabajo madrileño, 1775-1868. Madrid: Siglo XXI.

Siles González, J. (1996): La industria de las nodrizas en Alicante, 1868-1936. En S. Castillo, El trabajo a través de la historia (pp. 367-372). Madrid, UGT-Centro de Estudios Históricos.

Siles González, J., Gabaldón Bravo, E.M., Tolero Molino, D., Gallardo Frías, Y., García Hernández, E., y Galao Malo, R. (1998). El eslabón biológico en la Historia de los Cuidados de Salud. El caso de las

nodrizas (una visión antropológica de la enfermería). *Index de Enfermería*; 20-21. Recuperado de <http://www.index-f.com/index->

Soler, E (2010). Parentesco de leche y movilidad social. En P. Gonzalbo Aizpuru (Ed). *Familias y relaciones diferenciales: género y edad* (págs. 171-179). Murcia: Universidad de Murcia. Servicio de Publicaciones.

Sandoval Toquero, C. (1617). *Reglas para escoger amas y leche*. Cádiz: Imprenta de F. Rey.

Yalom, M. (1997) *Historia del pecho* Barcelona: Tusquets.



fuente: CC BY-ND 2.0 license.<https://search.creativecommons.org/photos/6bdb4be-2b88-45a0-b712-052983b7b6f3>

Historia de la salud: tuberculosis en las cartas a Esther (São Paulo, 1905-1919)

Health history: tuberculosis in letters to esther (São Paulo, 1905-1919)

História da saúde: a tuberculose nas cartas para Esther (São Paulo, 1905-1919)

Paulo Fernando de Souza Campos,¹ Daniele Nunes da Silva ²

¹ Doutor em História (UNESP, Assis) com Pós-Doutorado em História da Enfermagem (EEUSP/FAPESP). Professor do Programa *Strictu Sensu* de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas – UNISA, São Paulo. Líder do Grupo de Pesquisa Ciência, Saúde, Gênero e Sentimento – CISGES/UNISA/CNPq. Correo electrónico: pfcampos@prof.unisa.br

² Graduada em História (UNISA, São Paulo) Bolsista de Iniciação Científica - CNPq (2014-2015). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Ciência, Saúde, Gênero e Sentimento – CISGES/UNISA/CNPq. Correo electrónico: daniele_nunesdasilva@yahoo.com.br

Cómo citar este artículo en edición digital: Souza Campos, P. F., & de Silva, D. N. da (2020). Historia de la salud: tuberculosis en las cartas a Esther (São Paulo, 1905-1919). *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 24 (57) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.11>

Correspondencia; Rua Augusta, 434 – 22. São Paulo, Brasil CEP 01304-000

Correo electrónico de contacto: pfcampos@prof.unisa.br

Recibido:7/11/2020

Aceptado:12/03/2020



ABSTRACT

Objective: In the 1910s, São Paulo, Brazil, was undergoing urban and social transformations that influenced the history of health. They were affected by the fear of epidemics spread throughout the country and killed people without any regard to gender, race and class. The study aims to analyze this historical context from the history of a survivor, Esther de Figueiredo. **Method and Sources:** Analyzed historical traits, consisting of a set of letters, dated between

1905 and 1919, written by a male to his future wife, make one reflect on diseases and social fear. They also triggered an investigation on the representations of tuberculosis through the history of a person who survived. **Results:** Results go beyond personal history and accesses aspects inherent to the culture of care within the context of the institutionalization of public health in the city of São Paulo. **Conclusions:** Tuberculosis was one of the diseases that

triggered doctors to search for treatment and cure.

Keywords: Health history; culture of care; tuberculosis; letter writing; qualitative research

RESUMEN

Objetivo: En la década de 1910, São Paulo, Brasil, sufrió sucesivas transformaciones urbanas y sociales, las cuáles impactaron en la historia de la salud, como las influenciadas por el miedo de las epidemias que devastaron la ciudad y mataron las personas independientemente de su género, raza o clase. El estudio tiene como objetivo analizar este contexto histórico a partir de la historia de una sobreviviente, Esther de Figueiredo. Método y Fuentes: La evidencia histórica analizada, se refiere a un conjunto de correspondencias que datan de 1905 a 1919, escritas por un hombre común a su futura esposa y nos permite indagar sobre enfermedades y temores sociales, así como analizar las representaciones de tuberculosis a partir de la historia de una sobreviviente. Resultados: Los resultados trascienden la trayectoria personal y permiten acceder a los aspectos inherentes a la cultura de los cuidados en un contexto de institucionalización de la salud pública en São Paulo. Conclusiones: La tuberculosis fue una de esas enfermedades que movilizó la ciencia médica para buscar formas de tratamiento y cura.

Palabras clave: Historia de la salud; cultura de los cuidados; tuberculosis; escritura epistolar; investigación cualitativa.

RESUMO

Objetivo: Na década de 1910 São Paulo, Brasil, passou por sucessivas transformações urbanísticas e sociais, as quais impactaram na história da saúde como as influenciadas pelo medo de epidemias que assolavam a cidade e matavam pessoas sem distinção de gênero, raça ou classe. O estudo objetiva uma análise deste contexto histórico a partir da história de uma sobrevivente, Esther de Figueiredo. Método e Fontes: Os indícios históricos analisados, referentes a um conjunto de correspondências datadas de

1905 a 1919, escritas por um homem comum para sua futura esposa, permitem indagar sobre as doenças e os medos sociais, bem como analisar as representações da tuberculose a partir da história de uma sobrevivente. Resultados: Os resultados transcendem a trajetória pessoal e possibilitam acessar aspectos inerentes à cultura dos cuidados em um contexto de institucionalização da saúde pública paulistana. Conclusões: A tuberculose foi uma dessas doenças que mobilizou a ciência médica a procurar meios de tratamento e cura.

Palavras-chave: História da saúde; cultura dos cuidados; tuberculose; escrita epistolar; investigação qualitativa.

INTRODUÇÃO

Transformações da escrita da História redimensionaram o ofício do historiador, pois como considera Malerba “O século XX fez avançar a reflexão da abertura da história às ciências sociais, resultou a revolução na concepção do tempo histórico e na metodologia da disciplina” (2006, p. 12). O movimento dos *Annales*, na França, em 1929, foi uma dessas perspectivas renovadoras (Burke, 1991; Dosse, 2003). Fundado na interdisciplinaridade, a Escola dos *Annales* produziu novas compreensões do passado a partir de documentos desprezados e no constante diálogo com outros campos do conhecimento, correlatos ou não, como as Ciências da Saúde.

Como afirmam os estudos sobre o tema das doenças e da cultura dos cuidados (Siles-Gonzales, 2011; Bertoli Filho, 2004), durante a primeira década do século XX não

era incomum encontrar pessoas com o ‘mau do peito’. A doença levou a óbito índices alarmantes de homens e mulheres, nacionais e estrangeiros, que viviam na cidade de São Paulo. As mortes provocaram sentimentos diversos que alteravam o cotidiano vivido, drástica e rapidamente, haja vista as vicissitudes de acontecimentos que marcaram a promulgação da República no Brasil, em 1889, que implantou novo regime político, cujas bases revogaram antigos pilares da sociedade brasileira como a escravidão - ainda que teoricamente. A história aqui apresentada parte destas premissas.

No contexto, mudanças trazidas pela instauração o novo regime instituiu novas relações de trabalho promovidas pela industrialização e valorização da vida urbana, temas que assumem o lugar de primazia nos empreendimentos que redimensionam espaços públicos e privados da cidade de São Paulo. Impulsionada pela imigração, construções de diversas ordens, alargamento de ruas, avenidas e estradas de ferro aceleraram o reordenamento urbano do centro da cidade provocando, sobretudo, a fundação de fábricas, que elevaram consideravelmente os índices populacionais. Tais alterações são caracterizadas como indicadores importantes para as desordens sociais e proliferação das doenças (Monteiro & Carneiro, 2012).

Em meio aos fios e rastros dos registros epistolares, as cartas para Esther permitem evocar debates acerca das estruturas sanitárias urbanas que se

encontravam em pleno processo de implementação, projetadas a partir de novas concepções de higiene, urbanismo, educação e trabalho geradoras de uma rede institucional voltada para questões imperiosas à saúde pública. Na década de 1910 a cidade “era explosiva e beirava o caos” afirma Vasconcelos (1995, p.28), inclusive, pela contaminação provocada por doenças que exigiam esforços da medicina em relação ao controle epidêmico e tratamento de moléstias como a tratada na presente análise.

Objetivos: A emergência da tuberculose nas cartas revela a saúde pública como um dos pilares do republicanismo brasileiro, mas também de luta contra epidemias, o medo das doenças e dos doentes que assolavam a capital no bojo da formação da paulistanidade, isto é, início do século XX. Deste processo emerge a proposta do presente artigo, cujo objetivo não está em somente construir a micro-história de uma mulher, Esther de Figueiredo, sobrevivente da tuberculose em São Paulo, mas analisar historicamente uma sociedade aterrorizada por doenças, bem como as ações de saúde que incidiram sobre o controle epidemiológico no contexto histórico analisado.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa utilizou como fonte documentos do tipo epistolar (Gomes, 2004), isto é, formalizados por correspondências de caráter pessoal, datadas entre 1905 a 1919, redigidas e postadas por

um homem identificado como Martiniano Medina e endereçadas para Esther de Figueiredo, uma jovem que vivia na cidade de São Paulo na fluída divisa de dois bairros tradicionais, o Braz e o Pari. As correspondências atravessam as típicas cartas de amor na medida em que abordam temas do cotidiano vivido pelo casal e remontam o mundo do trabalho, do lazer, contudo, destacam a saúde de Esther, uma sobrevivente da epidemia de tuberculose que assolou São Paulo na década de 1910 (Bertoli Filho, 2001).

Os documentos históricos de que este estudo se serve permitem perseguir pistas e analisá-las no *clouse-up* das experiências humanas. O uso de documentos privados torna-se relevante por proporcionar reconhecimentos de histórias pessoais e remontar a vida de pessoas comuns, neste caso, Esther Figueiredo, sobrevivente de uma das doenças que mais mataram em São Paulo no período que o estudo recobre. Como testemunhos do passado, as cartas são interpretadas e reconstituídas a partir da redução da escala de análise como sugere Guinzburg (1989), recurso este que permite refazer a história da doença, dos tratamentos, portanto, da cultura dos cuidados a partir da história de uma pessoa.

RESULTADOS

No início do século XX a cidade de São Paulo é marcada por um processo histórico promovido por diversas transformações culturais, sociais, políticas e

econômicas provocadas ou geridas em torno da modernização da capital. Em 1910, a cidade de São Paulo acolheu migrantes e imigrantes em massa, multiplicou seus lugares, recriou espaços e reconfigurou seus habitantes. Entre as muitas transformações as doenças não passam despercebidas, ao contrário, mobilizam médicos sanitaristas e produzem as primeiras políticas públicas de saúde instauradas na Primeira República (1889-1930). Moradias precárias, número de vilas e cortiços em bairros operários e o medo de doenças epidêmicas que dizimavam populações inteiras não distinguindo entre ricos e pobres (Monteiro & Carneiro, 2012) assumem o plano do debate político em São Paulo no início do século XX, pois as doenças não distinguem gênero, raça ou classe social. Ainda que moradores de habitações coletivas, desprovidas de serviços sanitários como água e esgoto exigissem atenção sanitária, projetos e instituições se encontravam em plena institucionalização do novo regime político republicano e a tuberculose era uma doença com causa desconhecida, condições que dificultam investimentos, pois diagnósticos médicos “confundiam-se com doenças tais como a bronquite e o câncer pulmonar” (Gurgel, 2010, p. 44).

No ano de 1882, o bacteriologista Robert Koch (1843-1910) descobre o agente causador da tuberculose. O bacilo, que recebe o sobrenome do médico, é reconhecido no mundo hospitalar como o bacilo de Koch. No final do Império (1822-

1889), registros indicam que a tuberculose foi uma das doenças responsáveis por grande índice de mortalidade no estado de São Paulo e que continuou na Primeira República, pois a organização sanitária vigente “não dispunha de estratégias preventivas e curativas de aceitação geral pela corporação médica” (Bertolli Filho, 2001, p.61).

Após a Revolta da Vacina, no Rio de Janeiro, em 1904, Oswaldo Cruz propõe ao Conselho Nacional uma lei que exigia serviço especializado para tísicos e obrigatoriedade em anunciar casos de diagnósticos da doença, o que tornaria visíveis os índices. Sem obter sucesso, pelo fato da discordância popular contra medidas governamentais de obrigatoriedade da vacinação, “coube ao estado de São Paulo a função inauguradora do movimento social de combate à tuberculose” (Bertolli Filho, 2001, p. 61).

Indícios históricos e sociais permitem considerar que a tuberculose se apropriava da cidade de São Paulo e preocupava as elites no poder. Emílio Ribas, diretor do Serviço Sanitário Estadual (1898-1917), inaugurado em 1892 como o primeiro ato do regime político republicano, convida Clemente Ferreira, do Rio de Janeiro, para trabalhar em São Paulo e iniciar uma campanha contra a moléstia. Ambos tinham o interesse comum em combater a doença que alastrava o pânico na cidade de São Paulo, inclusive, entre as elites. O médico carioca havia pesquisado na Europa possibilidades de tratamento para doentes

pulmonares em estâncias com qualidades terapêuticas e climaterápicas longe de cidades aglomeradas e industriosas como a que se convertia a cidade de São Paulo.

Muitos foram os debates em relação à forma de tratamento para o ‘mal do peito’, permanente e incurável à época. Médicos apresentavam e divulgavam suas percepções em debates que gravitavam em torno do isolamento de doentes em cidades voltadas para esse fim e identificadas como cidades-sanatório, tal como propunha a climaterapia aliada ao descanso e à adequada nutrição como principais estratégias de cura dos doentes (Vianna & Zanetti & Papali, 2014). As elites médicas, convencidas e desejosas, iniciam um processo de construção desses espaços em zonas privilegiadas nas quais clima, natureza e geografia fossem favoráveis ao tratamento. Campos do Jordão, cidade próxima de São Paulo, torna-se o lugar de cura.

Em 1899 é fundada a Associação Paulista de Sanatório Populares apoiada por Emílio Ribas e Clemente Ferreira. Este, como único presidente, buscou referências para construção de sanatórios, assim como Victor Godinho, responsável por trazer informações de países europeus sobre estâncias climáticas. Na Europa, grande parte dos enfermos pulmonares buscavam lugares com qualidades climaterapêuticas existentes em países como Suíça e Alemanha. O trabalho de Clemente Ferreira, nos primeiros anos da Associação, arrecadou fundos para construção de sanatórios em

Campos do Jordão, cidade não muito distante da capital.

A partir de 1903 a Associação Paulista de Sanatórios passa a se chamar Liga Paulista Contra a Tuberculose. O objetivo da Liga era imprimir a importância das estâncias para a saúde pública, enquanto o Serviço Sanitário optava por ações higienistas (Bertolli Filho, 2001). A autoridade, centrada no Serviço Sanitário, atribuía para a Liga Paulista contra a Tuberculose o papel educativo. No dia 28 de Novembro de 1910 uma lei autoriza o governo a contratar Emílio Ribas e Victor Godinho para “[...] construir sanatórios para tratamentos de tuberculosos e uma villa sanitária ou estação climáticas”, como consta na Lei nº 1.221, no Artigo 8º, autorizada por Manoel Joaquim de Albuquerque Lins, presidente do Estado de São Paulo (1908-1912), além da construção de uma estrada de ferro que ligasse Pindamonhangaba a Campos do Jordão, nas imediações com a Vila Jaguaribe, em São Bento do Sapucaí, o que se efetivou no ano de 1915.

Anterior ao movimento sanitário, as vilas contavam com pensões “algumas de luxo, outros míseros barracões – que abrigavam centenas de firmatosos em busca de recuperação da saúde” (Bertolli Filho, 2001, p. 141). As qualidades terapêuticas oferecidas em Campos do Jordão geram uma nova segregação entre as vilas Jaguaribe e Capivari “destinadas a doentes da *high society*, enquanto a Vila Abernécia adotava

tísicos pobres em condições não muito diferentes da cidade agitada de São Paulo.” (Bertolli Filho, 2001, p. 141).

Em 1913, o movimento sanitarista criou o Dispensário Clemente Ferreira com o propósito de orientar doentes a partir de métodos profiláticos como, por exemplo, visitas residenciais para verificar irregularidades. Porém, o serviço não internava o doente e não tratava os sintomas da tuberculose, que geralmente incluía tosse e às vezes com sangue, perda de peso, sudorese noturna e febre. Diferentemente da Liga Paulista Contra a Tuberculose, que lutava para a construção de sanatórios para a internação e tratamento de doenças como a ‘doença do peito’ o Dispensário pretendia uma educação sanitária, não o tratamento.

As potencialidades curativas da região de Campos do Jordão não eram desconhecidas. Em 1881, ao visitar a região, Clemente Ferreira encontra no Hotel de São Matheus do Imbiri hóspedes em tratamento com melhoras significativas no estado geral da doença. Em 1878 a Casa de Saúde, fundada por Plínio de Oliveira Godoy e João Marcondes Romeiro, a primeira para tratamento da tuberculose no Brasil, recebia pacientes ricos, cujos relatos evidenciam, senão a cura, a melhora significativa da doença. Contudo, em Campos do Jordão, regras e disciplinas classificavam doentes e impunham tarefas como ferver talheres, possuir copos individuais e escarradeiras descartáveis, destruídas com soda cáustica, horários para banhos medicinais e

Cultura de los Cuidados

tratamentos como Balneoterapia, Termalismo e Talassoterapia, nas quais são utilizadas águas minerais para banhos com características químicas específicas, além de banhos de sol e uma alimentação rica em vitaminas e proteínas. Enquanto os “exercícios vitais” eram praticados ao ar livre e a boa alimentação era fundamental no tratamento do tuberculoso, uma preocupação da parte médica recaía para outros aspectos, pois a “transformação na ‘aparência’ significara um qualitativo dos passos de sua recuperação.” (Mastromauro, 2013, p.181).

Os tísicos geralmente possuíam aparência raquítica, envelhecida, sintomas notáveis e que também se confundiam com outras doenças como câncer, que definha os doentes. A vida dos tísicos era baseada em banhos em águas minerais com propriedades químicas, que resultavam em alívios para os ‘doentes do peito’. Esses fatores eram de grande relevância para o tísico, pois amenizava os sintomas desde a tosse acompanhada de sangue, falta de apetite, febre noturna e fraqueza, sintomas que debilitavam as pessoas e as impediam de trabalhar, além de disseminar a doença.

Como não havia medicamentos específicos à época a Liga Paulista Contra a Tuberculose procurou meios para diminuir os índices de mortalidades causados pela moléstia. As mudanças processadas no âmbito das instituições criadas para o tratamento da tuberculose, como sinalizado, alteram as propostas de ação médico-sanitárias. Havia em São Paulo a preocupação em educar habitantes e a Liga

Paulista Contra a Tuberculose, juntamente com o Dispensário Clemente Ferreira, orientava e disseminava entre cidadãos as noções básicas de higiene.

Além de ações preventivas, Clemente Ferreira publicou dois textos intitulados Instruções Populares sobre a Tuberculose e Catecismo sobre a Tuberculose. Nos textos, destinados ao operariado, afirma que a doença perseguia principalmente os pobres. Ambos os textos orientam para o consumo de alimentos saudáveis, habitar lugares arejados, evitar esforços físicos e principalmente o consumo de bebidas alcoólicas, procedimentos impossíveis para a imensa maioria do operariado, cujas condições de vida e trabalho os impediam de acessar as prescrições médicas. Algo que não aconteceu com Esther.

As correspondências trocadas entre Martiniano Medina, estudante de Agronomia do interior do Estado e Esther Figueiredo, filha de um empresário em ascensão da cidade de São Paulo, formalizam as fontes utilizadas para a construção do estudo e evidenciam preocupações com a saúde como desvela a carta de 22 de julho de 1910:

Tenho em poder a tua cartinha de 20 do corrente, a qual entristeceu-me ao saber que estás doente. Faço votos pelo teu restabelecimento. Acredito no que dizes, mas... sou um pouco desconfiado e por este motivo peço desculpas. O frio aqui tem sido muito forte, mas, creio que não tanto como o d’ahi, onde faz um

friozinho humido e incomodativo. O medico que tenho consultado aconselhou-me passar uma temporada em Poços de Caldas com o fim de fazer uso dos banhos. Já há muito que pensava nisto, mas não sei quando poderei para la ir, visto ser quasi que impossível sahir d'aqui agora. Recomenda-me aos teus Naninho. (CISGES, 2019)

A carta não especifica a doença, mas a partir da informação é possível indagar sobre o que leva Esther Figueiredo adoecer. A leitura dos registros, entretanto, ao citar o tratamento com banhos permite considerar que se tratava da 'doença do peito' temida por muitos devido ao alto índice de mortalidade, como apontam os quadros (1, 2).

Conforme sinalizam as estatísticas, no contexto histórico em que as cartas foram escritas mais de duas mil pessoas morreram acometidas da doença nas capitais brasileiras. Os indícios tornam factíveis ponderar que muitas relações amorosas foram desfeitas, movidas pelo medo em torno dos contágios, pois uma doença de transmissão respiratória com consequências drásticas para enfermo, não raro, a morte.

Entre as pessoas levadas à óbito, é possível identificar os estrangeiros como os portugueses, italianos e espanhóis que migraram para o Brasil em busca de novas condições de vida e trabalho ou fugindo dos horrores que levaram à Segunda Guerra Mundial. Para muitos que viviam em São Paulo esse era o único desfecho: viver uma

vida à margem da sociedade que demonstrava claramente reações hostis aos acometidos da doença como abandono e exclusão. Por sua vez, tais sentimentos despertavam no indivíduo doente culpa, vergonha e constrangimentos de várias ordens (Sousa, 2011). Sintomaticamente, ao contrário das previsões alarmantes, Martiniano continuou o relacionamento com Esther, porém, à distância, algo bastante conveniente para a permanência do casal.

As evidências em relação à doença de Esther permitem afirmar que se tratava do 'mal do peito'. Os banhos medicinais que as cartas evocam, prescritos por médicos que acreditavam no poder da cura das águas, por intermédio de banhos, reiteram os indícios. As correspondências que compõe o conjunto documental epistolar, como a encaminhada pelo pai J. Figueiredo, tornam perceptíveis os tratamentos com banhos medicinais. A saúde debilitada demonstrada e a menção sobre sua palidez, a quantidade de banhos, a permanência fora de São Paulo, mesmo que não aborde explicitamente a doença, configuram tratamentos dispensados à tuberculose como se demonstra a mensagem escrita no dia 1 de agosto de 1914:

SÃO PAULO RAILWAY COMPANY /
Estação de Pary de 1/8 de 1914.
Memorandum. Esther Santos Saude p^a
todos é nosso desejo. Por aqui todos
estamos de boa saude, graças a Deus.
Tivemos noticias de todos d'ahi hontem
pelo Heitor; elle nos disse que acha voce
mais forte, porem um tanto sem côr, voce

Cultura de los Cuidados

é quem pode saber o que terá aproveitado com os banhos, e Deus permita que voce fique bem boa, é preciso vir logo que termine os 30 banhos, para descansar a sua mãe; voce sabe que, como ninguem mais contamos p^a o tomo de nossa casa. Segue os 15 que mandas-te pedir. Sem mais, nossas bençãos a voce e lembranças p^a todos d'ahi e abrace o Snr^o Alvim por mim. Do teu pai J Figueiredo. (CISGES, 2019)

Os banhos tinham uma importância significativa, pois única esperança à cura do mal que assombrava a vida de muitos tísicos, para os quais, muitas vezes, o único destino era a solidão, o abandono e a morte. Em uma época em que diversas epidemias amedrontavam a cidade, a tuberculose encontrava-se entre as mais temidas na medida em que ao ser diagnosticada o paciente, explicita ou implicitamente, era desprezado, pois sofria influências de uma política higienista discriminatória.

A saúde frágil, o constante deslocamento para Campos do Jordão - cidade historicamente identificada como propícia para os tratamentos dos “tísicos” – e a presença alarmante e sempre presente da morte, assim como o encorajamento das pessoas com quem Esther convivia, constituem preocupações permanentes nas correspondências, talvez, o seu principal aspecto. Além de sobreviver, contrair matrimônio e gerar um filho, as cartas desvelam, via experiência singular de uma mulher, as demandas institucionais e políticas da saúde pública em São Paulo

como expressão do novo cidadão, atinente ao progresso material promovido pela vida urbana que, na década de 1910, é alterada sucessivas vezes. Todavia, as cartas desvelam a disseminação de doenças que atingiam, sobremaneira, o operariado vulnerabilizado pelas péssimas condições de vida e trabalho, entre os quais portugueses, italianos e espanhóis.

Mesmo que os índices revelem um percentual maior de óbitos do sexo masculino, o preconceito causava no paciente a vergonha de ser um portador de uma doença temida. O ‘doente do peito’ sentia o infortúnio dentro de sua própria casa, o desamparo familiar, o desprezo que o isolava, separando-o em quartos destinados ao claustro, bem como queimando roupas, utensílios domésticos e outros materiais de uso comum como forma de evitar riscos de contágio (Sousa, 2011). As famílias encontravam no isolamento de seus familiares tuberculosos em sanatórios longe da cidade mais do que uma opção terapêutica, mas uma forma de se afastar dos constrangimentos costumeiros impostos aos familiares, sobretudo, aos doentes.

Perante a sociedade, possuir um doente no seio da família tornava o fato um peso, uma desonra, entretanto, diferentemente do que ocorria à época, as correspondências mostram que a família Figueiredo acompanhava os progressos de Esther, algo demonstrado pelo pai e noivo, futuro esposo, que escreviam e acreditavam na possível cura do tratamento com os banhos, bem como pela constância de

menções sobre as preocupações da mãe, dos irmãos, tios, amigos, indícios reveladores de que o núcleo familiar de Esther, acima da média, era capaz de proporcionar carinho e afeto, além de manter os tratamentos.

Ainda que o tema da tuberculose não assumia tom vital na correspondência, os indícios históricos e sociais evidenciados pela documentação epistolar são reveladores de uma realidade dramática, que levou à morte muitos homens e mulheres na cidade de São Paulo no decorrer da década de 1910. De todo modo, permitem reiterar o que a historiografia assegura, isto é, que mesmo considerada por alguns médicos como ‘doença de pobre’ ou ‘de negros’ a tuberculose não distinguia gênero, raça ou classes sociais.

Esther era uma mulher proveniente de uma pequena elite que ascendia no bojo da industrialização. Portava o protótipo das pessoas de sua classe social “formação europeia, caracterizada, por seu comportamento e elegância, destoante dos significados atribuídos a uma população sem o refinamento e que qualificava seu status social.” (Souza Campos & Maramaldo, 2017, p. 126). Letrada e bem-educada Esther compunha os padrões impostos a uma mulher de uma classe social elevada, tratava de negócios com o pai, escrevia para o namorado que estudava no interior, usava máquina de datilografar, viajava para os tratamentos, vivia no seio de uma grande família e era apegada aos princípios do cristianismo.

A religiosidade na vida de Esther pode ser derivada de sua doença, considerada incurável. Sobrevivente de uma moléstia temida por muitos, Esther Figueiredo é um exemplo que não adentrou os índices de mortalidade ocasionada pela moléstia. Era amada por sua família, que acreditou nos tratamentos medicinais sem abandoná-la. Manteve o relacionamento amoroso com o namorado e com ele noivou, se casou e foi mãe de um filho. Em uma carta, sem data, datilografada, tecnologia nova à época, Esther demonstra sua personalidade ao mesmo tempo em que se revela extremamente agradecida e apegada a sentimentos nobres. O texto aponta para dificuldades da vida, das ilusões humanas, das paixões e desvelam uma mulher moldada pela experiência da tuberculose:

Querido Pae: Os affectos enganadores das paixões humanas nem sempre resistem a acção destruidora do tempo e muitas vezes se extinguem ao menor abalo e ao primeiro fenecer das ilusões. O mesmo não acontece com o amor filial, mormente quando os paes, como vós, se inspiram na fé e sabem conduzir os seus filhos pelo caminho da virtude e dos bons exemplos...Quando no coração humano não penetra a luz divina e verdadeiramente vivificadora, não é para admirar que o amor se dissipe com a mesma facilidade com que a nuvem se desfaz. Mas,.. quando o amor se aninha em nosso coração é o amor de filhos que amam extremosamente o seu querido e

virtuoso pae, oh! Então pode-se afirmar que este amor é inspirado pela santa Religião que se emana de Deus; não há nada que o possa abater porque elle se ergue sobre o pedestal da Cruz e se alimenta da luz benedicta que se apaga e prepara a nossa alma para seguir os bons exemplos recebidos de vós. É assim querido pae, que eu e os meus irmãos pelo dia de vosso anniversario, dia tão belo feliz para nós inspirados por essa fé santa pelo qual vós nos tendes guiado para o caminho da verdadeira virtude. Hoje, pela manhã, fomos offerecer os nossos corações à Jesus Hostia pela conservação de vossa preciosa existência promettendo a Deus ser-lhes sempre filhos obedientes e affectuosos. Justamente neste protesto de gratidão interpetrando os sentimentos filiaes dos queridos irmãos offerecem-vos esta insignificante lembranças. Disse: Esther Figueiredo. (CISGES, 2019)

A carta permite supor que a vida familiar, os sentimentos nobres, as relações amorosas, a existência de afeto, tratados na forma de pesares como que abalados pelas vicissitudes da vida, evocam sensibilidades próprias de quem vivenciou o risco mais que provável da morte.

CONCLUSÃO

Os indícios históricos e sociais permitem observar que o grande número de óbitos em decorrência da tuberculose impactou poderosamente na vida das pessoas, fabricando entre o real e o ficcional

realidades diametralmente opostas. Ainda que uma sobrevivente, Esther emerge dos registros como uma mulher refinada, que escreve para Martiniano Medina e solicita sua presença, pois o mesmo trabalha fora de São Paulo, no interior do estado, em uma cidade chamada São Carlos, como direto da Estação Zootechnica “Pádua Salles”, algo que não poderia ser mais do que conveniente.

Do mesmo modo, as correspondências são fundadas na saudade provocada por distanciamentos exigidos ora pelo mundo do trabalho, ora pela doença. Seja como for, os sentimentos filiais, a polidez na escrita, os desejos nobres que nutriam os bons costumes oriundos de uma educação esmerada na vida familiar caracterizam Esther como uma mulher profundamente marcada pela doença. As constantes revelações de seus sentimentos cristãos, de agradecimentos pela existência, de amor e respeito permitem considerá-la como abnegada ao amor familiar e ao marido, que não sucumbiram aos dramas e horrores experimentados por homens e mulheres afetados pela doença. Esther caracteriza a resignação de quem não morreu de tuberculose, algo raramente alcançado no contexto recuperado. Sua história de vida, entretanto, evidencia permanências históricas provocadas pelo estigma atribuído aos que adoecem.

BIBLIOGRAFIA

Anuário. (1910). *Publicações*. Campinas: UNICAMP Recuperado de

- <http://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/anuarios/1910.pdf>
- Bertolli Filho, C. (2001). *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso 1900-1950*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Bertolli Filho, C. (2003) *A gripe espanhola em São Paulo, 1918: epidemia e sociedade*. São Paulo: Paz e Terra.
- Burke, Peter. (1991) *A Escola dos Annales 1929-1989. A revolução francesa da historiografia*. São Paulo: Editora da UNESP.
- Dosse, François. (2003) *A História em migalhas. Dos Annales à Nova História*. Bauru: Edusc.
- Ginzburg, C. (1989). Sinais: raízes de um paradigma indiciário. *En Mitos, Emblemas e Sinais. Morfologia e História*. (pp.143-180). São Paulo: Companhia das Letras.
- Gomes, A. de C. (org.). (2004). Escrita de si, escrita da História: à título de prólogo. (pp.7-24). *En escrita de si, escrita da História*. Rio de Janeiro: FGV.
- CISGES. (2019). *Fontes. Cartas para Esther*. São Paulo: UNISA. Recuperado de www.cisges.wordpress.com.
- Gurgel, C. (2010). Ossos e doenças do passado. *En Doenças e curas: Brasil nos primeiros séculos*. (pp.42-46). São Paulo: Contexto.
- IBGE. (2016). *Estatísticas do século XX – populacionais, sociais, políticas e culturais*. Brasília: IBGE. Recuperado de: <http://seculoxx.ibge.gov.br/populacionais-sociais-politicas-e-culturais/busca-portemas/saude.html>.
- Malerba, J. (org.). (2006). *A história escrita: teoria e história da historiografia*. São Paulo: Contexto.
- Mastromauro, G. C. (2013) *As ações higienistas e a tuberculose em São Paulo (1890-1924)* (Tese de doutorado não publicada). Instituto de Filosofia e Ciências – Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Monteiro, Y. N.; Carneiro, M. L. T. (2012) *As doenças e os medos sociais*. São Paulo: Fap-Unifesp.
- Pesavento, S. J. (2007). Sensibilidades: escrita e leitura da alma. *En Languê, F. (org.). Sensibilidades na história: memórias singulares e identidades sociais*. (pp.9-21). Porto Alegre: UFRGS.
- Pollak, M. (1989). Memória, Esquecimento, Silêncio. *Estudos Históricos*, 2(3), 3-15.
- Sheppard, D. de S. (2001) A literatura médica brasileira sobre a peste branca: 1870-1940. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*, (8) 1, 173-192.
- Siles-González, José. (2011) Antropologia dos cuidados. *En Oguisso, Taka; Souza Campos, P. F. de; Freitas, Genival Fernandes de. Pesquisa em História da Enfermagem*. (pp.34-111). São Paulo: Manole.
- Sousa, J. P. (2011) A cólera, a tuberculose e a varíola: as doenças e seus corpos. *En Priore, M. D., Amantino, M. (orgs.). História do corpo no Brasil*. (pp. 223-250). São Paulo: Unesp.
- Souza Campos, P. F. de; Maramaldo, J. R. V. (2017). História e Sentimento: Gênero e Masculinidade nas Cartas de Martiniano Medina (1908-1919). *Gênero*, 17(1),117-137.
- Vianna, P. V. C., Zanetti, V., Papali, M. A. (2014) Geografia, saúde e desenvolvimento urbano no interior paulista na passagem para o século XX: Domingos Jaguaribe e a construção da Estância Climática de Campos do Jordão. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*, (21) 4, 1341-1360.

Quadro 1. Óbitos por Moléstias Registrados nas Capitais - 1908-1912

Anos	Febre Typhoide	Variola	Peste	Febre Amarela	Tuberculose
1908	37	183	4		381
1909	54	48	1		426
1910	41	5	5		456
1911	63	2	5		447
1912	107	239	1		438

Fonte: (IBGE, 2016)

Quadro 2. Óbitos por Moléstia em São Paulo Segundo Nacionalidade e Sexo – 1910

Moléstias	Nacionalidades			
	Nacionais		Estrangeiros	
	M	F	M	F
Tuberculose	182	130	89	39
Variola	3	1	1	
Peste	1	3	1	
Febre Amarela				
Lepra	12	5	6	

Fonte: (Anuários, 1910)

Cuidado al final de la vida a domicilio: consideraciones sobre Brasil y Francia

End-of-life care at home: considerations about Brazil and France

Cuidados ao final da vida no domicílio: considerações sobre o Brasil e a França

Franciele Roberta Cordeiro¹, Stefanie Griebeler Oliveira², Maria Henriqueta Luce Kruse³

¹Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Adjunta no Departamento de Enfermagem Hospitalar na Rede de Atenção à Saúde da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Correo electrónico: franciele.cordeiro@ufpel.edu.br

² Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Adjunta no Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Correo electrónico: stefaniegriebeleroliveira@gmail.com

³ Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul . Correo electrónico: kruse@uol.com.br

Cómo citar este artículo en edición digital: Cordeiro, F.R., Oliveira, S.G. & Kruse, M.H.L. (2020). Cuidado al final de la vida a domicilio: consideraciones sobre Brasil y Francia. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 24 (57) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.12>

Correspondencia: Rua Gomes Carneiro, 1, Campus Anglo – Faculdade de Enfermagem- Centro- Pelotas/RS/Brasil. CEP: 96010-610.

Correo electrónico de contacto: franciele.cordeiro@ufpel.edu.br

Recibido: 02/11/2019 Aceptado: 27/02/2020



ABSTRACT

It is a theoretical essay derived from considerations developed in two researches carried out between 2012 and 2017. The objective is discussing the insertion of the domicile as a caring space within public

policies regarding the end of life in Brazil and in France. For this purpose, reading documents that regulate the organization of services addressed to persons undergoing palliative care in both countries was performed with peculiar interest. The documents that supported the analysis were:

from the Brazilian context, Ordinance no. 825/2016; and, from the French scenario, the Triennial Plan for Palliative Care (2015 - 2018). To guide the analysis, the source referrals were authors linked to Social Anthropology and Cultural Studies. Since the years 2000, the home became a central element for the implementation of public health policies, especially those aimed at organizing the care towards people with chronic diseases and in palliative care. It is an approach with less economic costs for the State while it tends to meet the expectations of patients and families in the search for comfort and less painful ways to face the end of life.

Key words: Palliative Care, home nursing, public policy.

RESUMEN

Ensayo teórico, oriundo de reflexiones desarrolladas en dos investigaciones que se llevaron a cabo entre 2012 y 2017. El objetivo es discutir la inserción del domicilio como un espacio de cuidado en las políticas públicas para el final de la vida, en Brasil y en Francia. A tal fin, se hizo la lectura interesada de documentos que normalizan la organización de los servicios que atienden a personas en cuidados paliativos de ambos países. Los documentos que sustentaron el análisis fueron: en el contexto brasileño, la Ordenanza no. 825, del 25 de abril de 2016, que redefine la atención domiciliar en el ámbito del sistema de salud; y, en el escenario francés, el Plan Trienal de Cuidados Paliativos (2015-2018). Los análisis tuvieron sustentación en autores de la Antropología Social y de los Estudios Culturales. A partir de los años 2000 el domicilio se convierte en el elemento central para el cumplimiento de las políticas públicas de salud, especialmente aquellas que apuntan a organizar la atención y el cuidado a las personas con enfermedades crónicas y en cuidados paliativos. Se trata de una forma menos costosa en términos económicos para el Estado y que tiende a acoger las expectativas de pacientes y familiares en la búsqueda del confort y de formas menos dolorosas de enfrentar el final de la vida.

Palabras-clave: Cuidados Paliativos, atención domiciliar de salud, política pública

RESUMO

Ensaio teórico, oriundo de reflexões tecidas em duas pesquisas, realizadas entre 2012 e 2017. Tem-se como objetivo discutir a inserção do domicílio como um espaço de cuidado nas políticas públicas para o final da vida, no Brasil e na França. Para tal, foi realizada leitura interessada de documentos que normatizam a organização dos serviços que atendem pessoas em cuidados paliativos, de ambos os países. Os documentos que respaldaram a análise foram: no contexto brasileiro, a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do sistema de saúde; e, no cenário francês, o Plano Trienal de Cuidados Paliativos (2015-2018). Para nortear as análises recorreu-se a autores vinculados à Antropologia Social e aos Estudos Culturais. Vislumbra-se que a partir dos anos 2000 o domicílio passa a ser elemento central para a efetivação das políticas públicas de saúde, especialmente aquelas que visam organizar o atendimento e o cuidado às pessoas com doenças crônicas e em cuidados paliativos. Trata-se de uma forma menos onerosa em termos econômicos para o Estado e que tende a acolher as expectativas de pacientes e familiares na busca do conforto e de formas menos dolorosas de enfrentar o final da vida. Palavras-chave: Cuidados Paliativos, assistência domiciliar, política pública

INTRODUÇÃO

A palavra domicílio vem do latim Domus, que significa casa. Ela pode ser composta de diferentes materiais, alvenaria, madeira, barro, palha ou lona, sendo no espaço da casa que são estabelecidas as primeiras relações do indivíduo com o mundo. É nesse espaço que ele formará

vínculos, que aprenderá as primeiras palavras, escutará os primeiros sons, aprenderá os primeiros passos e, os valores e as crenças. Em casa, situam-se “formas de lazer associadas a ritos que celebram as mudanças significativas no ciclo vital que têm como referência a família, ou seja, festas de batizado, aniversário, casamento, etc” (Magnani, 2002, p.21). Culturalmente, a casa é o espaço onde se dão os processos relacionais entre os diferentes membros de uma família (Mccallum, Bustamante, 2012).

O conceito de família é múltiplo. Ele está relacionado a afetos, a sentimentos, à herança genética, à linguagem, à sexualidade, à cultura, entre outros tantos fatores. Em uma vertente biologicista, família pode ser um grupo de pessoas que possuem consanguinidade (Biroli, 2014). No campo da Antropologia, destacamos a abordagem de Claude Levi-Strauss, que provoca o distanciamento do conceito de família da área biológica, aproximando-o da cultura e da linguagem. Além disso, ele diferencia as noções de família e parentesco. Para o autor, a família pode ser compreendida como um sistema de comunicação, estabelecido a partir da aliança entre dois grupos (Sarti, 2005). Nessa lógica, os laços biológicos não fundamentam a família, mas sim o caráter social, os interesses, e as atividades em comum que aproximam os indivíduos. Já as relações de parentesco tendem a instituir esse processo de comunicação, ou seja, são os elementos como a afinidade, os códigos e

as regras compartilhadas (Sarti, 2005). Assim, “a família seria apenas um grupo social concreto através do qual se realizam os vínculos de parentesco” (Meyer, Fernandes, 2012, p.434).

Podemos pensar, que sustentados nesta concepção de casa como um ponto de partida do indivíduo para o mundo, onde ele formou vínculos, teve suas primeiras experiências, ou seja, seu local ‘familiar’, que lhe concede certa ‘identidade’, pelo ‘hábito’ e pela aproximação com os demais que habitam nela, foi possível conceber o Programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde brasileiro (Brasil, 2016). Esta não seria a única condição de possibilidade para a emergência do domicílio como um espaço de cuidado: o envelhecimento populacional, o crescente número de pessoas acometidas por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e a necessidade de otimização de leitos hospitalares foram também condições de possibilidade para que equipes de saúde adentrassem no domicílio para conduzir e controlar a saúde e a doença (Oliveira, Kruse, 2017).

Além disso, para pensar no modo como o domicílio vem se configurando enquanto espaço para o cuidado nas diferentes situações de saúde é preciso olhar para as transformações econômicas e sociais que ocorreram no mundo. Nas duas últimas décadas, as taxas de desemprego possibilitaram mudanças nas lideranças e nos papéis de cada membro da família. Se até há pouco tempo as mulheres estavam

restritas ao lar, sendo as responsáveis pelas tarefas domésticas e pelos cuidados dos doentes, agora elas passam a assumir responsabilidades pelo sustento da família. Tal situação, faz com que em muitos casos não seja mais possível contar apenas com elas para desempenhar o papel de cuidadora principal no contexto do domicílio, exigindo o suporte assistencial por parte do Estado (Pailhé, Régnier-Loilier, 2015).

Nessa perspectiva, apontamos a situação da França, como um exemplo de como os serviços que se deslocam ao domicílio tendem a ser mais potentes, no sentido de efetivarem as políticas públicas para o final de vida. Naquele país, há um estímulo para os filhos saírem de casa muito cedo, seja pela inserção no mercado de trabalho, seja pelo ingresso na universidade. Na transição da adolescência para a vida adulta, as pessoas passam a fazer parte da economia e do sistema produtivo do país e, dessa forma, o Estado provém o auxílio, especialmente financeiro, que em países como o Brasil, muitas vezes, os pais tendem a assumir para com os filhos (Cordeiro, 2017). Tal situação promove ruptura nas relações de proximidade e dependência entre pais e filhos, perdurando-se até a fase adulta avançada e o envelhecimento. Em termos de relação de cuidado, esse distanciamento faz com os filhos não se sintam responsáveis pela realização de cuidados ou o acolhimento dos pais em seus domicílios quando estes apresentam doença avançada que não responde mais ao tratamento que pretende modificá-las (Cordeiro, 2017).

Estudo de revisão (Oliveira *et al.*, 2017) que analisou a atenção domiciliar como estratégia da biopolítica no cenário mundial, apontou que maioria das publicações sobre a temática são de origem de países considerados “desenvolvidos”, especialmente os situados nos continentes Europeu, Americano e Asiático. O destaque para tais localidades geográficas, estaria relacionada a incidência de doenças crônicas, justificando a proposta de atenção domiciliar, a fim de evitar que pessoas com doenças crônicas fossem hospitalizadas. Ainda, o referido estudo mostrou que a atenção domiciliar se legitima por uma rede de *experts* e instituições, principalmente por profissionais relacionados aos cuidados paliativos e que estão ligados à academia.

Vale destacar que a expansão da atenção domiciliar no cenário internacional não ocorre de modo homogêneo, uma vez que há diferenças no contexto político e na configuração dos sistemas de saúde entre os países, bem como especificidades sociais, econômicas e culturais que configuram o modo de operar e ofertar o cuidado domiciliar. Todavia, observa-se que experiências de outros países inspiraram arranjos assistenciais da Atenção Domiciliar ofertadas no Brasil (Braga *et al.*, 2016). Dessa forma, este ensaio teórico, oriundo de reflexões tecidas em duas pesquisas (Oliveira, 2014; Cordeiro, 2017), tem por objetivo discutir a inserção do domicílio como um espaço de cuidado nas políticas públicas para o final da vida, no Brasil e na França.

As justificativas que apresentamos para centrar nossas reflexões em torno dos cenários brasileiro e francês se dão, primeiramente, pelo fato de que o Brasil, historicamente, importa modelos de cuidado e de gestão da saúde do continente europeu, sendo a França considerada uma referência. Como exemplo, destacamos o modelo brasileiro de Diretivas Antecipadas de Vontade, regulamentado em 2012, por meio da Resolução 1.995/12 do Conselho Federal de Medicina e que se inspira na legislação francesa. Outros exemplos são a estruturação do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e das farmácias populares, criadas a partir dos anos 2000 no Brasil com base nas configurações existentes na França e nos Estados Unidos da América (Machado, Baptista, Nogueira, 2011). Em segundo, a França é considerada um dos países pioneiros nos cuidados em final da vida, por meio dos trabalhos desenvolvidos na casa de acolhimento *L'ouvre du Calvaire*, desde 1842, por Jeanne Garnier. Um terceiro elemento que sustenta nossa justificativa é a constatação de que no último levantamento sobre a qualidade de morte no mundo, realizado em 2015 pelo *The Economist*, no que tange a qualidade dos cuidados ofertados, a França ficou classificada entre 80 países avaliados na 5ª posição, enquanto o Brasil, na mesma categoria, foi classificado na 51ª posição. Frente ao exposto, pensamos ser interessante observar e analisar como países tão distintos econômica, política e culturalmente

enfrentam problemas próximos no que se refere à organização dos cuidados no final da vida.

Justificamos ainda que, embora seja reconhecida a atuação e estrutura desenvolvidas na área de cuidados paliativos em países da América Central e do Sul, como a Costa Rica e o Chile, o Brasil possui poucas interfaces culturais e sociais com tais países. Tal fato pode ser evidenciado pelos dados apresentados no Atlas de Cuidados Paliativos da Associação Latino Americana de Cuidados Paliativos (ALCP), os quais apontavam - até 2012 - a inexistência de políticas públicas e quantitativo mínimo de serviços de cuidados paliativos no Brasil. O cenário brasileiro é diferente dos demais países da América Latina, inclusive, do Mercosul. Argentina e Uruguai, por exemplo, contam com leis específicas sobre o final da vida e uma rede mais estruturada de serviços que desenvolvem a filosofia dos cuidados paliativos (Pastrana *et al.*, 2013).

Finalmente, além das razões expostas, uma das pesquisas que serviu como base para este ensaio foi uma etnografia em serviços de saúde e domicílio brasileiros e franceses sobre o final da vida (Cordeiro, 2017). O que permitiu o aprofundamento e análise em torno das questões políticas envolvidas no governo do final da vida e o retorno ao domicílio em ambos os países.

DESENVOLVIMENTO

Ao nos remetermos à noção de domicílio, entendemos que ela pode ser

compreendida a partir de uma relação de interioridade e exterioridade. Quando se fala do espaço da casa, geralmente se fala dela por meio da relação com o espaço da rua, do público, entendido como o espaço de fora. Dessa forma, quando se pensa na casa, são acionados os graus de parentesco, os vínculos, e os objetos que pertencem a um determinado grupo ou a um indivíduo, que o diferenciam dos outros (Matta, 1997). A noção de casa também é atravessada por atributos positivos, os quais são reforçados pela noção de hierarquia e respeito entre os membros que a habitam, sendo o homem a referência nessas relações, caracterizado pelo “pai de família”. Nesse espaço da casa, em geral, a mulher se torna responsável pela educação dos filhos, pelo cuidado aos doentes, pela preparação dos alimentos e pela mediação de conflitos (Fonseca, 2004; McCallum, Bustamante, 2012). Assim, identifica-se que o gênero opera nas dinâmicas que ocorrem dentro de uma casa ou domicílio. Isso porque as mulheres desempenham um papel decisivo nas políticas públicas de saúde. De maneira geral, observa-se que *as políticas públicas adotam o termo “família” como sendo o foco de suas ações, mas convocam, efetivamente, as mulheres-mães para serem suas parceiras* (Meyer, Fernandes, 2012, p.446).

No processo civilizatório, os valores morais e religiosos construídos histórica e culturalmente foram apropriados e internalizados no espaço do domicílio. A família foi e é o alvo principal dos discursos

religiosos e políticos que posicionam as mulheres, mães e filhas, em um lugar de obediência em relação aos homens, irmãos e filhos. São elas que devem primar pelo “zelo”, pela boa aparência dos homens no trabalho e na vida social. Às mulheres, por muito tempo, foi reservado o espaço da casa, tanto como um território para docilizá-las em relação às práticas “do lar”, como também como um local em que era possível controlá-las e mantê-las longe dos prazeres, perigos e vícios que as ruas representavam. Em estudo sobre a prescrição de comportamentos às mulheres durante a primeira metade do século XX, pela revista *Para Ti*, identificou-se que os discursos sobre saúde estão centrados na figura da mulher. A mulher era tida como a responsável pelas ações de promoção da saúde da família. Ela deveria preservar o casamento, zelar pela família, pela educação dos filhos e, além disso, manter-se bela e, de preferência, adotando comportamentos e “etiquetas” tanto nos espaços íntimos da casa, como no convívio social (Ribeiro, 2012).

Do lado oposto (mas complementar) ao da casa, encontra-se a rua. A este espaço, historicamente, atribuiu-se valores positivos e negativos. A rua é tanto um espaço público como privado. De um lado, ela é o território no qual se desenvolvem as relações da cidade, os deslocamentos das pessoas, o lazer. A rua abriga instituições de saúde, educação, espaços compartilhados por todos aqueles que vivem no mesmo território¹. De outro, a rua apresenta um caráter privativo

para aqueles que fazem dela a sua “casa”. Observam-se cada vez mais nos espaços urbanos, pessoas que fazem desse local o espaço de vida. São pessoas que não participam da vida de uma família tida como “estruturada”, em que os indivíduos vivem em um mesmo espaço físico e compartilham dos mesmos costumes, possuindo ou não “relações de sangue” (Mccallum, Bustamante, 2012).

Em geral, a utilização do espaço da rua como privativo é visto como negativo e contrário às regras sociais de convivência e as leis do Estado. Por isso, a rua também traz consigo uma série de valores negativos, já que esse território foi a “casa” de loucos, de miseráveis, de delinquentes, e daquilo que representa o sujo, o feio e do qual é preciso afastar-se. Nessa lógica de oposição entre casa e rua, podemos pensar na positividade atribuída ao domicílio. Essa positividade é construída, tanto por valores religiosos como morais, pelas funções sociais das mulheres abrangidas nesse local e também pelo caráter negativo que, ao longo dos séculos, foi atribuído ao espaço das ruas. Hoje, quando se fala em domicílio, os discursos que se sobressaem são relacionados ao conforto, felicidade, aconchego e união associados ao “lar-doce-lar”. De qualquer forma, a casa e a rua: [...] *não designam simplesmente espaços geográficos ou coisas físicas comensuráveis, mas acima de tudo entidades morais, esferas de ação social, províncias éticas dotadas de positividade,*

domínios culturais institucionalizados (Matta, 1997, p.14).

Juridicamente, o domicílio é o lugar onde se estabelece a residência. Para as pessoas que não têm residência fixa, o domicílio é considerado o local em que elas se encontram momentaneamente (Brasil, 2002). Essas conceituações são importantes, tendo em vista a centralidade desse local nas políticas e programas sociais e de saúde. Como exemplo, no Brasil, destacamos o Programa Bolsa Família e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que propõem a localização dos cidadãos que habitam determinado território. Tais Programas têm fragilidades, tanto em termos sociais como de saúde. Na ESF, a visita domiciliar permite intervenções que aproximam profissionais de saúde dos determinantes do processo saúde doença no âmbito familiar. Ainda, ela consiste em um dever de todos os profissionais pertencentes ao programa, e, mesmo sendo o agente comunitário de saúde fundamental nas visitas, a execução desta pelos profissionais possibilita que a comunidade acesse os vários saberes científicos. Tendo isso em vista, a equipe compreenderá as relações entre os indivíduos que compõe uma família, entendendo a maneira como estas relações contribuem para a existência de processos protetores ou de desgaste para a saúde (Gomes, Fracolli, Machado, 2015).

Assim, identificamos a visita domiciliar como elemento fundamental nas políticas públicas de saúde. Por meio do

Cultura de los Cuidados

deslocamento até o domicílio, os profissionais do serviço social e de saúde executam ações estratégicas, como, por exemplo, a solicitação de benefícios econômicos, a notificação de situações de violência, a observação da frequência das crianças à escola, a realização de curativos, a administração de medicamentos e as avaliações clínicas. Na visita os profissionais conhecem o espaço onde as pessoas moram, seus hábitos e comportamentos, para, a partir de então, prescrever aquilo que é tido como diretriz dentro de uma determinada política pública ou programa de saúde.

Ao se referir à biopolítica contemporânea, Rose (2001) menciona que programas de medicina preventiva, promoção de saúde e de educação em saúde mantêm seus objetivos de saúde para a nação. No entanto, o autor salienta que, atualmente, a análise racional da política interessada na saúde da população não mais se enquadra em termos de consequências da incapacidade da população como um papel orgânico, mas está colocada em termos econômicos: saúde e a doença em termos de dias perdidos de trabalho, ou em termos morais, como imperativo de reduzir as iniquidades na saúde. Entretanto, os indicadores de saúde não medem a capacidade funcional da população. Assim, Rose percebe um deslocamento nas estratégias da biopolítica. Se, a política do Século XIX foi sustentada por informações numéricas da população, com análises em termos de frequências e probabilidades, a

racionalidade estratégica de higiene serviu para identificar, gerenciar e reduzir os níveis de morbidade e mortalidade, modificando os fatores dentro da área geográfica, ou em uma faixa etária estatisticamente associada com aos níveis de doenças. Na segunda metade do século XX, a biopolítica ocupou-se de minimizar os riscos para a saúde, manter o controle ambiental da população e reduzir acidentes (Rose, 2001).

No Brasil, observamos o mesmo deslocamento nas estratégias da biopolítica. No início do Século XX, as estratégias disciplinares de higiene foram bastante utilizadas no controle da tuberculose (Oliveira, Kruse, 2016). Na metade do século passado, estratégias ligadas à saúde regularam o absenteísmo no trabalho, maximizando as forças do corpo do operário (Oliveira, 2014). E mais ao final do século, a elaboração de um sistema de saúde para todos, que de forma democrática, com a participação de todos, aspirava à saúde como um bem, de direito. Primeiro, o Estado se encarregou da higiene para educar e melhorar os níveis de saúde, depois ele se afastou de seus encargos promovendo políticas de promoção à saúde para reduzir os fatores de risco, produzindo sujeitos que regulassem sua própria saúde e também a dos outros.

A partir dos anos 2000, os discursos sobre o retorno ao domicílio para o tratamento de pessoas com doenças crônicas e de pessoas em final de vida ganharam força em diversos países, tendo em vista o esgotamento do hospital para atender as

demandas de saúde da população. Países como Alemanha, Inglaterra, Suécia e França (re)pensam a função e a participação social do Estado na organização, modernização e consolidação das instituições. Serviços como escolas, hospitais e creches têm sido reestruturados em termos de recursos humanos, tecnológicos, entre outros, visando à redução dos gastos públicos nessas áreas (Piketty, 2014).

Nos dias de hoje, o hospital é visto como empresa, flutua no ciberespaço, tendo frágil ancoragem num ponto do espaço material. Com isso, não queremos dizer que o hospital deixou de possuir local fixo, mas que amplia seus serviços, estendendo-os até o domicílio do paciente, para evitar que ele interne ou reinterne. Assim, é possível desospitalizar. No modelo fabril, a comunicação entre operários não era permitida, pois afetaria a produção. Já na empresa, a comunicação entre os profissionais é essencial, necessária, e ocorre igualmente nesse novo jeito de organizar os serviços e ações de saúde, na qual o hospital oferta uma equipe multiprofissional que se deslocará para atender o paciente em seu domicílio, sendo que a comunicação inicia com a equipe que encaminhou o paciente para esse serviço, até a sua alta, para outros serviços, constituindo o que vai ser chamado de rede de saúde (Saraiva, Veiga-Neto, 2009).

Dessa maneira, o domicílio desponta como um local sobre o qual é possível intervir. Ao mesmo tempo em que é o

ambiente íntimo das pessoas e de suas famílias, se torna um campo de atuação dos profissionais de saúde, os quais passam a adentrar esse espaço, propondo cuidados, tentando modificar hábitos, levantando informações sobre bons ou maus comportamentos, a fim de subsidiar as ações do Estado. “*A vigilância dos doentes no domicílio ampliou as estratégias de governo da vida das populações, promovendo controle dos espaços privados dos doentes. Tal organização permitiu dizer que há um entrelaçamento das etapas de medicina urbana e de medicina de Estado*” (Oliveira, 2014, p. 53).

No contexto do final da vida, no Brasil, a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS. A atenção domiciliar tem sido proposta como possibilidade e alternativa às hospitalizações. Ela se caracteriza por ações que visam à promoção, à reabilitação e à palição da saúde no ambiente domiciliar. Trata-se de uma estratégia para desospitalizar as pessoas o mais precocemente possível, dando continuidade às suas demandas de saúde no território, mas com assistência pelas equipes de saúde do hospital. A atenção domiciliar é operacionalizada pelos serviços de atenção domiciliar (SAD), que atuam de maneira complementar aos serviços da atenção básica e aos serviços de urgência (Brasil, 2016).

As modalidades de atendimento da atenção domiciliar dividem-se em três

Cultura de los Cuidados

categorias: Atenção Domiciliar 1 (AD1), a qual presta cuidados que requerem menor frequência de visitas e menor grau de intervenção das equipes; Atenção Domiciliar 2 (AD2), que tem como finalidade evitar ou abreviar hospitalizações, assistindo pessoas com doenças agudas ou crônicas agudizadas, em situações de prematuridade e manejo de sinais e sintomas de pacientes em cuidados paliativos; e Atenção Domiciliar 3 (AD3), a qual envolve as pessoas que exigem cuidados conforme a modalidade AD2, mas com visitas mais frequentes das equipes de saúde (Brasil, 2016).

Na França, o Plano Nacional trienal de Cuidados Paliativos 2015-2018 tem como um dos seus eixos o favorecimento dos Cuidados Paliativos no domicílio, sendo que neste país, instituições de longa permanência e clínicas que abrigam doentes por um longo período também são considerados espaços ou lugares de vida. Neste país, existem profissionais que atuam no domicílio prestando cuidados às pessoas em final de vida e suas famílias. Em geral, o cuidado direto às pessoas é realizado por profissionais e não por cuidadores familiares. Em relação ao domicílio, existem também as equipes de hospitalização no domicílio e os “réseaux” (redes) de cuidados paliativos. As equipes de hospitalização no domicílio (HAD) organizam o retorno para casa dos pacientes que ainda dependem de algum cuidado que exija maior densidade tecnológica. Um exemplo disso são pacientes que fazem uso de nutrição parenteral, de bomba autorregulável de

liberação de morfina, entre outros procedimentos (France, 2015).

As equipes de hospitalização no domicílio são compostas, em geral, por um médico, um enfermeiro responsável pela parte gerencial do cuidado e outro pela parte administrativa, uma equipe de enfermeiros de coordenação, os quais recebem e analisam junto com o profissional da Medicina a admissão, ou não, no serviço, um profissional do Serviço Social e uma equipe de enfermeiros e auxiliares de Enfermagem que se deslocam ao domicílio para realizar os cuidados como a administração de medicações, a realização de banho de leito, entre outros cuidados (France, 2015). Já as Redes de Cuidados Paliativos francesas (Réseaux de Soins Palliatifs – RSP) são equipes especialistas que orientam profissionais atuantes diretamente no cuidado de pessoas no domicílio, trata-se de um serviço de consultoria (France, 2008; SFAP, 2016).

A partir das políticas supracitadas, percebemos que o domicílio, ou a casa, podem ser considerados tanto espaços privados como públicos. Ele é privado na medida em que a dinâmica das relações entre os membros de uma família ocorrem de maneira singularizada entre as “quatro paredes” da casa. Mas também é público, já que o espaço da casa tanto dialoga com o espaço da rua como tem suas portas abertas para a entrada de agentes do Estado, os quais atuam intervindo e alterando o próprio ritmo e organização, seja relacional, seja espacial, dentro da casa.

Um último elemento que gostaríamos de apontar neste breve ensaio é o modo como o final da vida foi tanto um momento íntimo, vivenciado no espaço do domicílio, ou melhor dizendo, dentro do quarto, como também se tornou um evento público. O quarto, dentro do espaço da casa, é o local que abriga o leito daqueles que agonizam no final da vida. Esse espaço sofreu algumas transformações no decorrer dos últimos séculos. “*O leito de morte é o palco central e mesmo único. Durante muito tempo ocupou todo o lugar, abundantemente representado na iconografia medieval. É a ‘longa doença’, resultado dos progressos da medicina que engendra o quarto do doente*” (Perrot, 2011, p. 240).

No período da Idade Média até o século XVII, observa-se que era no quarto da casa que as pessoas tinham suas últimas experiências de vida. Se por um lado tinha-se a presença de alguns ao entorno do leito, por outro, tratava-se cada vez mais de um isolamento do social e da vida. Nesse cenário, o padre frequentemente aparecia nos quadros que retratavam as pessoas a beira da morte. Assim, a morte era um acontecimento que pertencia à intimidade da família, mas também aos agentes públicos, como vizinhos e ao âmbito da religião (Ariès, 2000).

A partir do século XVIII, houve a emergência do hospital, e com ele novas formas de significar o final da vida. Agora, ao invés de morrer no leito da casa, a pessoa agoniza no leito do hospital. Esse leito

continua a isolar as pessoas, mas de uma maneira ainda mais importante, já que no leito do hospital o paciente é despedido daquilo que o caracteriza como sujeito, das suas roupas, dos seus adornos, do seu direito de se expressar ou decidir sobre o que será ou não feito como intervenção sobre o seu corpo (Elias, 2001). Com o nascimento da medicina de família, verifica-se um outro deslocamento: a volta do doente ao domicílio para morrer. Dessa forma, “*três grandes transformações afetam a cena mortuária: privatização, medicalização e individualização da morte, que modificam o teatro do quarto*” (Perrot, 2011, p. 242).

No quarto das pessoas que estão morrendo são feitas transformações. A cama é desmontada ou reposicionada, quase sempre deslocada do canto para o centro do quarto. Centraliza-se a cama, tanto porque nessa posição é mais fácil para duas pessoas poderem trocar a fralda, darem o banho ou ajudar a reposicionar a pessoa na cama, como também para facilitar o acesso dos profissionais que realizarão as visitas ao domicílio para orientarem, cuidarem e avaliarem os efeitos de suas intervenções (Cordeiro, 2017). Michele Perrot, em seu livro *A história dos quartos*, diz que “*o leito de morte se privatiza*” (Perrot, 2011, p. 244), por ser decorado conforme os desejos do moribundo, por abrigar as últimas revelações e os últimos afetos. Acrescenta-se, ainda, que ele também se medicaliza. As famílias transformam o espaço da casa e, especialmente, o quarto para que ele se

aproxime do leito hospitalar. Dessa forma, tenta-se reproduzir a sensação de segurança do hospital dentro do domicílio (Oliveira, 2014, Cordeiro, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante os últimos séculos, o final da vida transita entre um acontecimento que é íntimo, mas que também é público. Hoje, os profissionais de saúde são participantes desse evento, já que, cada vez mais, tanto no leito do hospital, como no quarto, é possível observar mais pessoas de jaleco branco no entorno daquele que vai morrer, do que integrantes da família. O Estado, por meio de políticas públicas, que se efetivam através dos profissionais de saúde, adentra o quarto do doente, introduz instrumentos e técnicas que modificam o cenário e ditam regras sobre o final da vida, o morrer e a morte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aries, P. (2000). *O homem diante da morte*. Cidade do Porto: Francisco Alves.

Biroli, F. (2014). *Família: novos conceitos*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo.

Braga, P.P., Sena R.R., Seixas, C.T., Castro, E.A.B., Andrade, A.M. y Silva, Y.C. (2016). Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Cienc Saude Colet*, 21 (3),903-12. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000300903&script=sci_abstract&tlng=pt

Brasil. Ministério da Saúde. (2016). *Portaria n° 825, de 25 de abril de 2016:*

Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html

Brasil. *Lei n° 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1 nov. 2002. Seção 1, p. 1. Recuperado de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2002/lei-10406-10-janeiro-2002-432893-norma-pl.html>

Cordeiro, F.R. (2017). *O retorno ao domicílio em cuidados paliativos: interface dos cenários brasileiro e francês*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre.

Elias N. (2001). *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Zahar.

Fonseca C. (2004). *Família, fofoca e honra*. 2. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS.

France. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. (2015). *Plan national trienal pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie-2015/2017*. Paris: Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. Recuperado de <http://www.casspa49.fr/file-fichierpdfdocument-fichierpdf-63.html>

France. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la vie Associative. (2008). *Circulaire DHOS/02 n° 2008-99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs*. Paris: Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Recuperado de http://aspyvelines.org/files/2008-03_Circulaire_du_25_mars_2008.pdf

Gomes, M.F.P., Fracolli, L.A. y Machado, B.C. (2015). *Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia*

- saúde da família. *O Mundo da Saúde*, 39 (4), 470-5. Recuperado de http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155572/A08.pdf
- Magnani, J.G.C. (2002). De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 17 (49), 11–29. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v17n49/a02v1749.pdf>
- Matta, R. (1997). *A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Machado, C. V.; Baptista, T. W. F. y Nogueira, C. O. (2011). Health policies in Brazil in the 2000s: the national priority agenda. *Cadernos de Saúde Pública*, 27 (3), 521–532. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/12.pdf>
- Mccallum, C., Bustamante, V. (2012). Parentesco, gênero e individuação no cotidiano da casa em um bairro popular de salvador da Bahia. *Etnográfica*, 16 (2), 221– 246. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/etn/v16n2/v16n2a01.pdf>
- Sarti, C. A. (2005). “Deixarás pai e mãe”: notas sobre Lévi-Strauss e a família. *Revista Antropológicas*, 16 (1), 31-52. Recuperado de <http://www.revista.ufpe.br/revistaantropologicas/index.php/revista/article/view/48>
- Meyer, D.E., Klein, C., Fernandes, L.P. (2012). Concepts of family within governmental programs for “social inclusion” in Brazil. *Revista Estudos Feministas*, 20 (2), 433–449. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2012000200005
- Oliveira S.G. y Kruse M.H.L. (2017). Melhor em Casa: dispositivo de segurança. *Texto context enferm*, 26(1), 1-9. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-e2660015.pdf
- Oliveira, S.G., Kruse, M.H.L., Echevarría-Guanilo, M.E., Velleda, K.L., Santos-Júnior, J.R.G. y Sartor, S.F. (2017). Atenção domiciliar: estratégia da biopolítica. *Revista de atenção à saúde*, 15 (54), 108-16. Recuperado de http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4719
- Oliveira, S.G. (2014). *Melhor em casa? uma história genealógica*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre.
- Oliveira, S.G. y Kruse, M.H.L. (2016). Gênese da atenção domiciliária no Brasil no início do século XX. *Rev Gaucha Enferm*, 37 (2), 1-9. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S14472016000200405&script=sci_abstract&tlng=pt
- Pailhé, A. y Régner-Loilier, A. (2015). Le chômage retarde l’arrivée du premier enfant en france. *Population & Sociétés*, 528, p. 2–6. Recuperado de <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/chomage-retarde-arrivee-premier-enfant-france/>
- Pastrana T., De Lima L., Pons J. J. y Centeno C. (2013). *Atlas de cuidados paliativos de latinoamérica ALCP*. Houston: IAHPC. Recuperado de <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2014/3/Atlas%20Latinoamerica%20-%200edicion%20cartografica.pdf>
- Piketty, T. (2014). *O capital no século XXI*. Rio de Janeiro: Intrínseca.
- Perrot, M. (2011). *História dos quartos*. São Paulo: Paz e Terra.
- Ribeiro, R.G. (2012). *Todo lo que interesa a la mujer: discursos sobre saúde na revista Para Ti*. Universidade

Cultura de los Cuidados

Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre.

Rose, N. (2001). The politics of life itself. *Theory, Culture e Society*, 18 (1), 1-31.

Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/02632760122052020>

Saraiva, K. y Veiga-Neto, A. (2009). Modernidade líquida, capitalismo cognitivo e educação contemporânea. *Educação e Realidade*, 34 (2), 187-201.

Recuperado de <http://www.seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/viewFile/8300/5538>

Société Française d'accompagnement et de Soins Palliatifs. (2016). *Annuaire des structures de soins palliatifs et des associations de bénévoles d'accompagnement de la SFAP*. Paris: SFAP. Recuperado de <http://www.sfap.org/annuaire>



Fuente: CC BY-NC-ND 2.0 license. <https://search.creativecommons.org/photos/3d188772-f9c2-4b16-ad89-f7e792cc4552>

**Exposición permanente de la historia de la enfermería gaditana.
120 aniversario de la institución colegial**

**Permanent exhibition of the history of nursing in cádiz.
120th anniversary of the collegial institution.**

**exposição permanente da história da enfermagem em cádiz.
120º aniversário da instituição colegial.**

Manuel Cano Leal¹ y Mariana García González²

¹Enfermero militar. Secretario del Colegio de Enfermería de Cádiz.
Correo electrónico: manuelcl3@hotmail.com

²Enfermera y antropóloga. Hospital San Carlos, San Fernando, Cádiz.
Correo electrónico: cordo_besa@hotmail.com

Grupo de Investigación de la Historia de la Enfermería Gaditana del Excmo. Colegio de
Enfermería de Cádiz.

Cómo citar este artículo en edición digital: Cano Leal, M., & García González, M. (2020).
Exposición permanente de la historia de la enfermería gaditana. 120 aniversario de la institución colegial.
Cultura de los Cuidados (Edición digital), 24 (57) Recuperado de
<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.13>

Correspondencia: Cano Leal, M. y García González, M. C/ Calle José del Toro nº 11 11004,
Cádiz

Correo electrónico de contacto: cordobesa@hotmail.com

Recibido: 30/11/2019

Aceptado: 21/03/2020



ABSTRACT

The constitution and start-up of the Research Group from the Nursing College of Cádiz, has meant a significant boost for the study of the history of the college. We start from an important documentary archive

(minutes, files and other documents) of the collegiate archive, to which archival sources of different origins are added. The group's heuristic method has allowed the historical construction of a large part of the evolution of the Cadiz collegiate institution, since it was first constituted as the Provincial College of Practitioners, on December 8,

1899. This date has been a challenge, since the works prior to our investigation presented inaccurate dates, which is one of the first evidences of the results obtained. After an extensive process of research and results, we come to the last work, materialized in a permanent exhibition on the history of Nursing in Gaditana, located at the headquarters of the College of Nursing in Cádiz, and which is inaugurated on the occasion of the 120th anniversary celebration. of the foundation of the College of Practitioners of Cádiz, as a precursor of the current college organization of Nursing.

Key Words: History of nursing, permanent exhibition, nursing school, Cádiz.

RESUMEN

La constitución y puesta en marcha del Grupo de Investigación desde el Colegio de Enfermería de Cádiz, ha supuesto un impulso significativo para el estudio de la historia de la institución colegial. Partimos de un importante fondo documental (actas, expedientes y otros documentos) del archivo colegial, al que se añaden fuentes archivísticas de orígenes diferentes. El método heurístico del grupo ha permitido la construcción histórica de gran parte de la evolución de la institución colegial gaditano, desde que se constituyera por primera vez como Colegio Provincial de Practicantes, el día 8 de diciembre de 1899. Esta fecha ha supuesto un reto, ya que los trabajos previos a nuestra investigación presentaban fechas inexactas, lo que supone una de las primeras evidencias de los resultados obtenidos. Tras un proceso extenso de investigaciones y resultados, llegamos al último trabajo, materializado en una exposición permanente de la historia de la Enfermería Gaditana, ubicada en la sede del Colegio de Enfermería de Cádiz, y que es inaugurada con motivo de la celebración del 120 aniversario de la fundación del Colegio de Practicantes de Cádiz, como precursor de la actual organización colegial de Enfermería.

Palabras Claves: Historia de la Enfermería, exposición permanente, colegio enfermería, Cádiz.

RESUMO

A constituição e o início do Grupo

de Pesquisa da Escola de Enfermagem de Cádiz significou um impulso significativo para o estudo da história da faculdade. Começamos com um importante arquivo documental (atas, arquivos e outros documentos) do arquivo colegiado, ao qual são adicionadas fontes de arquivo de diferentes origens. O método heurístico do grupo permitiu a construção histórica de grande parte da evolução da instituição colegiada de Cádiz, desde que foi constituída pela primeira vez como Colégio Provincial de Praticantes, em 8 de dezembro de 1899. Esta data foi um desafio, já que os trabalhos anteriores à nossa investigação apresentaram datas imprecisas, o que é uma das primeiras evidências dos resultados obtidos. Após um extenso processo de pesquisa e resultados, chegamos ao último trabalho, materializado em uma exposição permanente sobre a história da Enfermagem em Gaditana, localizada na sede da Faculdade de Enfermagem de Cádiz, e inaugurada por ocasião da comemoração do 120º aniversário. da fundação do Colégio de Profissionais de Cádiz, como precursor da atual organização universitária de Enfermagem.

Palavras-chave: História da Enfermagem, exposição permanente, escola de enfermagem, Cádiz.

INTRODUCCIÓN

El objetivo fundamental de este trabajo es mostrar el desarrollo de la realización de la exposición permanente, como medio de transmisión de los contenidos resultantes de la investigación histórica.

La muestra de los temas históricos relacionados con la profesión y contextualizados en la provincia de Cádiz, tiene una pretensión pedagógica para los profesionales y estudiantes de la Enfermería, así como la motivación para el estudio de la historia de nuestra disciplina.

Por otra parte, la presentación de la

evolución colegial desde sus inicios, así como el hecho de que la exposición se sitúe en la propia sede del Colegio, tiene como finalidad la aproximación de la institución a los propios enfermeros, estudiantes y a la sociedad en general, para que puedan conocer este recorrido histórico ilustrado.

Como precedente a este trabajo, contamos con la exposición temporal realizada el año 2000 por el Colegio de Enfermería, con motivo del centenario de dicha institución. (Herrera, 2000)

METODOLOGÍA

El hallazgo de las fuentes documentales y el análisis e interpretación de los datos, constituyen un proceso heurístico, anterior a la constitución de un comisariado responsable del contenido de la exposición. Hemos de destacar que los datos mostrados relativos a la provincia son inéditos en gran parte, resultado de la investigación del Grupo de Investigación del Colegio de Enfermería de Cádiz.

Las principales fuentes escritas consultadas son de tipo archivístico, pertenecen fundamentalmente a la actas del Colegio de Enfermería de Cádiz, a los expedientes del Archivo de la UCA (Universidad de Cádiz) y otros documentos de diferentes orígenes que se encuentran reflejados en la misma exposición como son: Archivo Histórico Provincial de Cádiz, Archivo Central del Cuartel General de la Armada de Madrid, Archivo de la Diputación Provincial de Cádiz, Archivo Documental del Casino

Gaditano, Archivo General de la Marina Álvaro de Bazán (Viso del Marqués), Archivo Histórico Diocesano del Obispado de Cádiz, Archivo Municipal de Cádiz, Archivo Municipal de San Fernando, Biblioteca Ciencias de la Salud de la UCA, Biblioteca Municipal Celestino Mutis de Cádiz, Biblioteca Pública de Cádiz, Hemeroteca del Diario de Cádiz y el Fondo Bibliográfico de la Biblioteca de temas gaditanos Juvencio Maeztu de la Fundación Unicaja.

Las fuentes documentales e iconográficas de carácter privado han sido aportadas por familiares de algunos protagonista, como es el caso del que fuera presidente del Colegio de Practicantes Luis García Jiménez, de María Navarro (vocal del Colegio de Enfermeras) y los compañeros enfermeros como Mercedes Alba (nieta del practicante de la Armada Joaquín Alba) y Manuel Montero (hijo de Enrique Montero, practicante de la Diputación).

También dejamos manifiesto una mención especial a personas que han trabajado con anterioridad sobre la historia del Colegio como son Carmelo Gallardo Moraleda (secretario del Colegio de Enfermería de Sevilla), Francisco Herrera Rodríguez (Catedrático de Historia de la UCA) y José E. Lasarte Calderay (Doctor en Medicina).

Las entrevistas orales con un gran número de familiares de los protagonistas de la historia que trabajamos nos han facilitado datos y documentos que nos han ampliado los

Cultura de los Cuidados

contenidos históricos, aunque con especial relevancia debemos señalar la recopilación de Antonio Padilla Mesa (1935-2015) enfermero militar que fue tesorero del Colegio de Diplomados en Enfermería y cuyo material ha sido fundamental en el esclarecimiento de muchos datos. Su principal aportación ha sido una exhaustiva recopilación de las noticias del Diario de Cádiz, todas las referentes a la profesión y su institución colegial, desde su constitución hasta los últimos años de su fallecimiento.

En primer lugar, se efectuó una propuesta básica sobre los puntos fundamentales a desarrollar por parte de los investigadores a la Junta Directiva de la institución colegial. Ésta aprobó el proyecto y el presidente Rafael Campos lideró desde el primer momento su apoyo a la creación de la exposición.

La siguiente fase fue contactar con la diseñadora idónea para tal fin, Arantxa Morales, que desde el primer momento manifestó su entusiasmo para acometer dicha empresa. Y a partir de aquí se estableció una comunicación permanente y fluida con los miembros del grupo investigador, para ir dando forma a un material muy abundante, resultado de varios años de búsquedas archivísticas.

Hablamos de una exposición histórica, que pretende contextualizar los objetos para descubrir el valor y significado, favoreciendo su comprensión, por lo que el abordaje metodológico ha tenido diferentes etapas de elaboración, que se han abordado

tomando como referencia el modelo estructural dialéctico de los cuidados descrito por Siles (2016):

Evaluación del espacio expositivo. En el que se han determinado las ubicaciones de los paneles para la muestra de los contenidos.

Análisis de los datos para la categorización de las unidades funcionales teniendo como referencia la evaluación del impacto en los diferentes perfiles del público potencial

Estudio conceptual de los textos, imágenes y materiales para ofrecer la mayor claridad y rigor histórico-científico. En este sentido se incide en la idea de mantener un hilo conductor que marque una cronología

Valoración de los tiempos dedicados a cada fase del proceso en la elaboración de la exposición.

Determinación de los espacios a utilizar en los distintos tipos de unidades expositivas, que han sido: Textos, documentos gráficos y materiales de relevancia histórica.

La pertinencia metodológica queda confirmada en la selección de los contenidos y el proceso heurístico de los datos, que se consolidan en un carácter pedagógico e instructivo. La exhaustividad y la jerarquización de los datos obtenidos consolida el proyecto de investigación que se materializa en esta exposición documental, informativa y didáctica. (Siles, 2010)

Como hemos dicho, contamos con la aprobación y el apoyo unánime de la Junta Directiva del Colegio de Enfermería de

Cádiz para la presentación de cuantos contenidos hemos presentado, contando con el impulso incondicional de su presidente Rafael Campos Arévalo, al que como miembros del grupo agradecemos.

Por otra parte, todos los documentos y materiales, tanto institucionales como personales han sido obtenidos con los permisos necesarios para su exposición.

RESULTADOS: CONTENIDOS DE LA EXPOSICIÓN.

La historiografía de la Enfermería se presenta como un desarrollo epistemológico de diferentes enfoques y perspectivas de la disciplina, esenciales para el conocimiento de la profesión, como se nos presenta en Sánchez y coord. (2017). La exposición presentada está centrada en la historia de la Enfermería a través de la organización colegial de Cádiz, protagonista principal de la secuencia histórica presentada y al mismo tiempo fuente documental principal del contenido de la muestra.

El resultado de la exposición es un conjunto de contenido histórico vertebrado en paneles, a modo de capítulos, que se muestran en un recorrido a través del tiempo, desde la mitad del siglo XIX hasta la actualidad.

Evolución cronológica de la Enfermería.

La exposición comienza con una línea del tiempo como herramienta para establecer la relación de los hitos socioculturales más importantes de la Enfermería a través de un

proceso temporal que interrelaciona los ámbitos internacional, nacional y provincial de Cádiz.

El inicio de la cronología se establece a mitad del siglo XIX, considerado el comienzo de la Enfermería profesional moderna de mano de Florence Nightingale (publicaciones, escuela y programa académico), al mismo tiempo que en España se reconocen los títulos de Practicante y Matrona gracias a la Ley de Instrucción Pública, conocida como Ley Moyano de 1857.

El criterio para la selección de los acontecimientos presentados es su relevancia en la evolución de la profesión, y que en la actualidad reconocemos como decisivos para el desarrollo de la profesión en sus diferentes aspectos académicos, científicos, laborales, legislativos, colegiales, etc. De este modo se puede observar el paralelismo sincrónico en los diferentes ámbitos e invita a la reflexión sobre los comienzos de la disciplina en España.

La línea histórica se cierra en el último nombramiento de la presidencia del Consejo General de Enfermería y la celebración del Congreso Internacional de Enfermería en España (Barcelona), muestra del prestigio de la enfermería española para la comunidad internacional. (Cano y García, 2019)

Contexto sanitario de Cádiz.

Frente al primer panel encontramos una serie de secciones con el objeto de la

contextualización de la temática de la exposición configuradas en la siguiente secuencia:

Descubre la historia de la profesión. Texto introductorio y justificativo del estudio histórico de la Enfermería.

La enfermería gaditana, final de s. XIX y principios de S. XX. Contexto socio económico de la provincia.

Los lugares de trabajo de la profesión en Cádiz. Nos muestra con textos, documentos y gráficos los espacios y lugares de la asistencia sanitaria pública y privada de la provincia, y la presencia de los practicantes y matronas en los comienzos del siglo XX.

Los que navegan.

Espacio dedicado a los practicantes que ejercían en las compañías navieras y se relatan algunas experiencias desdichadas de naufragios documentadas en los medios de comunicación.

Las que navegan.

Del mismo modo que los masculinos, mostramos mujeres practicantes que excepcionalmente ocupaban puestos de trabajo en dichas compañías. La ruptura con los roles adjudicados en ese tiempo para las mujeres las hace merecedoras de su presencia en la exposición.

Historia de la Prensa del Colegio de Cádiz.

El periodismo de los auxiliares sanitarios (practicantes, matronas y enfermeras) fue considerado como un instrumento para crear conciencia profesional y para informar sobre

los problemas que estos colectivos tenían planteados, afirmación de Lasarte (1993), con las que parte este capítulo.

Para el desarrollo del contenido de esta sección, contamos con un valioso medio de comunicación, la prensa escrita, en concreto la revista de El Practicante Gaditano (1916-1939), del que hemos llegado a reunir 237 boletines y que suponen una fuente documental de amplio contenido para el conocimiento de la historia de la profesión desde la organización colegial que fue el Colegio de Practicantes de Cádiz. La información que nos desvela es de tal amplitud que la mayor dificultad para la elaboración del panel ha sido la selección de su contenido.

Aquí figuran algunas de las secciones más destacadas de las revistas como las de reivindicaciones y demandas, crónicas sobre los acontecimientos de los colegiados, las noticias y novedades para los practicantes de la Compañía Trasatlántica, o los Practicantes de la Armada, secciones profesionales científicas o las peculiaridades de las 12 revistas publicadas durante la Guerra Civil española y algunas biografías de personajes importantes.

La evolución histórica del Colegio de Enfermería de Cádiz.

El Colegio de Practicantes de Cádiz fue constituido el día 8 de diciembre de 1899, fecha que ha quedado demostrada en la noticia publicada el día 7 en el Diario de Cádiz y en el Fíguro Moderno Semanario

Ilustrado, el día 18 de diciembre de 1899 (Villaverde, 2016: 198). Unos meses más tarde, 8 de abril de 1900, queda registrado como Colegio Provincial de Practicantes en el libro de Asociaciones Profesionales del Archivo Histórico profesional.

El origen de la organización colegial lleva asociado el nombre de José Núñez Ramírez como fundador y primer presidente. Los comienzos no fueron fáciles, en la primera década distintos presidentes intentaron consolidar la institución. Cuando todo parecía perdido, José Rodríguez Castellón asume el cargo para reactivar y animar a los compañeros en la “unión de la clase”. Más tarde le sucedió Fernando Ceballos Cerezo, considerado como el presidente de mayor influencia sociopolítica, personaje decisivo para conseguir importantes logros para la profesión.

Paralelamente al devenir de este Colegio, en España se aprueba la carrera de Enfermeras en 1915, con el consiguiente revuelo y desaprobación por parte de la clase de los Practicantes, que continúan su expansión en el asociacionismo. Destacamos en esta labor la celebración en 1917 de la primera Asamblea de los practicantes andaluces en Cádiz o la constitución del Colegio Departamental de Practicantes en San Fernando (1921-1930).

Por otra parte, las Matronas de Cádiz se organizan en 1928 para la creación de un Colegio provincial de Matronas, con María de la Torre Coca como presidenta.

Otros sucesos como la Guerra Civil española o la explosión de un depósito de explosivos en Cádiz, marcaron los destinos de muchos profesionales de la provincia y del propio colegio. A partir de la Orden de 22 de diciembre de 1944, aparecen diferentes secciones colegiales de Enfermeras (1952) y Matronas (1955) que se regulaban como profesiones auxiliares sanitarias y que, junto a los practicantes, concluyeron en la unificación en Ayudantes Técnicos Sanitarios (1977).

Hospital de Mora y la Beneficencia Municipal. Los Practicantes de la Armada.

Tanto el Hospital como la Armada fueron instituciones fundamentales en el desarrollo profesional y laboral. El Hospital fue construido en 1904 gracias a la financiación de José de Mora y Vitón (1825-1908). En 1918 se publicó el Reglamento del Hospital donde se establece su pertenencia a la Diputación y se ocupa de la Beneficencia Provincial. Núñez y Fernández nos describen la actividad de éste y como se convirtió en centro de prácticas y enseñanzas para todas las profesiones sanitarias hasta 1990.

La Armada, por otra parte, tuvo una especial importancia para la institución colegial, ya que fueron muchos los profesionales implicados en ella. Algunos de ellos llegaron a ocupar la presidencia del Colegio, como Juan García Mora o incluso el propio fundador, José Núñez. También nos ha

parecido interesante dejar constancia de algunos actos heroicos como es el caso del practicante Manuel Quignon Lugano.

La prensa moderna.

Durante medio siglo, desde el último número de El Practicante Gaditano, el Colegio de Practicantes de Cádiz quedó sin ningún medio de comunicación escrito.

Enfermería Andaluza se publica en 1989 y al año siguiente le sustituyó El Boletín Informativo, ambos con escasos números. Tras los fallidos intentos, en 1995 comienza la revista Latidos de publicación bimensual y por primera vez, con un aporte periodístico profesional. Con la llegada de la nueva Junta de Gobierno, con Rafael Campos Arévalo como presidente, en 2006 comienza la publicación de Enfermería Gaditana, que será la que posteriormente dé paso a la versión digital actual.

Recuerdo a un compañero.

Se trata de un merecido homenaje con textos e imágenes dedicado a Antonio Padilla Mesa (1935-2015), enfermero militar, por su legado y su contribución en el estudio de la historia de la enfermería gaditana. Como hemos dicho anteriormente, realizó una recopilación de las noticias relacionadas con el Colegio y los profesionales, publicadas en el Diario de Cádiz desde 1900 hasta 1989. Además, realizó la encuadernación de una gran parte de las revistas de El Practicante Gaditano en diez tomos, con motivo de la celebración del Centenario del Colegio en el 2000.

Es por esto, considerado como uno de los precursores del estudio de la historia del Colegio de Cádiz.

Salón de la galería de los presidentes.

A partir de una serie de retratos correspondientes a los presidentes que ya existían en el salón de actos del Colegio de Enfermería de Cádiz, este grupo de investigación ha trabajado para su identificación correcta, a la vez que se le han añadido sus correspondientes cartelas con una breve biografía donde se enfatiza su labor en la institución y se data el tiempo de sus cargos.

Además, se han añadido algunos ausentes en esta relación presidencial, con gran satisfacción para los investigadores, como es el caso de las que fueron presidentas de las Enfermeras y las Matronas. Este acto se celebró el día 6 de marzo de 2018, en homenaje a las mujeres de la profesión y su compromiso con la institución colegial, evento detallado por Cano y García (2018).

Tal y como se explica queda inaugurada esta exposición permanente de la historia del Colegio de Enfermería gaditana y su galería de presidentes en Cádiz, el 3 de diciembre de 2019. En conmemoración del 120 Aniversario de la constitución del Colegio de Practicantes de Cádiz, siendo presidente Rafael Campos Arévalo y cuyo contenido histórico es el resultado del trabajo llevado a cabo por los miembros de del Grupo de Investigación de Historia de Enfermería Gaditana del Excmo. Colegio de Enfermería

de Cádiz: Manuel Cano Leal y Mariana García González; según consta en una placa dedicada a tal fin.

CONCLUSIONES

La realización de esta exposición, en base a los datos obtenidos de una intensa investigación nos permiten concluir sobre los resultados una serie de consideraciones:

La creación de una exposición de temática histórica de la Enfermería, elaborada y presentada con carácter permanente en una sede colegial, es un precedente de interés cultural e histórico, no solo para los profesionales, sino también para la sociedad en general.

La historia de nuestra profesión debe ser una base fundamental en el estudio de la disciplina y esta muestra permite que las nuevas generaciones de profesionales tengan un fácil acceso a ella y al mismo tiempo a su organización colegial, conjunción que se nos muestra con este trabajo.

La identificación de personajes en la historia de la Enfermería y la posibilidad de hacerlos conocidos, supone un acto de justicia social dentro de nuestra profesión en nuestra provincia.

La labor educativa de esta exposición, para todos los sectores de población que la visitan, tiene la posibilidad de una explicación detallada por parte de los propios investigadores, posibilidad que enriquece el material y los contenidos expuestos.

Sólo nos queda por añadir que, el estudio de la historia es dinámico y continuo; por lo que los resultados expuestos quedan sujetos a nuevas investigaciones y resultados, en los que el grupo mantiene su interés y esfuerzo.

BIBLIOGRAFÍA

Cano, M., García M. (2018). Proceso de investigación en el reconocimiento a las Presidentas del Colegio de Auxiliares Sanitarios de Cádiz, Sección de Matronas y Enfermeras (1952-1977). *Enfermería Gaditana. Revista digital del Excmo. Colegio de Enfermería de Cádiz*. Recuperado de <https://enfermeriagaditana.coecadiz.com/pr/oceso-de-investigacion-en-el-reconocimiento-a-las-presidentas-del-colegio-de-auxiliares-sanitarios-de-cadiz-secciones-de-matronas-y-enfermeras-1952-1977/>

Cano, M. y García, M. (2019). *Material gráfico de la Exposición permanente de la Historia de la Enfermería Gaditana*. Cádiz: Colegio de Enfermería de Cádiz.

Herrera, F. (2000). El Centenario del Colegio de Practicantes de Cádiz. *Hiades. Revista de Historia de la Enfermería*. 7, 239-246.

Lasarte, J.E. (1993). *La prensa de las profesiones auxiliares sanitarias en Andalucía. Estudio socio-profesional (1916-1939)*. Tesis doctoral. Universidad de Cádiz.

Núñez Morales, N. I., y Fernández Ruiz, E. J. (2016). "El espíritu del Mora". El Hospital Civil y Provincial de San José. Cádiz: Ed. Vicerrectorado de Proyección Social, Cultural e Internacional Universidad de Cádiz.

Sánchez, C., García, A.C., y García M.J. (Coords.) (2017). *Los Colegios*

Cultura de los Cuidados

Profesionales de Enfermería, su función social e institucional. Salamanca: Ed. Colegio Profesional de Enfermería de Salamanca.

Siles, J. (2010). Historia cultural de enfermería: reflexión epistemológica y metodológica. *Av. Enferm.* XXVIII, 120-128

Siles, J. (2016). *Teoría y método histórico en enfermería. El modelo estructural dialéctico de los cuidados* (medc). En: Oguisso, T, Freitas, G.F. y Siles, J, *Enfermagem:*

História, Cultura dos Cuidados e Métodos, Edition: 1ª, Chapter: 11. Publisher: Águia Dourada, Editors: Río de Janeiro, pp.291-317

Villaverde, A. (2016). El Asociacionismo de los practicantes como precursor de la organización colegial de enfermería y el desarrollo de la profesión enfermera: la aportación de los practicantes gallegos. Tesis doctoral. Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad da Coruña.



CC BY-NC-ND 2.0 license. <https://search.creativecommons.org/photos/fdb1042b-2d85-4550-ba86-bf5a8e51d525>

ANTROPOLOGÍA

Reflexiones acerca de la práctica clínica del enfermero con los jóvenes

Reflections about the nurse's clinical practice with youths

Reflexões acerca da prática clínica do enfermeiro junto às juventudes

André Ribeiro de Castro Júnior¹, Raimundo Augusto Martins Torres², Lucilane Maria Sales da Silva³, Leilson Lira de Lima⁴, Maria Rocineide Ferreira da Silva⁵, Mirna Neyara Alexandre de Sá Barreto Marinho⁶

¹Enfermeiro. Mestrando em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará – UECE. Correo electrónico: andrecastrorcj@gmail.com

²Enfermeiro. Doutor em Educação pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Professor adjunto da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Correo electrónico: augusto.torres@uece.br

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Professora adjunta da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Correo electrónico: lucilanemaria@yahoo.com.br

⁴Enfermeiro. Mestre e doutorando em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde - Universidade Estadual do Ceará – UECE. Correo electrónico: leilsonlira@hotmail.com

⁵Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Correo electrónico: rocineide.ferreira@uece.br

⁶Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde e doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde - Universidade Estadual do Ceará – UECE. Correo electrónico: mirna.neyara@bol.com.br

Cómo citar este artículo en edición digital: Castro Júnior, A. R., Torres, R. A. M., Silva, L. M. S., Lima, L. L., Silva, M. R. F. & Marinho, M. N. A. S. B. (2020). Reflexiones acerca de la práctica clínica del enfermero junto com los jóvenes. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 24 (57) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.14>

Correspondencia: André Ribeiro de Castro Júnior. Avenida Francisco Sá, 4127. Apto 302, Bairro Carlito Pamplona. CEP: 60335-195. Fortaleza-Ceará. Brasil.

Correo electrónico de contacto: andrecastrorcj@gmail.com

Recibido: 11/11/2019

Aceptado: 10/03/2020



ABSTRACT

Objective: Reflect on the clinical practice of the nurse by the youths. Method: Study of reflective essay type, produced from readings of literature available about distinctions on the concepts of adolescence, youth, youth and nursing care. Aimed at

unveiling the clinical nursing care youths, weaving reflections on professional practice/relational with this population.

Discussion: The understanding of the various factors that involve young's life makes the term youth require pluralization, using thus "youths" to determine several realities that are these youth groups. Conclusion: To refer youths, the meeting of

these young people in its distinguished existence scenarios allows the nurse the trace Diagnostics of care focused on the specific needs of this age group taking into account your reality, making it possible to list the main problems that affect this population by providing clinical care based on the multiple needs of this population.

Keywords: Nursing, adolescent, adolescent health, nursing care.

RESUMEN

Meta: Reflexionar sobre la práctica clínica de la enfermera por los jóvenes. **Método:** Estudio del tipo de ensayo reflexivo, producido a partir de las lecturas de la literatura disponible sobre distinciones en los conceptos de cuidado de enfermería, juventud, juventud y adolescencia. A la inauguración de la clínica de enfermería jóvenes cuidado, tejiendo reflexiones en práctica profesional, relacional con esta población. **Discusión:** La comprensión de los diversos factores que involucran hace vida de jóvenes la juventud del término requieren pluralización, utilizando así "jóvenes" para determinar varias realidades que son estos grupos de jóvenes. **Conclusión:** Para referirse a jóvenes, el encuentro de estos jóvenes en sus situaciones de existencia distinguido permite a la enfermera el seguimiento diagnóstico del cuidado centrado en las necesidades específicas de este grupo de edad, teniendo en cuenta su realidad, lo que es posible a la lista de los principales problemas que afectan a esta población al proporcionar atención clínica basada en las múltiples necesidades de esta población.

Palabras clave: Enfermería, adolescente, salud del adolescente, atención de enfermería.

RESUMO

Objetivo: Refletir sobre a prática clínica do enfermeiro junto às juventudes. **Método:** Estudo do tipo ensaio reflexivo, produzido a partir de leituras da literatura disponível sobre distinções nos conceitos de adolescência, juventude, juventudes e cuidado de enfermagem. Visou desvelar o cuidado clínico de enfermagem as juventudes, tecendo reflexões sobre a prática

profissional/relacional para com essa população. **Discussão:** O entendimento sobre os vários fatores que envolvem a vida do jovem faz o termo juventude exigir a pluralização, utilizando assim "juventudes" para determinar diversas realidades que se encontram esses grupos juvenis. **Conclusão:** Ao se referir as juventudes, o conhecer destes jovens em seus distintos cenários de existência permite ao enfermeiro o traçar diagnósticos de cuidados voltados as necessidades próprias dessa faixa etária levando em conta sua realidade, tornando possível elencar os principais problemas que acometem essa população, proporcionando o cuidado clínico pautado nas múltiplas necessidades desta população.

Palavras chave: Enfermagem, adolescente, saúde do adolescente, cuidados de enfermagem.

INTRODUÇÃO

O conceito de adolescência passa por modificações em sua interpretação de acordo com o período e cultura na qual se insere, existindo diferenças na faixa etária que o abrange assim como nos fenômenos que o compreendem. Seu conceito se refere não apenas ao que concerne as mudanças corporais, mas também ao processo de adaptação psicológica e social que tais variações envolvem. Trata-se de um processo que assume diferentes aspectos físicos e sociais, dificultando a formulação ou utilização de um conceito único, amplo e de caráter universal (Mora, Santos & Rocha, 2015).

Observa-se nesse grupo mudanças psicológicas, desejo de viver intensamente, indagações sobre a vida, necessidade de aceitação, formação de grupos e afirmação da identidade pessoal e sexual (Amaral,

Santos, Paes, Dantas & Santos, 2017). Os anseios e descobertas que emanam da adolescência os expõe a situações de vulnerabilidade, a exemplo da violência, consumo de álcool e outras drogas e ainda os conflitos familiares (Farias & Martins, 2016).

É nesse período que o indivíduo apropria-se com consciência de que seu corpo e suas percepções estão se modificando, gerando um ciclo de desorganização e reorganização com complicações conflituosas relacionadas à dificuldade de compreender a crise de identidade instalada, sendo esse momento considerado também necessário como propulsor do desenvolvimento (Wisniewski *et al.*, 2016).

Eis aqui um marco à compreensão que existe para além do conceito de adolescência a necessidade de se perceber que tal definição difere da de juventude. Enquanto a juventude expressa um sentido mais amplo por contemplar o sujeito a partir de temas sociais, culturais, políticos, econômicos e territoriais, dentre outros, em que se espera a socialização desses indivíduos, com uma possível preparação para a produção e inserção social, imbricados em projetos de vida, relacionando-se à educação, trabalho e renda (Trancoso & Oliveira, 2016), a adolescência permanece dermacada no ideário da sociedade por seus atributos biológicos e psicológicos, em que se naturaliza as turbulências, tensões, conflitos e

ambiguidades experienciados nessa etapa (Stênico & Adam, 2018).

Pensar a juventude implica em compreender o ciclo de vida dos 15 aos 29 anos, a multiplicidade de significados aos fenômenos de vida e as repercussões do processo saúde-doença (Brasil, 2010).

O cuidado clínico de enfermagem apresenta um caráter subjetivo, modificável e adaptado para cada sujeito que o define, movido por diversos fatores e que devem ser motivados pela humanidade, com identificação das necessidades individuais, responsabilidade, compromisso e ética (Monteiro, Barbosa, Nogueira, Pereira, Freitas & Rodrigues, 2015).

O cuidado de enfermagem direcionado às juventudes requer uma tecnologia que valorize a autonomia e participação destes, com o rompimento das ações verticalizadas, fortalecendo a prática clínica de forma consciente e crítica (Coelho & Miranda, 2015).

Diante dessa perspectiva de conceitos e abordagens para a juventude, urge uma questão a ser refletida: Como o pragmatismo da prática clínica de enfermagem considera as especificidades das juventudes?

Na compreensão de saúde dessa população, aponta-se o enfermeiro como um profissional necessário a esse olhar clínico, bem como às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, cabendo-lhe a ele em grande parte dos contextos o

estabelecimento do vínculo entre as juventudes e os serviços de saúde.

Assim, sua atuação deve estar ancorada na aquisição e ampliação de conhecimentos nessa área, na habilidade em lidar com esse público e em atitudes que consolidem o vínculo, embasada pelo saber científico inerente à profissão e guiada pela clínica, orientando-se das teorias que lhe são próprias, buscando garantir uma assistência eficaz, integral e resolutiva (Leal, Meirú, Bernardo, Chaves, Moura & Rouberte, 2016).

Considerando as questões apresentadas, o estudo objetivou trazer uma reflexão da prática clínica do enfermeiro no tocante às juventudes.

METODOLOGIA

Estudo do tipo ensaio reflexivo produzido em outubro de 2018 a partir da literatura disponibilizada a respeito dos conceitos de adolescência, juventude e juventudes e cuidado de enfermagem, associado às inferências das experiências profissionais dos autores, tecendo reflexões sobre a prática profissional/relacional com esse público.

As informações foram obtidas por meio de livros e artigos publicados em revistas indexadas, disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde utilizando termos e descritores correlatos às temáticas supracitadas.

DISCUSSÃO

Juventude e juventudes: Entendendo o contexto da pluralidade do conceito

Tomando por base a revisão realizada por Pais (1993), quanto à sociologia da juventude, indica-se sua divisão sob duas óticas. De um lado, a premissa que toma a juventude como um grupo social homogêneo, constituído de indivíduos apresentando a mesma faixa etária, ultrapassando uma fase da vida tida como linear a todos esses indivíduos. Do outro, o reconhecimento de múltiplas culturas juvenis, apresentando diferentes situações de inserção social (situação socioeconômica, oportunidades, capital, cultura), compreendendo a juventude não mais como bloco único e homogêneo, sendo coerente trazer a expressão “juventudes”, a fim de apontar para as múltiplas existências dentro desse grupo.

Segundo o referido autor, embora as definições tenham diferentes formas de abordar a essa população, elas não são por si antagônicas, coexistindo harmonicamente, sendo utilizadas em momentos distintos dependendo do interesse a qual se reporta o grupo.

Há ainda no imaginário social a ideia de que essas juventudes representam ameaças, riscos e vulnerabilidades, sendo que elas precisam ser pensadas como sujeitos que apresentam potencial para transformar a realidade social, de maneira que as políticas públicas requerem, para além de modificar as formas dominantes de compreensão da condição juvenil, atuar na

produção de novas (e ativas) representações (Anhas & Castro Silva, 2018).

Assim, faz-se crucial problematizar: ‘Uma sociedade com tantas desigualdades sociais, uma abordagem homogeneizada terá como expressar os reais desejos e necessidades das juventudes?’ Embora existam determinações de faixas etárias e semelhanças biológicas que aproximem esses grupos, o contexto socioeconômico e cultural lhes faz experienciar realidades inteiramente diversificadas.

De acordo com Sposito, Souza & Silva (2018), o reconhecimento das identidades étnico-raciais e das orientações afetivo-sexuais e a aceitação das diferenças, não serão alcançados tão facilmente e poderão ser traduzidos em novas demandas e conflitos sociais.

As múltiplas realidades sociais em que as juventudes estão imersas ressaltam a ideia de heterogeneidade, com diferentes proporções de oportunidades e poder, em que se enfatize o termo ‘juventudes’ como construção social produzida pelos múltiplos olhares destes jovens aos olhos da sociedade e não como uma produção enraizada de estereótipos, com julgamentos associados a gênero, etnia e situação de classe (Freitas, Abramo & Leon, 2005).

Ademais, ressalte-se o conceito de juventudes como sendo propício a amplas transformações, considerando a gama de fatores que compõem sua realidade individual e coletiva, sujeitos em uma sociedade desigual transitando nessa

arquitetura que acirra suas diferenças, invisibilizando-os aos olhos da sociedade, com dificuldade de acesso a serviços (inclusive os de saúde), bens, e políticas públicas que lhes confirmam dignidade, em que se compete afirmar que essas disparidades lhes colocam à margem da sociedade e, no que concerne à saúde, suas necessidades são reduzidas ou desconsideradas no âmbito de suas singularidades.

Enfermeiro (as) e o cuidado clínico com as juventudes

A prática clínica do enfermeiro está imbricada em processos articulados e que colaboram para um cuidado integral ao cliente, a saber: gestão do processo clínico individual caracterizado pela abordagem individual (consulta); gestão do processo familiar, ancorada pela abordagem familiar; e a gestão da prática clínica composta pelas ações organizacionais, coordenação e avaliação do cuidado às pessoas e famílias (Costa, Couto & Silva, 2015).

Assim, faz-se necessário considerar o conceito da prática clínica do enfermeiro envolvendo esses três processos de gestão, considerando ainda a clínica ampliada, que consiste na oferta de cuidado centrado nos clientes, incluindo, além da doença, o sujeito em seu contexto e o âmbito coletivo (Mendes & Carvalho, 2015), implicando não apenas em uma intervenção técnica, mas atuando na perspectiva de construção de cidadania e protagonismo, reconhecendo os usuários

como detentores de direitos e articulando ações que possibilitem a promoção de saúde (Schneider, Oltramari, Budde, Silveira AL & Silveira, 2016).

Diante desse modelo tem-se uma relação coparticipativa no atendimento, estabelecendo uma relação dialógica para a construção do plano de cuidados, sendo ampliado o objeto de atenção. No que se refere especificamente à prática do enfermeiro, ressalta-se que sua prática clínica deve ser ancorada em uma assistência sistematizada, centrada no cliente e realizada de forma planejada, sobretudo embasada por teorias, com instrumentalização de sua prática pautada pela consulta de enfermagem e subsidiada pelo processo de enfermagem para o fortalecimento do cuidado (Rocha, Couto & Silva, 2015).

Ao apropriar-se da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), o enfermeiro está consolidando o seu agir no saber próprio da profissão, possibilitando alcançar as necessidades do indivíduo, colaborando para a resolução de problemas de sua competência e articulando-se a outros setores e estruturas de apoio (Marques & Queiroz, 2012).

Referindo-se às juventudes, conhecer estes jovens em seus distintos cenários permite a elaboração de diagnósticos de enfermagem inerentes às suas necessidades, possibilitando elencar seus principais problemas, traçando metas norteadoras aos objetivos do enfermeiro diante de sua conduta, embasando sua prática científica com linguagem

padronizada a partir de sua vivência com o jovem, atuando na perspectiva de sua qualidade de vida e de saúde (Leal, Meirú, Bernardo, Chaves, Moura & Rouberte, 2016).

Muitas das necessidades de saúde das juventudes não são contextualizadas, de maneira que ainda há nos profissionais a concentração de esforços na mera obtenção de sinais e sintomas, desconsiderando suas especificidades e singularidades em virtude de um modelo ainda fortemente arraigado na queixa conduta, em que a atenção integral ao indivíduo não pode ser considerada uma realidade concreta (Moura, Santos & Rocha, 2015). A prática biomédica existente se detém a padrões e modelos de abordagem terapêutica com condutas pré-formuladas em protocolos assistenciais, comumente, focados na remissão de processos mórbidos de adoecimento.

No campo da saúde, há lacunas de estratégias que permeiem um cuidado que compreenda as representações das juventudes e suas particularidades, representando um desafio aos serviços e aos profissionais.

Urge, para tanto, a necessidade de um atendimento que aponte para ações de saúde buscando os aspectos determinantes do processo saúde-doença nas diversas fases do ciclo de vida e dos grupos sociais, em que se considere a captação das informações de dados da clientela a fim de determinar seus anseios, a partir de um olhar clínico sobre o ser.

A compreensão ainda insuficiente a respeito das características que perpassam as juventudes dificulta a análise sobre suas demandas, comprometendo uma atuação profissional que promova ações de cuidado efetivo a essa parcela da população (Marques & Queiroz, 2012).

Trata-se, portanto, de associar o saber científico no guiar da prática clínica com reafirmação do diálogo junto a este público que requer cuidados individualizados nesse momento de transição de ciclo de vida, ressaltando-se o enfermeiro com papel de destaque no contexto dos serviços de saúde no tocante às atribuições que norteia sua práxis.

O cuidado clínico de enfermagem voltado às juventudes precisa atender seus processos de vida, sobretudo na percepção desse jovem para a transição de um adulto pleno, com autonomia e compreensão de caminhos para o cuidar de si (Costa, Couto & Silva, 2015; Marques & Queiroz, 2012)

O enfermeiro deve empoderar-se da horizontalização das relações terapêuticas, na contextualização da prática clínica, sobretudo para com as juventudes, promovendo a consolidação do diálogo e pactuando em torno da promoção da saúde e produção do cuidado clínico.

As necessidades biológicas não fogem dessa premissa, apenas se amplia nessa perspectiva, pautada em uma abordagem clínica centrada no sujeito e suas diversas possibilidades, compreendendo suas fragilidades. A partir disso, é possível

para o enfermeiro reconhecer espaços e realidades, identificando necessidades e fomentando o protagonismo dessas juventudes, direcionando com compromisso e aprofundamento também as práticas do autocuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se afirmar que a prática clínica dos(as) enfermeiros(as) no cuidado com às juventudes requer a compreensão de suas especificidades, demandas, queixas, e no olhar adequado, sensível, sistematizado e resolutivo para o outro e o seu contexto, atentando para as questões biológicas, emocionais, sociais, relacionais e valorização dos potenciais desses jovens.

O enfermeiro deve consolidar seu papel junto às juventudes nesse processo do cuidar, evidenciando a relevância de sua prática clínica no âmbito assistencial e educativo, reforçando aspectos do planejamento da assistência, almejando o alcance de uma atenção integral direcionada, considerando as diversas realidades e dificuldades existentes.

Sinaliza-se, para tanto, a possibilidade de realização de novos estudos no tocante a essa temática, tendo em vista as lacunas na literatura no que concerne a produção do enfermeiro sobre o cuidado clínico para com as juventudes. Assim, se pretende contribuir para a construção do conhecimento sobre as juventudes e os

fatores que perpassam o cuidado para com esse público.

REFERÊNCIAS

Amara, M.A.S., Santos, D., Paes, H.C.S., Dantas, I.S., & Santos, D.S. (2017). Adolescência, gênero e sexualidade: Uma revisão integrativa. *Rev Enf. Contemporânea*, 6 (1), 62-67. Recuperado de

<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1114/850>.

Anhas, D.M., & Castro-Silva CR. (2018). Potência de ação da juventude em uma comunidade periférica: enfrentamentos e desafios. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 23 (9), 2927-2936. Recuperado de

<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018239.16522018>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. (2010). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 132p. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf.

Coelho, M.M.F., & Miranda, K.C.L. (2015). Educação em saúde: Os ditos e não ditos da prática de enfermagem com adolescentes. In: Moreira TMM, Monteiro ARM, Silva LMS, Rodrigues DP (Org.) O cuidado clínico de enfermagem. 1ª ed., Fortaleza: *Eduece*. 437p. Recuperado de <http://www.uece.br/eduece/dmdocuments/O%20CUIDADO%20CLINICO%20DE%20EFERAGEM%20-%20EBOOK.pdf>

Costa, R.H.S., Couto, C.R.O., & Silva, R.A.R. (2015). Prática clínica do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. *Saúde Santa Maria*, 41 (2), 09-18. Recuperado de <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/artic/view/10841/pdf>.

Faria, C.S., & Martins, C.B.G. (2016). Violência entre adolescentes escolares:

condições de vulnerabilidades. *Enf. Global*. 42 (SPE), 71-184. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n42/pt_doceucia2.pdf.

Freitas, M.V., Abramo, H.W., & Leon, O.D. (2005). Juventude e Adolescência no Brasil: Referências Conceituais. 2ª edição. São Paulo: Ação Educativa. Recuperado de <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/05623.pdf>

Leal, F.K.F., Meirú, M.I.L., Bernardo, F.M.S., Chaves, C.S., Moura, A.D.A.M., & Rouberte, E.S.C. (2016). Nursing diagnosis of school adolescents. *Journal of Nursing UFPE on line*, 10 (4), 3576-3584. Recuperado de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11132/12624>.

Marques, F.J., & Queiroz, M.V.O. (2012). Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33 (3), 65-72. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n3/09.pdf>.

Mendes, V.M., & Carvalho, Y.M. (2015). Sem começo e sem fim ... com as práticas corporais e a Clínica Ampliada. *Interface (Botucatu)*, 19 (54), 603-613. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300603&lng=en.

Monteiro, P.V., Barbosa, E.M.G., Nogueira, J.M., Pereira, M.L.D., Freitas, M.C., & Rodrigues, D.P. (2015). Em busca do cuidado clínico em enfermagem. In: Moreira TMM, Monteiro ARM, Silva LMS, Rodrigues, D.P.(Org.) O cuidado clínico de enfermagem. 1ª ed., Fortaleza: *Eduece*. 437p. Recuperado de <http://www.uece.br/eduece/dmdocuments/O%20CUIDADO%20CLINICO%20DE%20EFERAGEM%20-%20EBOOK.pdf>

Moura, E.L., Santos, R.S., & Rocha, S.S. (2015) Evidence on reception and bond of nurses strategy health family together to teens. *Saúde em Foco*, 2 (2), 62-79. Recuperado de

<http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/553/859>.

Pais, J.M. (1993). *Culturas Juvenis*. 4ª edição. Lisboa: *Imprensa Nacional Casa da Moeda*, 1-18. Recuperado de <https://www.google.com/search?q=Culturas+Juvenis.+4%C2%AAedi%C3%A7%C3%A3o&oq=Culturas+Juvenis.+4%C2%AAedi%C3%A7%C3%A3o&aqs=chrome..69i57j69i59.560j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

Schneider, D.R., Oltramari, L., Budde, C., Silveira, A.L., & Silveira, S. (2016). A clínica na comunidade: Uma experiência de intervenção intersetorial para adolescentes em situação de vulnerabilidade psicossocial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 8 (18), 68-80. Recuperado de <http://stat.entrever.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/4036/4707>

Sposito, M.P., Souza, R., & Silva, F.A. (2018). A pesquisa sobre jovens no Brasil: traçando novos desafios a partir de dados quantitativos. São Paulo: *Educação e Pesquisa*, 44 (e170308), 11-44. Recuperado de

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1517-97022018000100430&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Stênico, J.A.G., & Adam, J.M. (2018). As concepções de adolescente e as metáforas ‘ioiô’, “canguru” e “nem nem” como

processos sociais. *Holos*, 34 (02), 276-288. Recuperado de

<http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/4101>.

Trancoso, A.E.R., & Oliveira, A.A.S. (2016). Aspectos do conceito de juventude nas Ciências Humanas e Sociais: análises de teses, dissertações e artigos produzidos de 2007 a 2011. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*. 11 (2), 278-294. Recuperado de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000200002&lng=pt&tlng=pt.

Wisniewski, E.D., Cristovam, M.A.S., Osaku, N.O., Bresolin, A.C., Gabriel, G.F.C.P., Rover, M.M.S., et al. (2016). Conflitos na adolescência: uma avaliação dos alunos do 7º e 8º ano do ensino fundamental - Cascavel-PR. *Adolesc Saude*. 13 (3), 41-51. Recuperado de http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=605.



CC BY 2.0 license. <https://search.creativecommons.org/photos/a06938bc-5663-4ca9-8628-8c62cb60b545>

Corporeidad, transpersonalidad y transculturalidad: reflexiones dentro del proceso salud-enfermedad-cuidado

Corporeity, transpersonality and transculturality: reflections within the health-disease-care process

Corporeidade, transpessoalidade e transculturalidade: reflexões dentro do processo saúde-doença-cuidado

Antonio Jorge Silva Correa Júnior¹, Mary Elizabeth de Santana²

¹Mestre em Enfermagem. Universidade Federal do Pará. Correo electrónico: juniorjorge_94@hotmail.com

²PhD em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professor Titular do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará e Professor Associado I da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará. Correo electrónico: betemary@terra.com.br

Cómo citar este artículo en edición digital: Correa Júnior, A.J.S. & de Santana, M.E. (2020). Corporeidad, transpersonalidad y transculturalidad: reflexiones dentro del proceso salud-enfermedad-cuidado. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 24 (57) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.15>

Correspondencia: Rodovia Augusto Montenegro, Residencial João Coelho 11200, bloco 13, apartamento 303 – CEP 66820000. Belém – PA, Brasil.

Correo electrónico de contacto: juniorjorge_94@hotmail.com

Recibido 03/11/2019

Aceptado: 09/02/2020



ABSTRACT

The objective will be to understand the relationship between the body and corporeity in the social and health spheres, according to some attributes of transpersonal and transcultural care. Reflected on the body and state power, media and institutions; on the rescue of the ontological dimension of

the Being - the corporeality itself - supported by the transpersonal and transcultural care, making the isolated expectation of healing only a point in the face of affective and sociocultural relations; in addition of the sickness that provokes a rediscussion between the corporal existence of sick people and professionals and careful models

that take into account the circumstances that "mark" the corporeity.

Keywords: Corporeity, professional-patient relations, nursing theory, transpersonal care, transcultural care.

RESUMEN

El objetivo será entender la relación entre el cuerpo y la corporeidad en las esferas social y de salud, de acuerdo con algunos atributos de la atención transpersonal y transcultural. Se reflejó sobre el cuerpo y el poderío estatal, medios e instituciones; sobre el rescate de la dimensión ontológica del Ser -la propia corporeidad- amparada por los cuidados transpersonal y transcultural, haciendo que la expectativa aislada de la cura sea un punto delante de las relaciones afectivas y socioculturales, además de la enfermedad que suscita una rediscusión entre el existir corporal de enfermos y profesionales y modelos de cuidado que tengan en cuenta las circunstancias que "marcan" la corporeidad. Palabras clave: Corporeidad, relaciones profesional-paciente, teoría de enfermería, cuidado transpersonal, cuidado intercultural.

RESUMO

O objetivo será compreender a relação entre o corpo e a corporeidade nas esferas social e da saúde, de acordo com alguns atributos dos cuidados transpessoal e transcultural. Refletiu-se sobre o corpo e o poderío estatal, mídia e instituições; sobre o resgate da dimensão ontológica do Ser – a própria corporeidade – amparada pelos cuidados transpessoal e transcultural, fazendo com que a expectativa isolada da cura seja um ponto diante das relações afetivas e socioculturais, além do adoecimento que suscita uma rediscussão entre o existir corporal de adoecidos e profissionais e modelos de cuidado que levem em conta as circunstâncias que "marcam" a corporeidade.

Palavras-chave: Corporeidade, relações profissional-paciente, teoria de enfermagem, cuidado transpessoal, cuidado transcultural.

INTRODUÇÃO

Entender o interesse pelo corpo na saúde remonta ao histórico do acolhimento nos *hospices* (Sales et al., 2008), o capítulo "O Nascimento do Hospital" em *Microfísica do Poder* trata destas instituições como medicalizantes e disciplinantes (Foucault, 1979). O cuidado era influenciado massivamente pelo modelo ambientalista com práticas de conforto, moderação de correntes de ar, silêncio e cingir o enfermo com cuidados rigorosos (Haddad & Santos, 2011).

Cuidar exige posturas objetivas voltadas para a patologia e hermenêutica voltada para a clínica, cultura e gerência (Contatore et al., 2017). Assim, a corporeidade é justificada de acordo com o tempo, ciência, raça, economia e cultura sendo vetor das transitoriedades e multidimensionalidades (Galak, 2015); o corpo como racionalizado por Le Breton (2003) em seu *alter ego* é encarado como depósito da pessoa. Portanto, a conexão da saúde-doença a corporeidade oportuniza que o saber multiprofissional encare as subjetividades (Gomes & Próchno, 2015).

Fundamentado teoricamente, o cuidado transpessoal de Jean Watson baseia-se na ontologia transcendental de Heidegger (Pessoa et al., 2006), seus fatores formalizados: valores humanístico-altruístas, fé e esperança, sensibilidade para si-outros, relacionamento de ajuda-confiança, expressão de sentimentos, solução sistemática de problemas, ensino-aprendizagem interpessoal, ambiente espiritual e biopsicossocial sustentador,

protetor ou corretivo e auxílio às necessidades humanas (Talento, 1993). O cuidado transcultural de Madeleine Leininger é o desdobramento cultural de formas de proteger, cuidar e curar o corpo, aborda macrodeterminantes como fatores tecnológicos, religiosos, políticos, educacionais, filosóficos e de estilos de vida em um pensar antropológico (Lamar, 2013; Rohrbach Viadas, 2015).

As estruturas alusivas ao corpo são transpessoais e transculturais, sua mobilidade e tenacidade expressas contemporaneamente pelo consumo, suas técnicas compensatórias e conservadoras da saúde, cirurgias estéticas ou suas formas ritualísticas. Apesar da influencia cultural nos rumos do corpo, o sujeito é o verdadeiro mestre de sua existência e o corpo é uma evidência identitária com presença cultural (Le Breton, 2003).

A alta na longevidade e a demanda pela qualidade de vida pedem um pensar acurado sobre o corpo (Justo et al., 2014), e neste meandro a enfermagem contrapõe a visão funcionalista do cuidado (Mota & Schraiber, 2014) como assevera Boff (1999, p. 89): “Importa fazer a fenomenologia do cuidado. [...] não se trata de pensar e falar *sobre* o cuidado como objeto independente de nós. Mas de pensar e falar *a partir* do cuidado como é vivido e se estrutura em nós mesmos. Não *temos* cuidado. *Somos* cuidado”.

Sabendo que as disciplinas da saúde necessitam de um conhecimento profuso acerca de experiências, transculturalidade,

violência transcultural (Leininger, 2000; 2002), ética, *Universal Consciousness* (Rosa et al., 2017) e Ativismo Sagrado para confrontar os males como elevação a violência, insalubridade, crimes de ódio e *bullying* já que o espírito humanitário decai e o “não-cuidado” avoluma-se (Watson, 2020); a justificativa para a argumentação em torno da Corporeidade deve-se aos seus aspectos holísticos interdisciplinares, auxiliando condutas na saúde global e na humanização.

Situar-se-á neste artigo contribuições interdisciplinares em conjunto com as teorias de Watson e Leininger, de modo a promover uma reflexão teórica, escolhida devido ao seu potencial de abordar teoricamente diversas perspectivas possibilitando o encadear temas imperscrutáveis e/ou aparentemente incomunicáveis. Logo, como questionamentos elegem-se: Quais relações entre corpo-corporeidade e os cuidados transpessoal e transcultural? Quais introjeções para a área da saúde que estes temas possibilitam? Portanto, o objetivo será compreender a relação entre o corpo e a corporeidade nas esferas social e da saúde, de acordo com alguns atributos dos cuidados transpessoal e transcultural.

MÉTODO

Trata-se de reflexão teórica realizada por levantamento bibliográfico e posteriores fichamentos de obras de vertente sociológica, filosófica e artigos. A revisão de literatura foi a primeira ferramenta

metodológica para sua realização, pois segundo Gil (2019) é conveniente para apresentar e debater teorias e conceitos que almejam orientar uma linha de raciocínio, cabendo ao pesquisador comparar e contrastar semelhantes e diferentes ideias dos autores.

As fontes em meio on-line foram selecionadas com a combinação de termos: Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural, Teoria do Cuidado Humano e Corporeidade nas bases Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Banco de Dados em Enfermagem. Os termos *Transpersonal Caring Theory*, *Transcultural Nursing Theory* e *Corporeity* foram usados na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*.

Tais procedimentos perfizeram perspectivas de adição do interesse intelectual à luz das obras: “A Sociologia do Corpo” (2011) e “Adeus ao Corpo” (2003) de David Le Breton, “Saber Cuidar – Ética do Humano – Compaixão Pela Terra” de Leonardo Boff (1999), os capítulos “Poder-corpo” e “O Nascimento do Hospital” do livro “Microfísica do poder” (1979/reimpressão de 2016) de Michel Foucault. Após esta consecução ocorreram: 1 - leitura, 2 - seleção de trechos por fichamento no *Microsoft Word*, 3 - determinação de tópicos de debate (alterados no percurso) considerando as questões de pesquisa, 4 - organização lógica do trabalho objetivando redação do texto aprimorada

pela conferência das fichas referenciadas (Gil, 2019).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O corpo e os poderes segundo Foucault, a mídia e as instituições

Para Foucault (1979) a ginástica, exercícios e musculação intensificam o culto ao corpo belo e sadio metodizando a expectativa por esta conquista. Tais ações instigadoras da consciência corporal foram vislumbradas a partir da aproximação do poder, a batalha pela sua institucionalização começa desde a regulação das crianças, do corpo supostamente sadio, do corpo dos doentes e dos soldados. A pertença do Estado a partir de trabalhos para sua automanutenção “hedonista” despertou sua emancipação política em meados do século XVIII, por intermédio do rompimento com as normas da sexualidade, obrigação do casamento e em alguns casos do pudor. O poderio da saúde combate o aborto, vigia os corpos das crianças e controla a sexualidade, a fronteira da existência corporal para com o mundo.

Contraditoriamente, o enalço ao autoerotismo alimentou o desejo de cada indivíduo pelo próprio corpo, o corpo sexual é palco da disputa entre aquilo que a moral social e os instintos outorgam (Foucault, 1979) e o contexto pernicioso às subjetividades delineado pela indústria cultural tende a comedir a participação no campo político, incutindo estereótipos como na realidade brasileira, na qual os corpos de

homens e mulheres são supostamente carregados de sensualidade (Vaz, 2015). A publicidade acomoda-se a esta questão produzindo uma duvidosa liberdade sobre o que cada corpo pode ser e conseqüentemente, a alienação social dos aspectos midiáticos sobre o corpo desampara-o por meio do alarde de sua inevitável obsolescência, fazendo com que indivíduos cedam às investidas da mídia. O bem-estar, a beleza e a saúde se chocam com este contexto ligando-se ao ser-aceito e não ao ser-saudável (Pereira Borba & Hennigen, 2015), simultaneamente, o corpo vivencia a propagação de múltiplas formas de cuidar da beleza e constantes campanhas de saúde (Justo et al., 2014).

Duas representações são destacáveis: o corpo que carece de equilíbrio e o corpo como objeto social, com aspectos interacionais midiáticos dos padrões de beleza (Justo et al., 2014). Vale pensá-lo como elemento símbolo de combate ao sistema quando rompe com ideais tradicionais e com o tempo modifica-se radicalmente sendo uma posse do homem (Le Breton, 2011), o corpo transexual, por exemplo, é considerado vetor da transitoriedade pelas cirurgias estéticas e sua readequação e uso de hormônios (Caravaca-Morera & Padilha, 2017). Le Breton (2003) encara-o como demonstração dos sentimentos e uma decisão liberatória: “Longe de serem a evidência em relação ao mundo, feminilidade e masculinidade são o objeto de uma produção permanente por um uso apropriado dos signos, de uma

redefinição de si; conforme design corporal, tornam-se um vasto campo de experimentação” (p. 32).

Em sua colaboração com Goldberg et al. (2018), Watson denuncia o “incômodo” que causam para muitos profissionais os corpos LGBTQ+, reconhecendo suas identidades e os padrões de opressão sistêmica que sofrem. O aparelho da saúde pensado por grupos dominantes longe dos pressupostos transpessoais, não oferta um tratamento equitativo. Contudo, é a corporeidade imprime novas narrativas na saúde trazendo problemáticas para os profissionais, principalmente os trabalhadores de hospitais defrontados o corpo institucionalizado.

Foucault (1979) advoga pela realidade política do corpo (personificada historicamente em um monarca equivalendo ao aparelho estatal), no entanto, fala especificamente sobre seu esquadramento em hospitais. Isto parece nocivo, contudo, o filósofo admite que o saber sobre o corpo nasceu do militarismo e das escolas tradicionais. Ilustrando um entendimento pouco usual na perspectiva da corporeidade-política-poder: Corpo-mente que sofrem a violência padecem de danos histórico-físico-psíquicos, aprofundando o descompasso da corporeidade e dificultando o acesso à felicidade e a plenitude (Zanatta & Motta, 2015).

Somente uma arqueologia das Ciências Humanas retrataria os mecanismos e os agentes de esquadramento. Nesta política sobre o corpo arrisca-se a dizer que

da filantropia do século XIX surgiram os primeiros personagens formalmente e institucionalmente encarregados de “cuidar” da saúde, higiene, alimentação, dentre outros, e deste campo desdobrou-se a gama de profissionais da saúde atuais, despontando uma força motriz do movimento de esquadramento – a Medicina. Os profissionais convertem-se em cúmplices do aparelho estatal ao adscreverem suas práticas às posturas normativas e sacralizantes (Foucault, 1979).

Enquanto entidades mitificadas que aspiram ao domínio sobre a vida, os hospitais permanecem como operadores da cura idealizada do homem globalizado, ditando a maneira como seus trabalhadores conduzem o corpo (Gomes & Próchno, 2015; Caravaca-Morera & Padilha, 2017). O corpo personifica o homem como indivíduo e de alguma forma diferencia-o socialmente conforme a ampliação das relações sociais e símbolos, com a crise da autenticidade a relação com o mundo externo torna-se imprevisível e o ator social busca com incerteza deixar suas marcas, esforçando-se por gerar um sentimento de identidade mais oportuno particularizando-se e incluindo-se (Le Breton, 2011). Em hospitais o cuidado harmonizará a corporeidade munindo o corpo de sua autonomia política consigo e com outrem.

**Corporeidade e os cuidados:
introduzindo a transculturalidade e a
transpessoalidade**

Problematizando a relação entre a Ciência e o Corpo, recorrem-se às perspectivas do corpo como objeto de conhecimento e como âmbito de promoção da saúde. Mesmo que o poderio tradicional biomédico seja questionado hodiernamente, as convicções curativas diante da expressividade de adoecimentos crônicos ainda são uma realidade (Mota & Schraiber, 2014). A esfera da saúde para alcançar um modelo objetivo priorizou a anatomia e fisiologia recorrendo ao modelo biomédico no Renascimento como uma adoção mecanicista (Barros, 2002), portanto este corpo examinado, anestesiado e operado foi sob o qual erigiu sua ciência e tratou dos distúrbios funcionais, o “intracopo” como hospedeiro da subjetividade (o Eu) foi sob o qual a antropologia e a psicologia erigiram-se (Doerr-Zegers & Stanghellini, 2015).

O corpo é o “condutor semântico” universal (Le Breton, 2011), e no adoecimento suas matrizes discurso transfiguram-se em um apelo individual da realidade corporal diante da experiência temporal (Caravaca-Morera & Padilha, 2017). Por isto a corporeidade está presente nos caracteres homem-corpo e homem-alma como existência total, o cuidado que acolhe a alma deve ir além das possibilidades biofísicas interpelando pressupostos transpessoais e intrapessoais (Boff, 1999; Pessoa, 2006).

Watson (2020) pensa em uma saúde canalizada para experiências espirituais, metafísicas e da Fonte Divina. Espírito-

energia-fonte são pontos de partida do corpo em uma aceitação da ética transpessoal, que reconhece a morte física como evento cuja a saúde não consegue tratar do ponto de vista da elevação da consciência humana, pois o potencial espiritual de elevação que da pessoa ainda está ativo – denominado *Conscious Dying* (Rosa et al., 2017).

Ponderemos a trifurcação de “mente-corpo-espírito”, os *selves* do profissional e do paciente unem-se e o processo de cura como objetivo final não será o prioritário (Favero et al., 2009; 2013). Desmantelemos a linha que reduz o corpo a tecidos-órgãos-sistemas: “Essa compreensão deixa para trás o dualismo corpo-alma e inaugura uma visão mais globalizante. Entre matéria e espírito está a vida que é a interação da matéria que se complexifica, se interioriza e se auto-organiza” (Boff, 1999, p. 142).

Com os avanços tecnológicos e descobertas dentro da área biomédica atinou-se para a necessidade de respostas não puramente técnicas, mas que satisfizessem o psicoemocional, pois ainda que profissionais da saúde despertem sobre o elemento da subjetividade muitos não se sentem familiarizados (Barros, 2002). Então o cerne do cuidado considera como prioritários os desígnios da corporeidade em seus processos fisiológicos, psicológicos e comportamentais como: tatuagens, estética, medicalização, sexualidade e corpo virtual (Melo & Ponte, 2013).

Debruçamo-nos aqui sobre temas como a medicalização, e um tema

enigmático para saúde, o corpo virtual. Quanto à medicalização do corpo nos atemos especificamente à medicalização do emocional, os fármacos que programam a vontade afetiva, desempenho, *status* desejado, forcem o funcionamento da “máquina orgânica” e sua memória sendo os novos utensílios da gestão de si, esta programação farmacológica sobre a corporeidade tende a estender-se para todo o aparelho social. Já o corpo virtual-eletrônico não adocece, não morre, não é deficiente, ligando-se a internet ganha axiomas e sentidos próprios, contudo o mais interessante é pensar que seu corpo orgânico é afetado pelo cyberspaço. Frustra-se ao perceber que seu Ser orgânico é limitado, socialmente fundindo-se com a máquina e fisicamente desmembrando-se ao trivializar a comida, bebida, lazer e dormir (Le Breton, 2003).

Estas são as preocupações emergentes para guiar então o cuidado transcultural e transpessoal ao encontro de fenômenos contemporâneos, por considerar-se que o corpo está sujeito no tempo-espaço-saúde-adoecimento a reações individualizadas e imprevisíveis em sua corporeidade, não tabuladas em sua totalidade por qualquer (cons)ciência. Isto não deve ser apenas debatido, Leininger (2000) defende a documentação destas experiências êmicas e sua explicação por meio de fatores estrutural-sociais para o trabalho multidisciplinar.

Partindo da diversidade, visão sociocultural do grupo, identificação e

distinção das práticas êmicas e éticas, os níveis operacionais de Leininger (2002): 1) preservação e/ou manutenção do cuidado cultural, 2) acomodação, 3) *re patterning* e/ou reestruturação; também manifestam que os enfermeiros transculturais são enfermeiros holísticos (Leininger, 2000), como Jean Watson (2020) igualmente corrobora.

Considerando as possibilidades de cuidado transcultural: algumas loções, preparados e costumes agravam estados físicos, em algumas culturas os seios e genitais femininos são visualizados sob o consentimento de alguma autoridade familiar masculina, em outras a perspectiva de finitude corporal devido à doença é encarada com naturalidade. Em um primeiro momento repadronizar costumes parece ofensivo à autonomia individual, contudo o pensar transcultural engloba formas de comunicação que propiciam o encontro do saber (poder) do profissional e costumes sob a égide da confiabilidade cultural (Lamar, 2013).

Maneiras diversas de perturbação do corpo são verificadas no cotidiano de adoecidos desde a internação, jejuns, dietas, exames e perda do senso de convívio social (Pessoa et al., 2006). Watson entende a relação com o adoecido como uma relação eu-tu englobando corpo-mente-espírito e a cura como o resgate do amor, um Ativismo Sagrado pela intersubjetividade e envolvimento ético da enfermagem (Watson, 2020; Favero et al., 2009),

integrando o cuidado a padrões psicobiológicos, como nos casos de bulimia e anorexia: biofísicos (baixa ingestão de alimentos ou regurgitação intencional) e psicossociais (autorrealização, atividades sociais e sexuais prejudicadas e distorção da autoimagem) (Talento, 1993).

É possível que o atendimento seja direcionado para além do momento vivido no adoecimento na expectativa pela cura, e centrando-se na relação enfermeiro-paciente (eu-tu) (Favero, 2003). A título de exemplo observando fenomenologicamente o quadro esquizofrênico-depressivo: desânimo, ausência de força, perda de peso e náuseas. O desequilíbrio na relação eu-tu manifesta-se na falta de contato visual, afastamento físico além de experiências atípicas como sintomas psicóticos, delírios hipocondríacos e delírios somáticos de sua corporeidade obtusa (Doerr-Zegers & Stanghellini, 2015). Com base no adoecer mental a vivência clínica investe em outras perspectivas não mais embasadas em patologizações, mas na escuta e formulação de um projeto terapêutico singular (Alberoni, 2014).

A dor é um elemento vivenciado em muitas patologias, o Ser define a sua dor reagindo conforme percepção própria e significações de si mesmo, os indivíduos não reagem da mesma maneira e nem quando expostos a mesma intensidade de agressão, sofrendo de forma diferenciada e individual, ainda compartilhando certa similaridade cultural e identitária (Le Breton, 2011). A dor de mulheres que sofreram grandes

Cultura de los Cuidados

queimaduras une-se as marcas deixadas e encaradas como a nova condição vivencial de vergonha e depreciação social. As cirurgias reparatórias para os queloides proporcionam uma expectativa entre o reestabelecimento físico para possível reestabelecimento simbólico do corpo (Arruda et al., 2014).

A microperspectiva profissional reconhece a perspectiva cultural do usuário em cuidados culturais comparativos, seja em cultural genérico (ênico) e profissional (ético) (George, 1993; Leininger, 2002), na ocasião em que a realidade orgânica sadia desaparece sublinham-se no âmbito do câncer, por exemplo, os fenômenos psicossomáticos de dor, a experiência consumada de que as dores paralisam ou anestesiam o corpo mesmo que não sejam capazes de destruí-lo. Nestas situações a clínica médica tenciona frequentemente ao tratamento organicista, encarando somatizações como histeria, porém expõem-se: “[...] sintomas clínicos detalhadamente dramatizados; prescrições e nomenclaturas médicas minuciosamente declamadas e materialmente mostradas – clamando cumplicidade a sua dor, pedindo que o analista testemunhe o que ‘só quem passa por isso!’ pode supor existir” (Teixeira, 2006, p. 32).

Interpelando pelo padecimento corporal do gênero feminino, a mutilação genital fere a integridade do corpo que demanda intervenções e conforme adaptação do *Sunrise Model* com devida: sensibilização e descrição dos problemas

derivados da ablação, reconstrução do clitóris e da vagina como alternativa cirúrgica e desmitologização comparativa das justificativas para a prática (Jiménez-Ruiz; Almansa Martínez, 2017).

Portanto, perdendo funções o corpo renuncia a totalidade das experiências que antes gozava com respeito majoritariamente à dificuldade em lidar com a perda de parte de si próprio (Ferreira, 2015) esmiúça-se o adoecimento em diferenciais segundo Boff (1999): “[...] em relação com a sociedade (se isola, deixa de trabalhar e tem que se tratar num centro de saúde), em relação com o sentido global da vida (crise na confiança fundamental da vida que se pergunta por que exatamente eu fiquei doente?)” (p. 143). Ilustrando perdas: “Poderíamos estender esse raciocínio para um operário que perde um braço em um acidente de trabalho. Embora subjetivamente ele possa experienciar seu braço – membros fantasmas em casos de amputações – essa vivência não se ancora no corpo orgânico” (Ferreira, 2015, p. 355).

Ontologicamente a vida sem dor e sem morte é irreal, a saúde subsiste nas situações sadias ou não. Reflitamos: “alguém pode estar mortalmente doente e ser saudável porque com esta situação de morte cresce, se humaniza e sabe dar sentido àquilo que padece” (Boff, 1999, p. 145). Destarte, as situações de cuidado dimensionam alguns aspectos da corporeidade para transcendência mesmo diante do adoecimento segundo Boff e Watson. Cuidar desta forma depende de uma aguçada

inteligência emocional do profissional, uma qualidade muito íntima expressa por intermédio dos cinco sentidos para com o adoecido (Rosa et al., 2017)

A visão mais profunda de saúde-doença desmantela o movimento essencialmente biomédico no que diz respeito ao existir corporal: “não se poderá dizer que saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade?” (Segre & Ferraz, 1997, p. 542)

Limitações

No metaparadigma da enfermagem a teoria de Watson dá pouco destaque ao biofísico e a teoria de Leininger é muito complexa por suas imbricações antropológicas (George, 1993; Talento, 1993). As limitações da presente reflexão, portanto, são concernentes as possibilidades teórico-práticas relativamente emergentes aqui expostas defrontadas com a burocracia e o enfoque estritamente técnico, pugnando visões aguçadas sobre a corporeidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No transcorrer deste artigo abordaram-se atributos do corpo e corporeidade dentro dos âmbitos social e da saúde, adotando o cuidado transpessoal da enfermeira Jean Watson e o cuidado transcultural da enfermeira Madeleine Leininger. A corporeidade é firmada no itinerário da saúde como uma história/rompimento e/ou rediscussão do corpo.

As implicações práticas deste artigo, vão de encontro a um processo de enfermagem (seja *clinical caritas* ou em cuidados transculturais) que considere que diagnósticos, intervenções e resultados esperados terão seu intercurso na corporeidade do usuário. No entanto, a visão da enfermagem atual acerca da corporeidade é obscurecida por inúmeros fatores clínicos, estruturais, políticos e atitudinais, sabendo ainda que os pressupostos humanistas entram em segundo plano em algumas realidades assistenciais.

A saúde tem lidado diretamente com a corporeidade, entretanto, as práticas precisam estar menos rígidas e o cuidado hospitalocêntrico ou não deve comportar significações que recaiam sobre moldes contemporâneos e holísticos. Os cuidados transpessoal e transcultural são holísticos, refreiam a nocividade e os descaminhos que as privações, perdas e dores geram. A busca por um corpo permanentemente sadio é ilusória cristalizada por uma sociedade que cultua o belo e utópico, a possibilidade (traíçoeira) de perpetrar a cura sempre, formações exclusivamente organicistas e curativas impedem que os profissionais atinem para outras virtudes a serem cultivadas na corporeidade do adoecido.

AGRADECIMENTOS

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Aponta-se a inexistência de conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

- Alberoni, S. A. (2014). O que queremos ao cuidar? – o tênue limiar entre produção de padecimento e produção de saúde. *Mnemosine*, 10(2), 88-107. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41626/pdf_289
- Arruda, C. N.; Braide, A. S. G. & Nations, M. (2014). “Carne crua e torrada”: a experiência do sofrimento de ser queimada em mulheres nordestinas, Brasil. *Cad saúde coletiva*, 30(10), 2057-2067. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00175713>
- Barros, J. A. C. (2002). Considering the health-disease process: what does the biomedical model answer to? *Saúde Soc*, 11(1), 67-84. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>
- Boff, L. (1999). *Saber Cuidar: ética do humano compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes.
- Borba, M. P. & Hennigen, I. (2015). Composições do corpo para consumos: uma reflexão interdisciplinar sobre subjetividade. *Psicologia & Sociedade*, 27(2). Disponível em: <http://submission.scielo.br/index.php/psoc/article/view/107908/9161>
- Caravaca-Morera, J. A. & Padilha, M. I. (2017). Cuerpos en tránsito: espacios, emociones y representaciones que (des)construyen realidades. *Rev esc enferm USP*, 51(e03203). <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016036103203>
- Contatore, O. A., Malfitano, A. P. S., & Barros, N. F. (2017). Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(62), 553-563. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0616>
- Doerr-Zegers, O., & Stanghellini, G. (2015). Phenomenology of corporeality: a paradigmatic case study in schizophrenia. *Actas Esp Psiquiatr [Internet]*, 43(1), 1-7. Disponível em: <https://www.actapsiquiatria.es/repositorio/17/93/ENG/17-93-ENG-1-7-410304.pdf>
- Favero, L., Meier, M. J., Lacerda, M. R., Mazza, V. A., & Kalinowski, L. C. (2009). Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(2), 213-218. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000200016>
- Favero, L., Pagliuca, L. M. F., & Lacerda, M. R. (2013). Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(2), 500-505. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200032>
- Ferreira, M. V. (2015). Michel Henry y los problemas de la encarnación: el cuerpo enfermo. *Psicologia USP*, 26(3), 352-357. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20150005>
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Galak, E. (2015). A educação física busca o aperfeiçoamento da raça: políticas públicas, saúde, eugenia e educação dos corpos. In Gomes, I. M., Fraga, A. B., & Carvalho, Y. M. *Práticas Corporais no Campo da Saúde: Uma política em formação* (pp. 47-74). Porto Alegre.
- Gil, A. C. (2019). Métodos e técnicas de pesquisa social. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.
- George, J. B. (1993). Madeleine M. Leininger. In George, J. B. et al. *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional* (pp. 297-310). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Goldberg, L., Rosenburg, N., & Watson, J. (2018). Rendering LGBTQ+ visible in nursing: Embodying the philosophy of Caring Science. *Journal of Holistic Nursing*,

- 36(3), 262-271. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0898010117715141>
- Gomes, D. R. G. & Próchno, C. C. S. C. (2015). The ill person-body, the hospital and psychoanalysis: contemporary unfoldings?. *Saúde e Sociedade*, 24(3), 780-791. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015134338>
- Haddad, V. C. N. & Santos, T. C. F. (2011). The environmental theory by Florence Nightingale in the teaching of the nursing school Anna Nery (1962-1968). *Escola Anna Nery*, 15(4), 755-761. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400014>
- Jiménez-Ruiz, I. & Almansa Martínez, P. (2017). Female genital mutilation and transcultural nursing: adaptation of the Rising Sun Model. *Contemporary nurse*, 53(2), 196-202. <https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1261000>
- Justo, A. M., Camargo, B. V. & Alves, C. D. B. (2014). Context effects on social representations of the body. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(3), 287-297. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722014000300006>
- LaMar, J. (2013). Cultura e etnicidade. In Potter, P. & Perry, A. G. *Fundamentos de Enfermagem*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Le Breton, D. (2003). *Adeus ao corpo: Antropologia e sociologia*. Campinas, SP: Papirus.
- Le Breton, D. (2011). *A Sociologia do corpo*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Leininger, M. (2000). Founder's Focus: Multidiscipline Transculturalism and Transcultural Nursing. *Journal of Transcultural Nursing*, 11(2), 147-147. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/104365960001100211>
- Leininger, M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of transcultural nursing*, 13(3), 189-192. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/10459602013003005>
- Melo, L. P. & Ponte, M. P. T. R. (2013). Corpo e antropologia: uma reflexão. In Melo, L. P.; Gualda, D. M. R.; Campos, E. A. *Enfermagem, antropologia e saúde*. 1ª ed. Barueri: Manole.
- Mota, A. & Schraiber, L. B. (2014). Medicine under the lens of history: theoretical and methodological reflections. *Ciencia & saúde coletiva*, 19(4), 1085-1094. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.16832013>
- Pessoa, S. M. F., Pagliuca, L. M. F., & Damasceno, M. M. C. (2006). Teoria do cuidado humano: análise crítica e possibilidades de aplicação a mulheres com diabetes gestacional. *Rev Enferm UERJ*, 14(3), 463-69. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v14n3/v14n3a20.pdf>
- Rohrbach Viadas, C. (2015). Historic perspectives from anthropology. Reflections proposed to Transcultural Nursing. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 33(2), 365-373. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n2a20>
- Rosa, W., Estes, T., & Watson, J. (2017). Caring science conscious dying: an emerging metaparadigm. *Nursing science quarterly*, 30(1), 58-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0894318416680538>
- Sales, C. A., Silva, M. R. B., Borgognoni, K., Rorato, C. & Oliveira, W. T. (2008). Cuidado paliativo: a arte de estar-com-outra de uma forma autêntica. *Rev. enferm. UERJ*, 16(2), 174-179. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a06.pdf>
- Segre, M. & Ferraz, F. F. (1997). O conceito de saúde. *Rev Saúde Públ* (online), 31(5), 538-42. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>

Cultura de los Cuidados

Talento, B. (1993). Jean Watson. In George, J. B. et al. *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional* (p. 253-266). Porto Alegre: Artes Médicas.

Teixeira, L. C. (2006). Um corpo que dói: considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos. *Lat am j fundam psychopathol online*, 6(1), 21-42. Disponível em:

<https://docplayer.com.br/22014-Um-corpo-que-doi-consideracoes-sobre-a-clinica-psicanalitica-dos-phenomenos-psicossomaticos.html>

Vaz, A. F. (2015). Corpo, Política, Modernidade. In Gomes, I. M., Fraga, A. B., & Carvalho, Y. M. *Práticas Corporais no Campo da Saúde: Uma política em formação*

(pp. 75-91). Porto Alegre: Rede UNIDA. <https://dx.doi.org/10.18310/9788566659375>

Watson, J. (2020). Nursing's Global Covenant with Humanity-Unitary Caring Science as Sacred Activism. *Journal of Advanced Nursing*, 76(2), 699-704. Disponível em:

<https://doi.org/10.1111/jan.13934>

Zanatta, E. A. & Motta, M. G. C. (2015). Violence in the view of young people in the perspective of corporeality and vulnerability. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(2), 476-485.

<https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001302014>



Fuente: CC BY-NC-SA 2.0 license. <https://search.creativecommons.org/photos/0ec4677c-cb57-41f3-baf2-7f5a3b78d6be>

Sentidos de la formación bioética de enfermeros en un contexto intercultural

Meaning of the bioethical training of nurses in an intercultural context

Sentidos da formação bioética de enfermeiros em um contexto intercultural

Adriana Lucia Valdez Fenández^{1,2}

¹Enfermera, candidata a doctora en Ciencias de la Educación. Profesora asistente de planta de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca, Colombia.

²Este artículo es producto de una investigación realizada en el marco del desarrollo de la tesis doctoral titulada “Sentidos sobre la bioética que emergen en las prácticas formativas de enfermería en un contexto intercultural”, presentada por la autora para optar al título de doctora en Ciencias de la Educación de la Universidad del Cauca-Rudecolombia.

Cómo citar este artículo en edición digital: Valdez Fernández, A. (2020). Sentidos de la formación bioética de enfermeros en un contexto intercultural. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 24 (57) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.16>

Correspondencia: Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca. Calle 5 N° 4-70 de Popayán (Cauca, Colombia).

Correo electrónico de contacto: adrianitalvf@unicauca.edu.co

Recibido 03/11/2019

Aceptado: 09/02/2020



ABSTRACT

Humanizing education constitutes a pillar for bioethical formation of nursing professionals in intercultural contexts, which guides the transformative sense of the vision of disciplinary care. It was sought to understand the senses that the training actors grant bioethics from the training practices in an intercultural context. For this, a descriptive qualitative investigation with a hermeneutical epistemic approach is proposed, the data analysis was carried out from the grounded theory. Data were

collected through: documentary review, semi-structured interviews, non-participant observation, field diaries and focus groups. Participants correspond to students, teachers and directors of the nursing program of a university in southwestern Colombia, practice tutors and care subjects who were attended by the students. The results allow us to conclude that the main nonsense in formation lies in a problem of coloniality of being and knowing, because the curriculum continues to privilege technical knowledge over a human formation. Weaving intercultural bioethics from pedagogical reflection in intercultural contexts allows

developing a critical training regarding what does not favor the harmony of human being with territory and that leads the professional future to be aware of their responsibility with health care.

Keywords: Nursing, care, interculturality, bioethics, education.

RESUMEN

Humanizar la educación se constituye en un pilar para la formación bioética de los profesionales de enfermería en contextos interculturales, lo que orienta el sentido transformador de la visión de cuidado disciplinar. Con este estudio se buscó comprender los sentidos que otorgan a la bioética los actores de formación desde las prácticas formativas en un contexto intercultural. Para ello se planteó una investigación cualitativa descriptiva con enfoque epistémico hermenéutico; el análisis de datos se realizó desde la teoría fundamentada. Se recolectaron datos a través de: revisión documental, entrevistas semiestructuradas, observación no participante, diarios de campo y grupos focales. Los participantes corresponden a los estudiantes, docentes y directivos del programa de enfermería de una universidad del suroccidente colombiano, tutores de práctica y sujetos de cuidado que fueron atendidos por los estudiantes. Los resultados permitieron concluir que el principal sinsentido en la formación radica en un problema de colonialidad del ser y saber, porque el currículo continúa privilegiando el saber técnico sobre una formación humana. Tejer la bioética intercultural desde la reflexión pedagógica en contextos interculturales permite desarrollar una formación con sentido crítico respecto aquello que no favorece la armonía del ser humano con el territorio y que conlleve al futuro profesional a ser consciente de su responsabilidad con el cuidado de salud.

Palabras clave: Enfermería, cuidado, interculturalidad, bioética, educación.

RESUMO

A educação humanizada constitui um pilar para a formação bioética dos

profissionais de enfermagem em contextos interculturais, que norteiam o sentido transformador da visão do cuidado disciplinar. Buscou-se compreender os sentidos que os atores treinadores conferem bioética a partir das práticas de treinamento em um contexto intercultural. Para isso, propõe-se uma investigação qualitativa descriptiva, com abordagem epistêmica hermenéutica, e a análise dos dados foi realizada a partir da teoria fundamentada. Os dados foram coletados por meio de: revisão documental, entrevistas semiestructuradas, observação não participante, diários de campo e grupos focais. Os participantes correspondem a estudantes, professores e diretores do programa de enfermagem de uma universidade no sudoeste da Colômbia, tutores de prática e assuntos de atendimento que foram atendidos pelos alunos. Os resultados permitem concluir que o principal absurdo da formação está em um problema de colonialidade do ser e do saber, porque o currículo continua privilegiando o conhecimento técnico sobre a formação humana. A tecer a bioética intercultural da reflexão pedagógica em contextos interculturais permite desenvolver um treinamento crítico sobre o que não favorece a harmonia do ser humano com o território e que leva o futuro profissional a ter consciência de sua responsabilidade com os cuidados em saúde.

Palavras chave: Enfermagem, cuidado, interculturalidade, bioética, educação.

INTRODUCCIÓN

La educación requiere de procesos que propendan por mejorar las capacidades de las personas, procurando su bienestar y dignidad. Es decir, adoptar una visión humanista de la educación que se adapte a las necesidades de las culturas, teniendo en cuenta su pluralidad y aceptando tanto otros modelos educativos como otros sistemas de conocimiento (Unesco, 2015). En Colombia, este acercamiento se ha intentado lograr por medio de la legislación en materia de

educación y salud, pero aún hay camino por recorrer, fundamentalmente en las universidades, las cuales deben ser las principales involucradas con este propósito en razón a que la responsabilidad de la humanización de la educación recae en ellas.

Considerando que, la educación requiere procesos de de-colonización de las pedagogías y de los contenidos curriculares, respondiendo a una visión de aprendizaje que sea organizado, pero en los casos que sean necesarios se adapte y se transforme según los requerimientos del contexto (Unesco, 2015). En este sentido, el área de la salud debe cambiar su perspectiva de formación, que se centra en un enfoque biologicista, el cual resulta reduccionista al tener en cuenta que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 1948), por una visión que reconozca al ser humano como responsable del cuidado de su salud, la cual depende no solamente de su fisiología, sino que es producto de su interrelación con el contexto y la visión cultural propia de salud.

De igual modo, la enfermería requiere de la humanización para tener coherencia con su propósito, *el cuidado*, que desde la visión antropológica de Leininger (1999) se define como las acciones encaminadas a la mejora de las condiciones o estilo de vida de una persona que se encuentra en necesidad o se prevé la misma, lo anterior a través de la asistencia, apoyo y

facilitación de medidas para el bienestar del sujeto de cuidado, lo cual debe ser visto desde una perspectiva holística (Moreno y Muñoz, 2016). Así, desligarse del lado humano es alejarse del objeto de la disciplina, pasando a ser solo la aplicación de técnicas. Es lo que Fawcett (2005) considera una visión de reacción, que lo reduce a lo biológico e ignora otras variables que influyen en la salud del sujeto considerándolo homogéneo. Es por esto que humanizar la enfermería en su formación equivale a humanizar el cuidado; es llegar a una visión de reciprocidad, requiriendo una formación bioética que aporte las condiciones para analizarlo. Este postulado se acerca más a la mirada latinoamericana, que lo asume como una reflexión sobre perspectivas éticas y morales con respecto a la vida para tomar decisiones, donde la cultura es determinante para el entendimiento. Lo anterior en razón a que todo asunto personal es un asunto social a la vez, considerando una visión contextualizada del problema que le da importancia a la voz del sujeto de cuidado y lo vuelve protagonista (Álvarez-Díaz, 2012).

Esta necesidad de formar en bioética a los profesionales de enfermería se hace urgente en contextos diversos como el colombiano, para responder a las necesidades propias de un cuidado con enfoques epistémicos y bioéticos novedosos que posibiliten la reflexión en torno a los problemas que derivan de la salud por la persona y el contexto, incluyendo un

enfoque intercultural. Para esto se requiere de formación en actitudes y aptitudes que posibiliten el trato y la comunicación; pero esto no es simplemente incluirlo en el currículo, sino que se necesita lograr una internalización del concepto de la bioética y adoptar una perspectiva intercultural que busque por medio de las relaciones con los otros, en la praxis, conocerse y reconocerse como alguien distinto para conocer y reconocer al otro, lo que posibilita una comunicación efectiva que incluye las diferencias (Bartolomé, 2006; Fornet, 2009).

De ahí que humanizar el currículo equivale a incluir perspectivas interculturales; es decir, que la universidad cuente con apertura epistémica, ontológica y política en cuanto a distintas perspectivas en torno a la salud, contribuyendo a una formación bioética desde un currículo pertinente, que no se construye para el contexto, sino desde el mismo (Unesco, 2015). Esta pertinencia curricular hace referencia a la defensa de la libertad frente a la estandarización, al respeto e inclusión de la diferencia sobre la homogeneización; es abogar por la misión y el espíritu universitario (De Zubiría, 2016). Lo anterior debe verse reflejado en un currículo que corresponda a la construcción de un orden específico de un discurso, según la situación histórica y social en la que está inmerso (Kemmis, 2008), para así formar en la reflexión, preparando a los estudiantes en la convivencia con otros, donde la práctica posiciona al estudiante como autónomo y le exige la reflexión crítica, a la vez que se le

permite asumir las decisiones y las consecuencias de estas (Vasco Uribe, 1990).

Ahora bien, para acercarse a los resultados del proceso de formación, teniendo en cuenta que el propósito de este es lograr que se interioricen conceptos y se establezcan modos de comportarse según lo que se ha enseñado, se hace relevante hablar del sentido, entendido como una construcción que se genera a partir de la percepción que se da a través de los sentidos y que se nutre de las relaciones del yo con el otro y el contexto (Holzapfel, 2006). De esta manera, en este artículo se busca comprender los sentidos de la bioética que emergen de la formación de enfermeros en contextos interculturales, teniendo en cuenta que en el contexto colombiano, y específicamente el Cauca (departamento de Colombia), la diversidad cultural y étnica (población indígena del 20.5%; afro descendiente del 21.1% y mestiza-blanca del 58.5% (Departamento Administrativo Nacional de Planeación, 2014)) convierte en un reto la toma de decisiones para los profesionales de enfermería, en razón al choque que se produce constantemente entre la cosmovisión de salud de los sujetos de cuidado y la formación que recibieron, donde impera un saber técnico que no permite darle voz a dichos sujetos.

METODOLOGÍA

La investigación realizada es de carácter cualitativo de tipo descriptivo, puesto que buscaba conocer fenómenos

desde la perspectiva del interlocutor, para así describir el objeto de estudio (Arráez, Calles y Moreno, 2006; Sánchez y Sánchez, 2010). De enfoque hermenéutico, pretendiendo ir más allá de lo biológico y técnico, permitiendo visibilizar de manera precisa y detallada los contenidos de los discursos de los participantes para identificar los sentidos que perciben desde su realidad. El análisis se hizo desde la teoría fundamentada (Do Prado, De Souza y Carraro, 2008), que se usó para conocer los detalles del fenómeno estudiado y a partir de ellos establecer nuevos conocimientos, los cuales emergen de las relaciones, permitiendo establecer teorías.

Esta investigación se realizó en el Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca, en la ciudad de Popayán (Colombia), y en el hospital Mama Dominga, ubicado en el Resguardo Indígena de Guambía (municipio de Silvia, departamento del Cauca, Colombia), en el marco de la práctica formativa comunitaria de los estudiantes de último semestre. Los participantes, denominados actores de formación, se seleccionaron según criterios de inclusión y exclusión. Así, se contó con la colaboración de 8 estudiantes, 14 profesionales entre directivos del programa (decano, jefe de Departamento, coordinadora del Programa y miembros del Comité Académico) y docentes (de planta, ocasionales de tiempo completo y jubilados) que han formado en bioética a los estudiantes seleccionados y han participado

en los procesos de acreditación del programa. También participaron 6 profesionales que ejercen como tutores de práctica (personas que están vinculadas a la institución de salud antes mencionada, encargadas de realizar seguimientos y acompañar a los estudiantes), y 5 sujetos de cuidado (pertenecientes al Resguardo Indígena Misak) que fueron atendidos por los estudiantes de práctica. Adicionalmente, se revisaron 33 documentos de orden nacional y local referentes a educación en salud.

Los datos fueron obtenidos entre el 2017 y el 2018, utilizando técnicas cualitativas para la recolección de información tales como: revisión documental de 33 documentos, 9 entrevistas semiestructuradas, observación no participante registrada en 17 diarios de campo y 5 grupos focales. Se empleó el criterio de saturación teórica y la revisión por pares externos expertos, con el fin de no perder el horizonte de estudio, apoyando el proceso de interpretación.

El análisis de datos se realizó en tres fases siguiendo la teoría fundamentada, teniendo en cuenta que el objetivo era conocer los sentidos que emergen en la formación a través de los discursos, generando esquemas explicativos. La *primera fase* consistió en la recolección de datos. En la *segunda fase* se efectuaron las codificaciones abierta y axial: la primera se refiere al microanálisis línea por línea en donde se descomponen los datos para

categorizarlos, por medio del sublineado colorido que permitió separar temas e ideas centrales que definieron categorías, y en la segunda se trabajó en las relaciones entre las categorías y subcategorías que se encontraron en la codificación abierta (Strauss y Corbin, 2002), de las cuales surgieron las variables centrales. Por último, en la *tercera fase* se hizo la codificación selectiva, donde se vislumbraron los núcleos temáticos, generando una teoría de la integración y refinamiento de lo encontrado para lo cual se organizaron las variables y categorías en torno a un concepto explicativo central, a partir de las concepciones sobre el fenómeno estudiado (Strauss y Corbin, 2002). Así, la teorización corresponde a la explicación principal que se aportó con base a la condensación de las relaciones de las categorías y subcategorías, como también de las variables centrales, generando esquemas explicativos.

En cuanto a los aspectos éticos, este estudio fue avalado por el Comité Ético de la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad del Cauca, contando previamente con la autorización tanto del Programa de Enfermería como del Hospital Mama Dominga. Se resguardó la privacidad de los participantes y se contó con el consentimiento informado.

RESULTADOS

Los hallazgos sobre los sentidos fueron analizados según cuatro categorías, las cuales se describieron de acuerdo con los

documentos (sentido semántico) y los actores de formación (sentido existencial). Los sinsentidos encontrados en los discursos se plantearon como el trasfondo de sentido y corresponden a un extracto de la realidad, señalando lo distanciada que está la experiencia formativa de los objetivos establecidos en papel. A partir de estas, se establecieron las cuatro variables centrales a discutir en el análisis (Tabla 1).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, a continuación se presenta el análisis de las variables centrales que representan las voces de los actores y los sentidos conferidos a la formación bioética.

1. Pertinencia curricular, una tarea por cumplir.

Es definida desde los sentidos y sinsentidos como una formación bioética que supla las necesidades relacionadas al contexto cultural diverso. No obstante, la formación se ha centrado en la descripción de técnicas y aptitudes que tienden a homogeneizar el ser y el hacer, situación que imposibilita una visión más humana del cuidado. Al respecto, un profesor que participó en la investigación comentó:

“[Los estudiantes dicen:] ¿Para qué me meto en ética? A mí lo que me interesa es pasar una sonda nasogástrica y pasarla bien, y *hacerlo correctamente desde lo*

técnico, y explicarle al paciente el procedimiento. ¿Lo estoy teniendo en cuenta a él como ser humano? ¡No! (Docente de Enfermería, entrevista personal, 18 de junio de 2018. Cursivas añadidas)¹

Además, se espera que lo normativo (tanto en la universidad como en las instituciones prestadoras de servicios de salud) sea la guía para el diálogo universidad y contexto, pero en ocasiones se convierte en un obstáculo para quien forma, al limitar su rol al cumplimiento del conocimiento oficial desde lo que es válido científicamente. Aquello no da cabida al reconocimiento de otros saberes que emergen desde las prácticas (Becerra, 2014). De ahí que la práctica formativa se vislumbra como clave para superar este problema en la formación bioética, al dar paso al encuentro entre el yo y la otredad, permitiendo reconfigurar el currículo desde una perspectiva flexible que se adapte al contexto, superando así la mirada biologicista de fundamentación técnica que prima en la formación (De Zubiría, 2016).

Un punto de partida para decolonizar el ser y el saber (Mignolo, 2007) en la construcción del currículo, es en el acto pedagógico, donde el profesor como modelo de formación bioética, desde su praxis, genera “condiciones en las que todas las personas pueden lograr un bienestar máximo

y un total potencial integrado con el conocimiento ético, estético, personal, empírico y con el saber en la práctica de enfermería” (Chin y Kramer, 2008, p. 302). Esto aporta sentido en la medida en que, desde el acto pedagógico, el docente como maestro muestra actitudes de respeto, humildad y escucha a los estudiantes para construir con ellos su dimensión moral (Zaror, Muñoz, Espinoza, Vergara y Valdés, 2014), situación que se ve reflejada en la relación que establece el estudiante con las personas en el acto de cuidado: “Hay docentes que te enseñan a ser persona, hay otros que solo se limitan a enseñarte la teoría, y la teoría no es siempre lo que uno necesita en estos casos” (Estudiante de Enfermería 1, intervención en grupo focal, 24 de octubre de 2017).

Se plantea, entonces, la construcción de un currículo que escuche al contexto al formar de acuerdo a sus necesidades y saberes. Luego se espera que haya una articulación entre elementos cognoscitivos y actitudinales, porque no solo basta con mostrar, entender o reconocer un contenido bioético intercultural para homogeneizar, sino que se requiere cambiar el papel que se le asigna a los contenidos en los planes y programas de estudio, donde la pedagogía se abre como espacio de reflexión: Tiene que ser *desde nuestro contexto*, con las

la confidencialidad concertada desde un comienzo.

¹ Por petición de las personas participantes en la investigación, sus nombres no son revelados en este artículo, preservando así

condiciones de nuestro contexto y no lo que nos están diciendo desde Europa, Norteamérica [...] *Los problemas de allá no nos sirven acá* y desde la práctica misma, cuando yo estoy en una práctica y encuentro que la paciente ni siquiera tiene plata [dinero] para comprar una jeringa, que no tienen dinero para pagar el bus que los traiga al hospital en un momento de crisis, ¿cómo voy hablar yo de que el problema que tengo que trabajar es la fertilización in vitro? (Docente de Enfermería, entrevista personal, 12 de junio de 2018. Cursivas añadidas)

2. Aprender a convivir para comprender el cuidado de la salud como territorio.

Entre los actores participantes se percibe la bioética como un concepto inacabado que se reconfigura a partir de las experiencias de aprendizaje en los contextos de práctica, en la interacción con los otros en el acto de cuidado, donde emergen relaciones y choques derivados de los cuestionamientos entre su formación y las diferentes visiones sobre el mismo. Aquello lleva al reencuentro del profesional con la

razón de ser de la disciplina: *el cuidado*. Sobre este aspecto, un alumno indicó:

Se hace necesario conocer la cultura para tratar de mediar con situaciones en las cuales pueden existir choques por la manera en cómo cada una concibe las diferentes formas de vivir [...] Nunca se debe pasar a juzgar los comportamientos sin conocer los significados [en salud] que tienen para las diferentes culturas. (Estudiante de Enfermería 7, intervención en grupo focal, 24 de octubre de 2017)

Es decir, los estudiantes requieren formarse en diversas miradas del ser y el conocer en torno al cuidado, para abandonar los prejuicios durante el proceso de formación, al contar con teorías contextualizadas desde la lógica local y el territorio. Por tanto, el cuidado en un contexto diverso es un reto que implica considerar y respetar al sujeto de cuidado, incluyendo sus creencias, valores y costumbres (Ibarra y Siles, 2006). Así, el tener en cuenta la cosmovisión de dichos sujetos permite comprender que el cuidado de la salud en estos contextos supera la visión biologicista hegemónica de la enfermedad, porque para ellos la salud es territorio. Por consiguiente, se cuida de un

territorio en donde la persona vive y convive en armonía con todo lo que le rodea, priorizando el papel de la comunidad y el efecto en la salud de sus miembros. Esta situación genera un giro en torno a la visión de cuidado, lo que proporciona fundamento moral a la práctica de la profesión de enfermería, y permite, en la bioética, el análisis de las condiciones para hacer posible el cuidado en estos contextos.

De ahí que los actores demanden sobre la bioética, en la práctica, un proceso de formación del futuro profesional para aprender a convivir, pensando en comunidad y en contexto, que no solo es lo humano desde la perspectiva del vivir bien (Huanacuni, 2010). Aquello implica, en el acto de cuidado, desaprender para volver a aprender, al cuestionar al estudiante desde lo vital y permitiéndole dar paso a reconocer al otro en su horizonte (Fornet, 2001). Al mismo tiempo, se permite ser críticos respecto a aquello que no favorece la vida o que niega la dignidad humana (Fornet, 2007), por lo cual se requiere de estrategias de autoconocimiento que lleven a reflexionar sobre el aprendizaje y las formas de aprender desde la práctica (Ayala, Alvarado y Cuevas, 2010).

3. Relaciones donde la barrera no es el lenguaje, es la actitud.

Los hallazgos alcanzados en la investigación señalan que, en la formación bioética, tanto el acto pedagógico como el acto de cuidado se construyen en las

relaciones que emergen en el contexto de práctica diverso culturalmente, ya sea entre el docente y el estudiante o entre el cuidador y el sujeto de cuidado. Aquí el lenguaje no es la barrera, lo es la actitud bajo la cual se ha formado al futuro profesional. Esto en razón a que uno de los principales obstáculos es la comunicación, al carecer de una actitud de escucha que propenda por comprender al otro. Se reclama de la interculturalidad, entonces, que sea un puente en la transformación de la formación bioética, porque no solo basta con reconocer al otro en su diferencia o aprender un lenguaje para relacionarse con él, sino formar, desde relaciones de apertura a otras miradas del cuidado de la salud, en búsqueda de lo que nos hace iguales. Se trata de una “interculturalidad centrada desde la mirada de uno mismo, desde donde uno se sitúa, desde donde uno mira al otro” (Docente de Enfermería 7, entrevista personal, 12 de junio de 2018).

Un punto de partida para ello es la articulación de las universidades y los campos de práctica, al considerar las necesidades del contexto y aportar a la comunidad no solo desde el conocimiento técnico, sino desde la interacción humana afectiva, efectiva y respetuosa en el tiempo. De esta forma, las experiencias de aprendizaje del estudiante y del docente, así como las necesidades del contexto que trascienden del tiempo inmediato del acto de cuidado, forjan la de-construcción de una temporalidad como condición de

permanente renovación, posibilitando la reconstrucción del currículo. Para esto se proponen espacios de socialización cultural en prácticas comunitarias tempranas y concertadas en contextos diversos, donde el primero que debe realizar estas inmersiones es el profesor, con el fin de posibilitar su rol de formador bioético con una visión de cuidado más humana. El docente debe además formar con una perspectiva del cuidado de la salud que supere la mirada individual propia de las culturas occidentales, al tener en cuenta que el aprendizaje intercultural se da a través de los choques, la reflexión de lo enseñado en el aula y la realidad en el contexto de práctica, lo que abre paso a una formación bioética.

Por tanto, se requiere “romper la ‘fatal’ pretensión del científico por la verdad objetiva y hacer del conocimiento una práctica comprometida que problematiza los escenarios de acción, pero sin acción concreta su efecto es realmente fútil” (Díaz, 2012, p. 41). Así mismo, es necesario reconocer el cuidado como una responsabilidad compartida que, al igual que en la visión intercultural, se asume desde la perspectiva de vivir en comunidad, de tener reciprocidad, donde todos aportan y todos reciben (CRIC, s.f.). Tal y como lo mencionó un alumno:

Compartir nuestros conocimientos, pero de una manera [humilde], no que sabemos todo, sino de una manera que ellos

[refiriéndose a los sujetos de cuidado] nos enseñan cosas a nosotros y nosotros les enseñamos cosas a ellos. Si ellos lo toman, pues les empezamos a explicar más; si no lo toman, lo dejamos ahí. (Estudiante de Enfermería 1, diario de campo, 29 de septiembre de 2017)

4. Cuidado del nosotros, pensando en el otro como uno mismo.

Se asume un cuidado del nosotros al reconocer al otro como un igual, que es responsable de su cuidado, lo que implica reconfigurar lo pedagógico, lo curricular y lo disciplinar hacia una visión más humana, para de-construir la barrera de formación bioética que está en nosotros mismos. Lo anterior con el fin de que el futuro profesional se sienta parte del contexto y no como un extraño, permitiendo una formación bioética con visión crítica que, en la práctica y en las relaciones que emergen en el acto de cuidado, le concedan abstraer sentidos y le ayuden a construir una visión más humana.

Se exige, además, una pedagogía del conocer y del vivir donde el docente enseñe desde su experiencia, como ejemplo, y considere a sus estudiantes como iguales en importancia, requiriendo que se forme a quienes forman para que ellos cuenten con un referente epistémico y ontológico. Dado

que la bioética permite la reflexión sobre las situaciones donde se realiza el cuidado y la interculturalidad se establece como un puente para acercar al futuro profesional y al sujeto de cuidado: “Si se desea que el estudiante sea una persona que cuide, el proceso de enseñanza-aprendizaje se plasma de acciones de cuidado que visualicen el lado humano de la educación” (Guerrero y Costa, 2019, p. 2), reiterando que el primer camino es la reflexión pedagógica que reconstruya el currículo.

En consecuencia, el respeto del estudiante hacia el sujeto de cuidado emerge de la relación docente-estudiante que, como modelo de formación, le muestra la forma de asumir las relaciones en el acto mismo del cuidado (Noddings, 2005). En este sentido, la formación bioética desde la práctica contribuye a de-colonizar la visión ontológica y epistémica en la cual ha sido formado el estudiante, debido a que en ella puede utilizar sus conocimientos y generar aprendizajes significativos (Sánchez y Rondón, 2013). Este espacio confiere sentidos al estudiante al ser reconocido en la comunidad como profesional que merece respeto y, en consecuencia, le brinda autonomía al fortalecer su identidad profesional para que asuma una postura responsable con las personas en el acto de cuidado, al sentirse parte del nosotros: “Te pones en la posición de la otra persona y cuidas desde la percepción de la otra persona, [desde lo que necesita], no imponiendo lo que sabes” (Estudiante de

Enfermería 1, diario de campo, 29 de septiembre de 2017).

Tejer la bioética intercultural como categoría central: a modo de conclusión.

De las anteriores variables emergió la categoría central *tejer la bioética intercultural* que, desde la reflexión pedagógica en los contextos interculturales de la práctica profesional de enfermería, favorece la de-construcción del currículo en la formación bioética hacia una visión más humana del cuidado. Por consiguiente, las experiencias de aprendizaje de la bioética como un campo que conjuga conocimientos y actitudes, se pueden internalizar desde el contacto con el otro en los campos de práctica. Lo anterior en razón al choque con otras visiones de salud en el acto de cuidado y en el acto pedagógico, y desde el reencuentro consigo mismo (de quien forma y a quien se forma) para asumir una postura frente al quehacer profesional y su responsabilidad compartida con el sujeto de cuidado en torno a la salud. Así, la bioética intercultural actúa como un puente que de-coloniza el ser y el conocer, porque suscita en los futuros profesionales de enfermería una nueva actitud que cambia la forma en cómo ven y se acercan a las personas.

Un primer punto para tejer la bioética intercultural implica un *cuidado de nosotros*, lo que supone una responsabilidad profesional que se asume como colectiva, a partir de la reflexión crítica sobre la visión moral del quehacer profesional, teniendo en cuenta la cultura y el contexto de las

personas. Aquello se origina en el fortalecimiento de la identidad profesional, que empieza en las relaciones que establecen los estudiantes con el docente en el acto pedagógico, quienes se convierten en los primeros modelos de formación del cuidado, porque si el estudiante no observa al profesor realizar acciones éticas con fundamento epistémico y ontológico, su visión de cuidado quedará reducida a una técnica que lo aleja de la relación humana. Por otra parte, al sentirse reconocido como profesional por parte de los sujetos de cuidado y del equipo de trabajo, el estudiante adquiere autonomía en la toma de decisiones y en la capacidad afectiva.

De ahí que quien cuida reconoce a quien es cuidado *como alguien que no soy yo, pero somos a la vez*, donde no hay lugar solo para tolerar otras visiones del cuidado, porque supondría superioridad en el sentido en que prima un saber y un hacer hegemónico, sino que se propende por una relación dialógica del reconocimiento del otro en los puntos de encuentro en torno a la salud. Esto conlleva a sentirse parte de un nosotros, en un contexto que le permite al cuidador reconocerse y ser reconocido para así pasar a la de-colonialidad del ser, abandonando la posición hegemónica y técnica en que fue formado.

Forjada la identidad profesional, un segundo punto se teje a partir de *relaciones donde el lenguaje no es la barrera*, porque no solo basta con reconocer la diversidad, sino que es necesaria la acción hacia la práctica activa de la escucha y el contacto

tanto en el acto pedagógico como en el acto de cuidado. La escucha en un sentido existencial que trasciende lo biológico, debido a que hacemos parte de un territorio donde somos o podemos ser. Se trata de una actitud de apertura al ser y conocer hacia las perspectivas del otro en torno al cuidado de la salud, dando paso al contacto como una vivencia desde un encuentro no solo físico sino epistémico y ontológico, donde se aprende no para el otro sino desde el otro. De esta manera, se plantea una formación bioética que invite a reconstruir un currículo desde la relación entre la universidad y el contexto, en búsqueda de objetivos comunes de formación que aporten al territorio, construyan permanentemente el currículo y resignifiquen la posición normativa bajo la cual se ha mantenido colonizado el conocer.

En efecto, *tejer la bioética intercultural* es un ciclo formativo y transformativo que incluye el cuarteto *sujeto que forma, sujeto al que se forma, sujeto de cuidado y contexto*, donde los tres aprenden, enseñan y sanan en un acto de convivencia que tiene sentido vital, es decir, que da vida al de-colonizar el ser y el conocer, dando paso a un tercer punto: *aprender a convivir*. Precisamente, el convivir es concebir que el futuro profesional hace parte de una comunidad, cuyas visiones en torno al cuidado de la salud contribuyen a reconstruir su visión de cuidado, donando el fundamento moral del futuro profesional.

En consecuencia, se amplía el campo de reflexión en torno a la bioética desde las particularidades del contexto

permeadas por una cultura, entendiendo que la bioética es un concepto inacabado que se reconstruye en las relaciones con los otros. Las prácticas en contextos interculturales permiten al estudiante reconocerse como un ser humano que hace parte de un territorio, el cual es salud y, por tanto, es llamado a cuidar ese territorio, a cuidarse a sí mismo. Aquello se presenta cuando se incluyen en los procesos de formación bioética estrategias de autoconocimiento que le permiten al futuro profesional de enfermería transitar del aprendizaje a la comprensión, al considerarse como un agente de cambio que debe construir su propia visión de cuidado más humana, fortaleciendo su identidad profesional y asumiendo su responsabilidad como tal desde un nosotros.

Como resultado de todo lo anterior, de la de-colonidad del ser y el conocer en la formación bioética intercultural, se consolida la *pertinencia curricular*, al considerar la praxis y la pedagogía como procesos de reflexión permanente, frente a la conducta y responsabilidad de los profesionales de enfermería con las personas y su territorio en el acto de cuidado. La praxis, desde el maestro, propende por desarrollar en el estudiante modos de razonamiento práctico en el acto pedagógico, al concederle criterios bioéticos para decidir modos de acción cuando se enfrenta a los choques de orden moral en el acto de cuidado. De manera que la pedagogía del vivir y el conocer considera el vivir desde un docente como maestro, quien

desde su ejemplo de formación no entra en contradicciones, y el conocer lo dota de un sustento epistémico y ontológico de la visión disciplinar del cuidado, con la cual orienta a los estudiantes. Ello requiere que el mismo docente se forme y pueda superar la tendencia profesionalizante, continuando hacia la tendencia disciplinar desde un enfoque investigativo, siguiendo un camino por medio del cual el currículo se construye permanentemente. Es ahí donde el maestro, consciente de que el estudiante es un actor protagónico de su formación, reconoce su importancia como donador de sentido al proceso formativo bioético, y abre la posibilidad de un tránsito efectivo de una visión de mundo que va de lo técnico a la humanización de la educación.

Agradecimientos: Agradezco a la Universidad del Cauca, al Departamento de enfermería y al Hospital Mama Dominga por el apoyo brindado para la realización del presente trabajo.

No se contó con financiamiento para esta investigación y no se presentaron conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez-Díaz, J. (2012). ¿Bioética latinoamericana o bioética en Latinoamérica? *Revista Latinoamericana de Bioética*, 12(22), 11-27. Doi: <https://doi.org/10.18359/r/bi.989>
- Arráez, J., Calles, J., y Moreno, L. (2006). La hermenéutica: una actividad interpretativa. *Revista Universitaria de Investigación*, 7(2), 171-181. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/410/41070212.pdf>

Cultura de los Cuidados

- Ayala, R., Alvarado, C., y Cuevas, J. (2010). La discriminación en el aprendizaje del cuidado. *Ciencia y Enfermería*, 16(3), 85-101. Doi:<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-9553201000030001>
- Bartolomé, M. A. (2006). *Procesos interculturales. Antropología política del pluralismo cultural en América Latina*. México: Siglo XXI.
- Becerra, A. (2014). *El cuidado en enfermería: Una propuesta de formación a partir de la experiencia en la ciudad de Cali* (Tesis de Doctorado). Facultad de Ciencias Naturales, Exactas y de la Educación, Universidad del Cauca: Popayán, Colombia.
- Chin, P., y Kramer, M. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing*. St Louis: Elsevier Mosby.
- CRIC –Consejo Regional Indígena del Cauca–. (s.f.). Programa de salud. *Sitio web del CRIC Colombia*. Recuperado de <https://www.cric-colombia.org/portal/proyecto-cultural/programa-de-salud>
- De Zubiría, S. (2016). Sentido social de la universidad: dilemas y potencialidades. En D. M. Rodríguez (Ed.), *Bioética. Ecología de saberes. ¿La vida debe tener prioridades sobre los intereses de la ciencia?* (pp. 37-49). Bogotá: Universidad Libre.
- Departamento Administrativo Nacional de Planeación. (2014). *Censo Nacional Agropecuario*. Bogotá: DANE.
- Díaz, E. (2012). Una mirada a las contradicciones de la revitalización lingüística en el Cauca. *Revista Tabula Rasa*, 1(17), 219-244. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n17/n17a11.pdf>
- Do Prado, M., De Souza, M., y Carraro, T. (2008). *Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales*. Brasil: Organización Panamericana de la Salud.
- Fawcett, J. (2005). Criteria for Evaluation of Theory. *Nursing Science Quarterly*, 18(2), 131-135. Doi: <https://doi.org/10.1177/0894318405274823>
- Fornet, R. (2001). *Transformación intercultural de la filosofía*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fornet, R. (2007). *Reflexiones de Raúl Fornet-Betancourt sobre el concepto de Interculturalidad*. México: Consorcio Intercultural.
- Fornet, R. (2009). *Interculturalidad en procesos de subjetivación*. México: Consorcio Intercultural.
- Guerrero, R. F., y Costa, J. L. (2019). El estudiante de enfermería como ser-cuidado en la relación docente-estudiante: reflexión en Heidegger. *Presencia, Revista Internacional de Salud Mental, Investigación y Humanidades*, 5(s.n.), 1-5. Recuperado de <http://ciberindex.com/c/p/e12290>
- Holzapfel, C. (2006). A la búsqueda del sentido. *Revista de Filosofía*, 62(s.n.), 163-166. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-43602006000100011>
- Huanacuni, F. (2010). *Buen Vivir/Vivir Bien. Filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales andinas*. Lima, Perú: Coordinadora Andina de Organizaciones Indígenas.
- Ibarra, T., y Siles, J. (2006). Competencia cultural. Una forma humanizada de ofrecer cuidados de enfermería. *Índex de Enfermería*, 15(55), 44-48. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300010&lng=es
- Kemmis, S. (2008). *El currículum: más allá de la teoría de la reproducción*. Madrid, España: Morata.
- Leininger, M. (1999). Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la

enfermería transcultural. *Cultura de los cuidados*, 5-12.

Mignolo, W. (2007). El pensamiento decolonial: desprendimiento y apertura. En S. Castro y R. Grosfoguel (Eds.), *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global* (pp. 25-46). Bogotá: Siglo del Hombre Editores.

Moreno, M., y Muñoz, L. (2016). *De la teoría de enfermería a la práctica: experiencias con proyectos de gestión del cuidado*. Chía, Colombia: Universidad de la Sabana.

Noddings, N. (2005). *The challenge to care in schools. An alternative approach to education*. Nueva York, Estados Unidos: Teacher College Press.

Organización Mundial de la Salud. (1948). *Conferencia Sanitaria Internacional*. Documento registrado en Official Records of the World Health Organization, Nueva York, Estados Unidos.

Sánchez, G., y Sánchez, R. (2010). Hermenéutica ¿nueva koiné?: ¿Cómo reducir su relativización? En J. M. Cuartas (Comp.), *Hermenéutica en Acción* (pp. 41-50). Cali, Colombia: Editorial Universidad del Valle.

Sánchez, M., y Rondón, B. (2013). La diversidad cultural en los procesos de formación académica de enfermería requiere el manejo de la ética pedagógica, la corresponsabilidad y un pensamiento mediador. *Enfermería Global*, 12(29), 147-157. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/docencia2.pdf>

Strauss, A., y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Unesco –Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura– (2015). *Replantear la educación: ¿Hacia un bien común mundial?* París, Francia: Ediciones Unesco.

Vasco Uribe, C. (1990). *Algunas reflexiones sobre la pedagogía y la didáctica*. Bogotá: Editorial El Griot.

Zaror, C., Muñoz, P., Espinoza, G., Vergara, C., y Valdés, P. (2014). Enseñanza de la bioética en el currículo de las carreras de odontología desde la perspectiva de los estudiantes. *Acta Bioética*, 20(1), 135-142. Doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2014000100015>

Tabla 1

Sentidos semántico, existencial y trasfondo de sentido

Categoría	Sentido semántico	Sentido existencial	Trasfondo de sentido	Variable central
Prácticas formativas en la bioética.	Con base a los objetivos institucionales y necesidades del contexto (pertinencia), se busca la formación para el desarrollo integral de los estudiantes en pro de la autonomía, la toma de decisiones, el pensamiento crítico, la ética y la inteligencia emocional y social, siendo la práctica un escenario de interacción y	En el currículo se reduce a contenidos privilegiando lo conceptual y técnico, quedando relegada la formación del ser. La formación que se produce a través del aprendizaje mediante el acercamiento con el otro en el territorio, se ve obstaculizada en razón a que las prácticas se centran en el desarrollo de habilidades técnicas y estas son señaladas como insuficientes para dar respuesta a un contexto diverso, que demanda de	Tendencia de formación biologicista fundamentada en la técnica que imposibilita asumir una visión más humana del cuidado que incluya la cosmovisión y el territorio, en razón a la homogeneidad del ser y el hacer, que enfatiza aptitudes y no actitudes que le permitan asumir la reflexión y crítica frente a la responsabilidad social de la profesión y el contexto: "Uno observa un valor de 10 % en la evaluación del ser [...] La evaluación es un	Pertinencia curricular, una tarea por cumplir.

Cultura de los Cuidados

	<p>transformación del hacer clínico fundamentado en una visión humanista. “El propósito de fortalecer y generar competencias, capacidades y nuevos conocimientos en los estudiantes y docentes de los programas de formación en salud, en un marco que promueve la calidad de la atención y el ejercicio profesional autónomo, responsable y ético de la profesión” (Documento nacional sobre la relación docencia-servicio en salud de 2010).</p>	<p>los estudiantes una actitud de disposición y apertura que permita escuchar a los sujetos de cuidado y establecer una relación de respeto y confianza. Por ello, la práctica se establece como un espacio que sensibiliza y fomenta el aprendizaje bioético, cuestiona al futuro profesional en su quehacer: “Creo que los conocimientos que uno recolecta en la universidad le sirven a uno para realizar un trabajo bien hecho, pero no le sirve para entablar una relación efectiva con la otra persona [...], no solo enfocarse en el conocimiento de salud, sino ir un poco más allá y eso no se aprende con ir a clase, eso se aprende con convivir, con el respeto desde la casa” (Estudiante de Enfermería 1, intervención en grupo focal, 24 de octubre de 2017).</p>	<p>punto de referencia y si yo observo que es del 10 % con respecto a un 90 % (respecto al hacer, ¿eso significa que es menos importante? Eso genera un cuestionamiento supremamente grande” (Docente de Enfermería 9, intervención en grupo focal, 6 de diciembre de 2017).</p>	
<p>Concepto de bioética en el campo de la práctica profesional.</p>	<p>La práctica de la bioética en enfermería se fundamenta en general en los principios éticos y morales y en el respeto de los Derechos Humanos, los cuales guían las actuaciones de los profesionales en torno a los dilemas morales de base cultural, al brindar una pauta ética para el diálogo: “Análisis sobre los interrogantes éticos que plantean los avances científicos y tecnológicos cuando involucra a seres humanos y formule recomendaciones que concilien la libertad de investigación con el respeto a la dignidad humana” (Documento nacional del Comité Intersectorial de Bioética de 2001). La práctica de enfermería se fundamenta en general en los Principios éticos y morales y en el respeto de los Derechos Humanos. (Documento nacional de reglamentación de la profesión de enfermería en Colombia de 1996)</p>	<p>Principios que orientan las prácticas de salud que para responder a las necesidades del sujeto de cuidado y su comunidad, incluyen el contexto, lo que exige en el estudiante competencias relacionadas con el cumplimiento de códigos deontológicos, disposición, compromiso y servicio. Establece una visión más amplia de salud que reconoce la diversidad y cosmovisión del otro, por medio de la escucha y el contacto que, desde el contexto de práctica (en este caso la comunidad indígena misak), llama a la reflexión sobre la bioética en torno a la salud y su relación con el territorio que es donde la persona vive y convive en armonía con todo lo que le rodea: “Salud para nosotros va más allá de solo mirar la enfermedad; es pensar en el territorio [...] es lo que vivenciamos diariamente, lo que nos han enseñado. Y a partir de esto nosotros podemos prevenir todo, por eso podemos hablar de salud mental, de salud sexual y reproductiva, de salud de todo” (Profesional Hospital Mama Dominga, intervención en grupo focal, 10 de noviembre de 2017).</p>	<p>La bioética, pese a que ha evolucionado en el discurso, dista en la práctica porque aún falta el análisis de cómo los elementos de respeto por la cosmovisión en torno al cuidado de la salud permean la toma de decisiones en su quehacer. Es por falta de esta reflexión que se encuentra en los estudiantes un cambio en sus comportamientos, según el contexto donde rotan, y los mínimos aprendizajes en torno a la bioética que logran adquirir quedan atrás. Quienes forman reconocen que no cuentan con bases epistémicas en torno a la bioética y reiteran que el currículo que orienta esta formación privilegia lo técnico y carece de procesos reflexivos. Aprender a convivir desde el contexto implica reconocer la participación de todos en el proceso de toma de decisiones en el acto de cuidado: “Uno sabe que tiene que tratar a las personas desde todo su contexto y de forma holística [...] En [otro hospital] si vino es porque necesita ayuda y tiene que dejarse hacer lo que le hagan, en cambio acá, vino porque necesitaba ayuda, pero pues si eso va en contra de lo que consideran bien o mal, entonces pues se le respeta, se apunta así: que ‘se negó’, pero ‘se le respeta’, en cambio allá no” (Estudiante</p>	<p>Aprender a convivir para comprender el cuidado de la salud como territorio.</p>

Interculturalidad para la transformación de la bioética en las prácticas formativas en enfermería.	Reconocimiento de la diversidad étnica y cultural, así como el conocimiento de la cultura propia que permite consolidar una identidad como profesionales de enfermería: <i>“El enfoque intercultural es el conjunto de procesos que orientan el reconocimiento integral de las diferencias étnicas y culturales de la población colombiana; en este caso, en todos los componentes del modelo integral de atención en salud; así como la construcción conjunta y el diálogo de saberes con grupos poblacionales que se diferencian por razones étnicas y culturales”</i> (Documento nacional lineamientos de incorporación del enfoque intercultural en la formación del talento humano en salud de 2017).	La interculturalidad se establece como un puente entre lo propio y lo externo, que conlleva al reconocimiento de la diversidad, integración y apropiación selectiva; es decir, es la articulación de la cosmovisión de las personas en torno al cuidado de la salud con los conocimientos adquiridos en la formación académica de los estudiantes. Busca la preservación cultural y el respeto a la autonomía de las personas al momento de brindar el cuidado en enfermería. Aquí la comunicación es un eje fundamental para establecer una relación con el otro, que no se limita al lenguaje. Se requiere una formación que incluya otras visiones de salud que permitan apertura a las percepciones y expectativas del otro. Así, se demanda la articulación de la universidad y el contexto: <i>“Articular ambas culturas de manera que se logre el mayor beneficio para la población sin tener que llegar a choques culturales sino a un acuerdo”</i> (Estudiante de Enfermería 4, intervención en grupo focal, 15 de noviembre de 2017).	de Enfermería 2, diario de campo, 29 de septiembre de 2017). La interculturalidad desde el currículo se reduce al desarrollo de competencias en la relación y reconocimiento del otro diverso, como una estrategia de inclusión cuyo propósito de formación se construye para el contexto y no desde el contexto, continuando con la asimetría de las relaciones entre la universidad y el contexto de práctica, como aquellas propias del acto de cuidado. Se demanda trascender hacia una construcción de interculturalidad que considere a los seres humanos con miradas distintas del cuidado de la salud, y contribuya a la transformación de la bioética en la práctica formativa, a través de la escucha y contacto temprano en espacios de práctica comunitarios concertados. Así, las experiencias de aprendizaje que se generan en la práctica en contextos de diversidad cultural, amplían la concepción de cuidado y posibilitan indagar sobre la manera en la que otros entienden el mundo, lo que influye en su rol profesional: <i>“No es el lenguaje la barrera, también es la actitud de los profesionales de salud en la atención, en la forma del saludo, no los miran o no responden”</i> (Profesional 6 del Hospital Mama Dominga, intervención en grupo focal, 10 de noviembre de 2017).	Relaciones donde no es el lenguaje la barrera, es la actitud.
Visión del cuidado en enfermería para transformar la bioética en las prácticas formativas en un contexto intercultural.	Se requiere de formación ontológica que reconozca el carácter holístico e irreductible del ser. Se debe promover el pensamiento crítico para realizar un cuidado contextualizado y transformador, un cuidado responsable: <i>“El cuidado de salud propia e intercultural hace referencia a las acciones en salud propia y complementaria que se realizan con las personas, las familias, la comunidad y con el territorio, que tiendan a promover y proteger la salud, y a prevenir y tratar la enfermedad con el propósito de promover, recuperar y</i>	El cuidado como esencia de la enfermería requiere considerar más que lo físico de la persona, lo emocional, la escucha y la preocupación. Por tanto, el rol del profesional de enfermería necesita ir más allá de la enfermedad en un contexto que trasciende de la asistencia para considerar lo comunitario. Esto con el fin de procurar un cuidado integral, incluyendo aspectos metafísicos, lo que permite considerar a las personas como seres humanos diversos y su salud como producto de su interacción armónica con el territorio: <i>“Para mi salud es armonía; es decir, equilibrio entre lo físico, entro lo emocional, lo psicológico, lo cultural porque a veces se choca y eso lo afecta a</i>	La visión epistémica y ontológica de cuidado que orienta la formación bioética no es explícita en los documentos institucionales. Desde la voz de los actores se infiere una visión de mundo de reciprocidad que no solo reclama la orientación ontológica en el terreno racional, sino de las experiencias de aprendizaje en la práctica formativa. De esta manera, se propende por una relación dialógica del reconocimiento del otro, de su saber y su responsabilidad en torno al cuidado de la salud, en la búsqueda de denominadores comunes: <i>“Considero importante el buen trato y amabilidad, así usted no entienda [...] Si usted desea aprender, se puede aprender, pero con su amabilidad es suficiente”</i> (Sujeto de cuidado 9,	Cuidado del nosotros, pensando en el otro como un mismo.

Cultura de los Cuidados

mantener la armonía y el equilibrio” (Documento nacional lineamientos de incorporación del enfoque intercultural en la formación del talento humano en salud de 2017).

uno; o sea como en todas las dimensiones que uno se puede desarrollar” (Estudiante de Enfermería 2, intervención en grupo focal, 15 de noviembre de 2017).

entrevista personal, 4 de noviembre de 2017). “¡Mirarlos como personas! [refiriéndose a los sujetos de cuidado], no como un paciente que necesita algo y ya no más, sino mirar además su entorno” (Estudiante de Enfermería 2, intervención en grupo focal, 15 de noviembre de 2017).

Fuente: elaboración propia.



Fuente: CC BY-NC-SA 2.0 license. <https://search.creativecommons.org/photos/eb238ec4-f93e-4950-a4bf-e48bd42a990b>

Enfermería en unidad de internación psiquiátrica

Nursing in the psychiatric hospitalization unit

Enfermagem em unidade de internação psiquiátrica

Renata Marques de Oliveira¹; Antonio Carlos Siqueira Júnior²; Antonia Regina Ferreira Furegato³

¹ Enfermeira. Mestre em Ciências e Doutoranda do Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP-USP). renatamarques@usp.br

² Enfermeiro. Doutor em Enfermagem Psiquiátrica. Docente da Faculdade de Medicina de Marília (Famema). acsj@famema.br

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular Sênior do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP-USP)

Como citar este artículo en edición digital: Oliveira, R. M., Siqueira Júnior, A. C., Furegato, A. R. F. (2020). Enfermería en unidad de internación psiquiátrica. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 24 (57) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.17>

Correspondência: Antonia Regina Ferreira Furegato. Avenida dos Bandeirantes, 3900. CEP 14040-902 Ribeirão Preto (SP)
Correo electrónico: furegato@eerp.usp.br

Recibido: 08/10/2019

Aceptado: 03/01/2020



RESUMEN

Objetivos: Identificar la opinión de los trabajadores de enfermería y los portadores de trastornos mentales sobre la asistencia de la enfermería en el servicio de internación psiquiátrica. Método: Estudio exploratorio con 27 pacientes, 10 asistentes de enfermería y seis enfermeros de una unidad de internación psiquiátrica de hospital general. Encuestas individuales basadas en cuestiones norteadoras. Análisis de contenido temático. Resultados: Pacientes: mujeres (66,7%); promedio de

41,9 años; primera internación (44%). Profesionales: mujeres (68,8%); graduados hace 9,8 años. La enfermería enfrenta dificultades relacionadas a los pacientes (alucinaciones/delirios, niños, aislamiento, riesgo de suicidio, síntomas maniacos) y la rutina de trabajo (actividades burocráticas, omisión delante de conductas inadecuadas de los colegas, número insuficiente de profesionales, organización vertical del trabajo en equipo. Conclusión: Además de la evolución de la reforma psiquiátrica y de los avances profesionales, la enfermería todavía afronta dificultades en el cuidado a pacientes

internados. Identificarlas, ayuda a reflexionar sobre esta práctica profesional y su perfeccionamiento.

Palabras Clave: Atención de enfermería, servicio de psiquiatria en hospital, enfermería psiquiátrica.

ABSTRACT

Aim: Identify the opinion of nursing professionals and mental health patients about the nursing care in the service of psychiatric hospitalization. **Methods:** Exploratory study with 27 patients, 10 nursing assistants and 6 nurses from a psychiatric hospitalization unit of a general hospital. Individual interviews based on guiding questions. **Thematic content analysis.** **Results:** Patients: women (66,7%); mean age 41,9 years old; first hospitalization (44%). **Professionals:** women (68,8%); graduated for 9,8 years. The nursing faces difficulties related to patients (hallucinations/deliria, children, isolation, suicide risk, mania symptoms) and work routine (bureaucratic activities, omission before misconduct of colleagues, insufficient number of professionals, vertical organization of teamwork). **Conclusion:** Despite the evolution in the psychiatric reform and the professional advancement, the nursing still faces difficulties in the care of hospitalized patients. Identifying them helps to reflect about this professional practice and its improvement.

Keywords: Nursing care, psychiatric department hospital, psychiatric nursing.

RESUMO

Objetivo: Conhecer a opinião de trabalhadores da enfermagem e portadores de transtornos mentais sobre a assistência de enfermagem em unidade de internação psiquiátrica. **Método:** Estudo exploratório com 27/84 pacientes, 10/14 auxiliares de enfermagem e 6/6 enfermeiros de uma unidade psiquiátrica de hospital geral. **Entrevistas individuais baseadas em questões norteadoras. Análise temática de conteúdo.** **Resultados:** Pacientes: mulheres (66,7%); média etária 41,9 anos; primeira internação (44%). **Profissionais:** 68,8% mulheres, em média, formados há 9,8 anos. A enfermagem enfrenta dificuldades

relacionadas aos pacientes (alucinações/delírios, crianças, isolamento, risco de suicídio, sintomas maníacos) e à rotina de trabalho (burocracia, omissão perante condutas inadequadas dos colegas, número insuficiente de profissionais, organização vertical do trabalho em equipe). **Conclusão:** Apesar da evolução da reforma psiquiátrica e dos avanços profissionais, a enfermagem ainda enfrenta dificuldades no cuidado aos pacientes internados. Identificá-las, ajuda a refletir e aprimorar a prática profissional.

Palavras chave: Cuidados de enfermagem, unidade hospitalar de psiquiatria, enfermagem psiquiátrica

INTRODUÇÃO

A enfermagem psiquiátrica é uma especialidade que busca atender as necessidades de saúde dos portadores de transtornos mentais, baseada nos conhecimentos das ciências humanas, biológicas e sociais. Por estar pautada nos princípios das relações interpessoais, além do conhecimento técnico-científico, espera-se que o enfermeiro tenha habilidades de autoconhecimento e capacidade de reflexão. O enfermeiro atua numa linha tênue entre o pessoal e o profissional, portanto, precisa estar apto a utilizar as características de sua personalidade a favor do cuidado (Elder, Evans, & Nizette, 2012). O trabalho do profissional de enfermagem psiquiátrica é desafiador, especialmente para aqueles que trabalham em unidades de internação, uma vez que o paciente em surto psiquiátrico requer competência, bem como aceitação, atenção e paciência (Zarea, Nikbakht-Nasrabadi, Abbaszadeh, Mohammadpour, 2013).

A atuação do profissional de enfermagem em psiquiatria pode ser estressante, com prejuízos para sua saúde física e mental, aumentar o absenteísmo laboral e comprometer a qualidade do cuidado, afastando o pessoal dos pacientes como forma de autoproteção (Elder et al., 2012). Apesar das dificuldades, a enfermagem, que permanece 24 horas por dia ao lado do paciente internado, tem evidenciado o quanto é imprescindível o cuidado de qualidade que implementa junto aos outros membros das equipes de saúde (Hercelinskyj, Cruickshank, Brown, Phillips, 2014; Zarea et al., 2013).

Além das especificidades próprias da enfermagem como profissão, há que se considerar os avanços na concepção de saúde e doença mental e suas práticas humanizadas, focalizadas na desinstitucionalização do portador de transtorno mental, sua reinserção social e incentivo a sua autonomia (Costa-Rosa, 2013).

Neste contexto, destaca-se a necessidade de investigar se a enfermagem vivencia algum tipo de dificuldade ao implementar o cuidado aos pacientes em internação psiquiátrica.

Objetivo deste estudo: conhecer a opinião de trabalhadores da enfermagem e de portadores de transtornos mentais sobre a assistência de enfermagem a pacientes internados em unidade psiquiátrica de hospital geral.

MÉTODO

Estudo exploratório com amostra de 43 sujeitos (27 pacientes, 10 auxiliares de enfermagem e seis enfermeiros) de unidade psiquiátrica de hospital geral do estado de São Paulo, Brasil, com 18 leitos para internação, selecionada segundo os critérios: Pacientes – estarem internados no período da coleta dos dados, ≥ 18 anos; aceitarem participar voluntariamente. Profissionais – ser membro da equipe deste serviço e aceitar participar. Critérios de exclusão para pacientes - retardo mental e impossibilidade de comunicação. Estudo aprovado por Comitê de Ética (Famema nº 500/11). Os sujeitos assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Coleta e análise dos dados: Realizadas entrevistas individuais em consultório da unidade psiquiátrica, baseadas nas questões norteadoras: 1) Como você percebe o cuidado de enfermagem neste serviço? 2) Quais as dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem? As entrevistas, com duração média de 60 minutos, foram gravadas e transcritas. Análise temática de conteúdo.

RESULTADOS

Durante o período da coleta dos dados, houve 84 internações psiquiátricas na unidade. Desse total, 57 pacientes foram excluídos por: recusas (n= 12), impossibilidade de comunicação (n= 10),

menores de 18 anos (n= 15), retardo mental (n= 3), transferência ou alta hospitalar antes do primeiro contato com os pesquisadores (n= 16), reinternação (n= 1).

Principais características dos pacientes: sexo feminino (66,7%); média etária de 41,9 anos; transtornos esquizofrênicos (48,1%); primeira internação psiquiátrica (44%); tempo médio da internação atual de 17,8 dias.

Dos 20 profissionais de enfermagem que atuavam neste serviço, durante o período da coleta dos dados, quatro auxiliares de enfermagem recusaram-se a participar. A amostra de 16 profissionais (seis enfermeiros e 10 auxiliares de enfermagem) tem as seguintes características: sexo feminino (68,8%) com média etária de 35,7 anos; formados há 9,8 anos em média; tempo médio em que trabalham na unidade psiquiátrica de 33,7 meses; nunca haviam trabalhado em psiquiatria (62,5%).

Análise temática

Após leitura dos registros, identificaram-se duas categorias temáticas: 1) Perfil dos pacientes considerados difíceis e 2) Dificuldades com a rotina de trabalho. Para garantir o anonimato dos sujeitos, as falas dos enfermeiros são identificados com a letra “E”, dos auxiliares com a letra “A” e dos pacientes com a letra “P”.

1) Perfil dos pacientes considerados difíceis.

Todos os profissionais de enfermagem e a maioria dos pacientes acreditam que o risco de suicídio seja uma das principais dificuldades, durante a

internação psiquiátrica, pois requer atenção constante.

Requer muita atenção e observação constante. Até com um lençol ele pensa em se enforçar (E5). Quando vejo que o paciente tem ideação [suicida], fico focado nele. É uma tensão à noite, a gente põe cadeira no corredor. Paciente levanta? A gente vai até o quarto ver o que está fazendo. Vai ao banheiro? A gente fica esperando sair. De uma em uma hora passa as rondas nos quartos (E9). É perigoso. Se ele [paciente] está com ideia de suicídio... Qualquer coisa que for de furar, de machucar... Até sacolinha plástica eles tiram da gente (P2). Como vai deixar esse paciente sozinho? (P8).

Quatro profissionais contaram que se sentem frustrados, desanimados e impotentes perante o risco e a consumação do suicídio. Os pacientes confirmam o sentimento de impotência dos profissionais ao dizerem que não há o que fazer por essas pessoas. Um enfermeiro destacou a importância de a equipe estar preparada para lidar com as tentativas de suicídio visto que os pacientes sabem em qual plantão podem realizar as tentativas.

Teve um paciente que morreu com essa ideia. Isso frustra. Tomo o máximo de cuidado. O paciente dormiu a noite inteira? Quando chego, vou direto nele. Abro a porta, vejo se está respirando.(A2) Por mais que a gente se disponha, ele não quer. Isso desanima, torna o processo terapêutico mais pesado, dificulta o caminhar (E6). Paciente depressivo se suicida mesmo. Ninguém pode

fazer nada. Não é remédio que vai dar conta, não é psicólogo, não é ninguém. (A8) Você quer ajudar e a pessoa não quer ser ajudada. De tudo o que a gente já falou, esse é o paciente mais difícil. (P3) Eles sabem em qual plantão podem tentar [suicídio]. Conhecem a rotina. Comprei uma lanterna pra entrar nos quartos à noite. (E15)

A internação de crianças no mesmo espaço que os adultos foi reconhecida como dificuldade pela maioria dos profissionais. Eles não acreditam que seja terapêutico, pois interfere tanto no tratamento dos adultos quanto no delas. Vinte e quatro pacientes são contra a internação de crianças na unidade psiquiátrica. Alguns afirmam que isto interfere na sua recuperação.

Acho perigoso e até agressivo colocar crianças junto com adultos que têm delírios e alucinações. A gente está assumindo uma responsabilidade que não sabe qual impacto vai ter. Não vejo como terapêutico. (E6) O adulto não tem paciência nem com os próprios familiares, aí vem a criança que vai gritar e isso estressa. Ou ficam sensibilizados e interferem. Não é terapêutico criança com adulto. (A7) Dói muito, principalmente para quem tem filhos. Ela [criança internada] fica chorosa, você quer fazer alguma coisa por ela e não pode. Ontem ela chutou a enfermeira. Todo mundo fica angustiada porque escuta chorar, gritar. Você já vem angustiada e isso só aumenta. Fica todo mundo atrapalhado. (P13)

Pacientes bipolares, na fase maníaca, foram mencionados pela maioria dos profissionais e dos pacientes como difíceis de lidar. Seis profissionais disseram que os bipolares requerem paciência, devido às oscilações do humor, ao comportamento de onipotência e à verborragia. Oito profissionais contaram que o bipolar na fase maníaca altera o humor das pessoas, deixando tanto os pacientes quanto os profissionais irritados.

O bipolar? É difícil, hein! Eu lembro da E. [paciente]. Eu precisava contar até 10 porque ela não parava de conversar! É o paciente mais difícil. Ao mesmo tempo que ele te ama, ele te odeia. Precisa ter muita calma senão eles surtam de vez. (A13) Ele vai desgastar você. Ele exige, manda. Tudo ele pode. (A14) É um dos pacientes mais difíceis de lidar. Você não sabe a hora que o humor vai mudar, não é previsível. (P13) O bipolar na fase maníaca altera a enfermaria porque mexe com os outros. Agita a enfermaria inteira, o humor das pessoas muda! Acaba deixando os pacientes irritados e ele fica mais irritado ainda (A6)

Dois enfermeiros e um paciente mencionam a importância do profissional de enfermagem manter a calma para lidar com o bipolar. Quando os profissionais estão agitados, agitam os pacientes. Reconhecem que abordar o bipolar com tranquilidade é decisivo (os profissionais se revezam para dar atenção ao bipolar na fase maníaca), porém admitem que em alguns momentos é

Cultura de los Cuidados

imprescindível a intervenção medicamentosa.

Eu percebo que quando algum membro da equipe chega eufórico, os pacientes respondem com euforia. Tento me colocar de uma maneira mais paciente, mais tranquila para ver se eles respondem desta forma. (E6) O bipolar exige muito! Às vezes o W. [auxiliar de enfermagem] está lá [conversando], eu vejo que ele está cansado. Eu vou lá escutar um pouquinho, depois o outro vai. A gente reveza. Quando a gente vê que não está aguentando, pede ajuda para o médico: Doutor, vamos fazer uma contenção química? (E15)

Precisa de alguém muito calmo perto dele. Se você pega um enfermeiro destrambelhado, agitado, você fica pior. (P20)

Um enfermeiro expressou sua dificuldade em cuidar do bipolar, pois não consegue aceitar esses comportamentos como sintomas de um transtorno.

Tenho dificuldade de cuidar do bipolar porque ele se esquia do cuidado por se sentir bem na fase maníaca. Não consigo ver como um sintoma. Se ele não quer o cuidado, a gente não precisa cuidar, entendeu? É mais fácil trabalhar com a dor do que com a alegria. (E6)

A maioria dos profissionais referiu-se ao desafio de cuidar dos pacientes com transtornos alimentares. Quatro profissionais comentaram que esses pacientes criam atrito entre os membros da equipe com a finalidade de tirar o foco de si e poder provocar o vômito.

Enquanto não consegue colocar um da equipe contra o outro, ele não está satisfeito.

Um dia eu fui embora achando que estava louca: 'Menina, onde está o seu frango que estava aí? Eu vi, você não comeu'. Elas se unem para colocar um contra o outro. Isso acontece aqui e na família. É uma forma de manipularem a equipe para tirar a atenção e poder provocar vômito, esconder a alimentação (A2).

Mais da metade dos pacientes pensam diferente dos profissionais de enfermagem sobre os pacientes com transtorno alimentar. Não concordam que seja difícil cuidar deles, uma vez que não reconhecem o transtorno alimentar como um transtorno mental.

Ah, essas meninas com essas frescuras? Não é difícil porque a única coisa que elas fazem é comer e jogar fora. (P3) Não é difícil porque a pessoa já é grande, ela sabe que tem que comer. Se ele tem aquela doença é porque ele quis aquilo para ela. (P11)

Pacientes que se isolam são considerados difíceis por 12 profissionais e 18 pacientes. Como os demais pacientes são mais solicitantes, aqueles que se isolam recebem apenas os cuidados básicos (alimentação, higiene e medicação).

Os outros são muito solicitantes, aí aquele que fica lá no cantinho, a gente acaba esquecendo. A gente lembra na hora do banho, do remédio, da comida. Conversar é mais difícil porque os outros pacientes não dão espaço. (A1) Ninguém aborda esses pacientes. É comodismo. Está deitado, dormindo, não vai te dar trabalho, não vai

questionar, não vai tumultuar, então deixa dormir. (A12) Falta chegar um pouco nesses pacientes. (P19)

A maioria dos profissionais de enfermagem e dos pacientes reconhece as dificuldades do cuidado aos pacientes que apresentam delírios e alucinações. Onze profissionais abordam esses pacientes com o diálogo, tirando o foco do sintoma. Alguns expressaram o conflito entre trazer o paciente para a realidade ou reforçar o sintoma.

Não sei se você entra no mundo deles ou se vai contra. Eu tento trazê-lo para a realidade: Isso não tem, é da sua doença. Levo no lugar e mostro que não tem nada. (A7) Trazer para a realidade é também perguntar que dia é hoje, como está o dia, pedir para ele falar da família. (A10) Eu nunca deixo sozinho. Sempre procuro tirá-lo do quarto e fazer alguma atividade para tirar o foco. (E16)

Sete pacientes relataram que muitos profissionais têm dificuldade para compreender suas alucinações. Veja a fala de dois deles:

Você ouve vozes e não sabe explicar para o médico, aí ele tem dificuldade de entender. Eles perguntam que vozes estou ouvindo, mas nem eu sei que vozes estou ouvindo. (P9) Você está lidando com uma coisa que você não está vendo. É fácil lidar comigo se eu estiver convulsionando e você sabe exatamente a atitude deve tomar. Se eu tiver tendo alucinação, vai ser extremamente difícil. (P13)

Dois profissionais se preocupam em como os pacientes se sentem quando apresentam os delírios e as alucinações. Em contrapartida, dois pacientes comentaram que não gostam quando os profissionais dizem que as alucinações não são reais.

Escrever que o paciente tem um sintoma psicótico é pouco perto da angústia que isso pode causar. Como ele se sentiu vendo isso e sabendo que as pessoas não estão acreditando no que ele está descrevendo? (E6) Não tem como você entrar na cabeça da pessoa e ver o que ela está vendo, sentir o que ela está sentindo. Eles só perguntam: 'F., está ouvindo vozes?' Se você fala que sim, eles falam que você vai ficar mais tempo internado. (P21)

2) Dificuldades com a rotina de trabalho.

Uma das principais dificuldades em relação à rotina de trabalho diz respeito ao número reduzido de funcionários e à carência de funcionários do sexo masculino para auxiliar na contenção de pacientes agressivos. Cinco profissionais e quatro pacientes acreditam que o número de funcionários deveria ser maior.

Pela falta de funcionários, [o cuidado] fica a desejar. Eu tento fazer o máximo, mas tem vez que não dá. Se tivesse mais [funcionários], o cuidado seria mais adequado. (E9) A gente corre risco de sofrer agressão. O ideal seria sempre ter um funcionário homem e a quantidade necessária de funcionários. Uma mulher não consegue segurar. (E16) Se aumentasse

Cultura de los Cuidados

o número de funcionários, aumentaria a atenção. (P15)

Três enfermeiros queixaram-se de que as atividades burocráticas requerem muito tempo, distanciando-os dos pacientes. Ao queixar-se da falta de tempo, um dos enfermeiros disse que o registro diário da evolução do paciente ocupa o tempo. Ele entende a sistematização das ações de enfermagem como burocracia e não como parte do cuidado.

A rotina de trabalho toma muito tempo que poderia ser utilizado com o paciente, interagindo com ele nas atividades, vendo as dificuldades para poder agir. A gente sente a pressão porque em seis horas tem que dar conta de muita coisa. A gente precisa evoluir os pacientes todo dia. A gente tem que fazer o exame do estado mental diário, essas coisas todas sequestram um pouco do cuidado. Nem sempre a gente pode atender todas as necessidades do paciente. (E6)

Seis profissionais comentaram que enfrentam dificuldades com os colegas da equipe de enfermagem. Em alguns momentos deixam de fazer o que acreditam ser o correto para evitar conflitos.

Meus colegas poderiam ter mais postura, mais disciplina. Acabo entrando na deles para não ser chata. (A2) Eu acolho muito os funcionários. Eu deveria ter um pouco mais de firmeza. Muitas vezes eu faço para não delegar. Para não me indispor, eu acabo fazendo. (E5) Tem coisas que deveria falar e não falo, deveria questionar e não questiono. Já teve situação de conter o paciente e eu achar que não precisava.

Como a equipe decidiu conter, acabei não opinando. Tem várias situações que a gente não se mete para não criar conflito. (A12)

Na opinião de quatro profissionais, a enfermagem tem pouca voz diante das decisões da equipe multidisciplinar.

Falta voz para a gente, os que estão acima falam mais alto. Nossa opinião não vale muito. (A3) Meu trabalho como enfermeiro é limitado. Gostaria de conquistar uma autonomia maior perante os outros membros da equipe. Os auxiliares [de enfermagem] temem os médicos. (E6) Primeiro é o médico, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisio, fono e o auxiliar de enfermagem está lá embaixo. O pessoal esquece que quem está o tempo todo com os pacientes são os auxiliares. A gente não tem voz. (A7)

Quatro profissionais queixaram-se das regras deste serviço, pois acreditam que elas não visam ao bem-estar do paciente, mas a conveniência da equipe, inibindo ações da enfermagem.

A televisão tem hora para desligar, tem hora para ligar. Não pode isso, não pode aquilo. O paciente não pode por a mão na TV. Tem cabimento? (A1) Sempre tem uma barreira, você quer fazer, mas não pode porque tem uma regra que é maior. Agora só a terapeuta ocupacional pode dar atividade para eles. Eles (pacientes) acabam cobrando a gente (A3)

DISCUSSÃO

As falas dos sujeitos deste estudo revelaram dois tipos de dificuldades, as referentes ao perfil dos pacientes e à rotina de trabalho neste tipo de serviço.

A principal dificuldade mencionada foi o risco de suicídio, o que é compreensível, considerando-se que alguns meses antes do início da coleta dos dados um paciente havia se suicidado na unidade. Inclusive, os auxiliares de enfermagem que se recusaram a participar do estudo estavam no plantão em que ocorreu esse episódio.

Na opinião dos profissionais, o risco de suicídio é frequente e requer atenção constante, mesmo com objetos de uso rotineiro que aparentemente não representam riscos.

De acordo com pesquisa realizada a partir de dados da Agência Nacional de Segurança dos Pacientes do Reino Unido (Bowers, Dack, Gul, Thomas, & James, 2011), as tentativas de suicídio na internação psiquiátrica ocorrem principalmente em mulheres (70%), o método mais tentado é o enforcamento (82,4%) e os objetos mais utilizados são peças do vestuário (40,6%), sacolas plásticas (7%), roupas de cama (6,6%), cabos elétricos (4,9%) e medicamentos (2,9%). As falas dos profissionais de enfermagem destacam a observação no cuidado aos pacientes com risco de suicídio. Foram utilizados os termos “observação constante” e “rondas”. Nenhum profissional mencionou a importância do diálogo com esses pacientes. Semelhantemente, um estudo australiano

com enfermeiros psiquiátricos (n=11) e pacientes (n=9) que passaram recentemente por crise suicida revelou que os profissionais priorizam a segurança desses sujeitos, o cuidado físico e o tratamento dos sintomas psiquiátricos, com pouca atenção ao relacionamento terapêutico (Lees, Procter, & Fassett, 2014).

No plantão noturno, a atenção ao risco de suicídio precisa ser maior. Tanto os profissionais quanto os pacientes reconhecem o sentimento de frustração, desânimo e impotência perante esses pacientes. Estudo com 531 enfermeiros psiquiátricos, no Japão, constatou que 55% encontraram pacientes mortos em seu plantão em decorrência de suicídio. Um quarto desses profissionais constatou que o paciente havia se suicidado de madrugada. Aproximadamente, 14% desses profissionais apresentaram risco para transtorno do estresse pós-traumático (Takahashi et al., 2011).

Estudiosos destacam algumas ações para prevenir o suicídio durante a internação psiquiátrica: 1) questionar sobre ideação suicida e controle de impulsos; 2) transmitir carinho e preocupação; 3) na admissão, retirar objetos que representem risco; 4) alocar os pacientes com risco de suicídio próximo ao posto de enfermagem, aumentando a observação; 5) ficar atento ao isolamento ou demora no banheiro; 6) responder imediatamente a barulhos incomuns na unidade; 7) certificar-se de que o paciente está ingerindo os medicamentos;

8) não diminuir a cautela quando o paciente parecer se recuperar do quadro depressivo ou apresentar subitamente aumento da tranquilidade, pois é principalmente neste momento que encontram forças para colocar em prática o que vinham idealizando (Bowers et al., 2011).

Quase todos os profissionais e os pacientes entendem que a internação de crianças junto com adultos, neste tipo de serviço, não é terapêutica, pois interfere no tratamento de ambos. Os pacientes ficam sensibilizados com as internações infantis e nervosos com a agitação que elas geram na unidade. Além disso, os profissionais de enfermagem sentem que não têm controle sobre impacto dessa experiência na vida das crianças. Internações infantis reavivam sentimentos de impotência e culpa (Blegen, Eriksson, & Bondas, 2014).

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, em acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), esclarece que é proibido internar criança junto com adultos porque fica exposta a conflitos e a episódios de violência (Conselho Federal de Enfermagem [COFEN], 2011).

Os bipolares, na fase maníaca, foram destacados como uma das principais dificuldades, pois requerem total atenção e paciência dos profissionais. As dificuldades podem ser explicadas a partir dos sintomas maníacos e do risco de suicídio. Estima-se que um quarto dos suicídios é cometido por bipolares (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Metade dos profissionais de enfermagem relatou que o bipolar, na fase maníaca, altera tanto o humor dos profissionais quanto dos pacientes. Os funcionários e os pacientes costumam falar mais alto do que o habitual e se irritarem com mais facilidade. Diante disso, os sujeitos reconhecem a importância de abordar o bipolar com tranquilidade, pois quando o profissional não consegue controlar suas respostas emocionais, os pacientes ficam mais agitados.

Diversas situações vivenciadas pelo enfermeiro psiquiátrico no cotidiano do seu trabalho podem alterar seu humor, prejudicando sua relação com os pacientes. Estudo com enfermeiros de unidades de internação psiquiátrica dos Estados Unidos revelou que muitos deles têm dificuldade em controlar suas emoções, diante de situações conflituosas (Doas, 2013).

Um enfermeiro disse que tem dificuldade em enxergar o bipolar maníaco como um paciente que requer cuidados. De fato, no DSM-V esclarece-se que por esses pacientes não aceitarem que estão doentes, são resistentes à abordagem terapêutica (American Psychiatric Association [APA], 2014). Pesquisa com 10 bipolares do Reino Unido, há pelo menos três meses sem medicamentos, revelou que eles atribuem a elevação do humor à característica de sua personalidade e não como o sintoma de transtorno mental (Cappleman, Smith, & Lobban, 2015).

Por outro lado, os pacientes isolados acabam recebendo apenas cuidados básicos

(alimentação, higiene e medicação). São considerados menos difíceis porque não dão trabalho. Estudo com 130 enfermeiros de hospital psiquiátrico da Jordânia revelou que muitos não tinham tempo de abordar aqueles pacientes que não causam problemas (Hamaideh, 2014).

Os profissionais contaram que os pacientes com transtornos alimentares criam atrito entre os membros da equipe como forma de desviar a atenção dos profissionais para que possam induzir o vômito. De modo semelhante, um estudo com profissionais de saúde mental (n= 12) de uma unidade de internação do Reino Unido revelou que eles percebem que os pacientes com transtornos alimentares são difíceis de lidar devido à ambivalência em relação ao tratamento e à geração de conflitos entre os profissionais (Davey, Arcelus, & Munir, 2014).

Três quartos dos profissionais de enfermagem considera difícil lidar com delírios e alucinações dos pacientes em surto. Abordam os pacientes por meio do diálogo, procurando tirar o foco do sintoma.

A retirada do foco dos sintomas foi encontrada num estudo norueguês. Procuram se envolver em atividades (arrumar a casa, caminhar, ligar o rádio) que tirem a atenção das alucinações (Kalhovde, Elstad, & Talseth, 2014). Os enfermeiros são orientados a instruírem os pacientes a conversar com outras pessoas quando apresentarem alucinações, ouvir música, assistir televisão e ajudar as pessoas

(Bucher, Trygstad, Buffum, Birmingham, & Dowling, 2013).

Os pacientes deste estudo percebem que os profissionais têm dificuldade em compreender as alucinações porque é algo subjetivo. O estudo norueguês revelou que alguns pacientes omitem a ocorrência das alucinações por temerem não ser compreendidos

(Kalhovde et al., 2014). Em relação à rotina de trabalho na unidade, destaca-se a falta de profissionais de enfermagem, especialmente os do sexo masculino para ajudarem a conter os pacientes agressivos. Além, disso, os enfermeiros queixaram-se das atividades burocráticas, pois ocupam o tempo que poderia ser utilizado para interagirem com os pacientes. Pesquisa com 11 enfermeiros australianos de um serviço de saúde mental revelou que eles se frustram por não conseguirem atender as necessidades dos pacientes devido à sobrecarga administrativa (Hercelinskyj et al., 2014). Acredita-se que as atividades burocráticas limitam o papel do enfermeiro

Um enfermeiro, da amostra do presente estudo, apresenta visão equivocada sobre a sistematização da assistência de enfermagem. Para ele, a sistematização é apenas burocracia e não faz parte do cuidado. Isso indica despreparo, pois o Conselho Federal de Enfermagem instituiu o processo de enfermagem como instrumento metodológico capaz de contribuir para o planejamento e implementação de cuidado de melhor qualidade, aumentando a

visibilidade da profissão, sua autonomia e reconhecimento (Conselho Federal de Enfermagem [COFEN], 2009).

Um quarto dos profissionais percebe que a opinião da equipe de enfermagem não é valorizada, prevalecendo a hegemonia médica. Os auxiliares de enfermagem se sentem desvalorizados e temem a figura do médico. Estudo brasileiro com 21 enfermeiros de CAPS identificou que 28,6% acreditam que os demais profissionais não reconhecem a importância do papel da enfermagem (Silva et al., 2013). O estudo realizado com os enfermeiros australianos mostrou que eles também vivenciam conflitos de identidade profissional (Hercelinskyj et al., 2014).

Há evidências de que a autonomia do profissional diminui o desgaste emocional e aumenta a satisfação com o trabalho (Madathil, Heck, Schuldberg, 2014). Alguns relataram que deixam de fazer o que acreditam ser correto tal como no estudo com os enfermeiros da Jordânia em que muitos se omitem diante de certas atitudes dos colegas (Hamaideh, 2014). Estudo americano indicou que conflitos entre os profissionais alteram o ambiente e as atitudes deles e dos pacientes (Kelly, Subica, Fulginiti, Brekke, & Novaco, 2014). Profissionais buscam a harmonia entre a equipe mesmo que a qualidade do cuidado seja sacrificada?

CONCLUSÃO

Apesar da evolução da reforma psiquiátrica e dos avanços profissionais, a enfermagem ainda enfrenta dificuldades no cuidado aos pacientes psiquiátricos internados neste tipo de serviço de saúde.

Em relação ao perfil dos pacientes, destacam-se o risco de suicídio, a internação de crianças junto com adultos, a fase maníaca do transtorno bipolar, pacientes que se isolam e aqueles que apresentam delírios e alucinações. Profissionais e pacientes discordam sobre os transtornos alimentares.

O distanciamento dos enfermeiros do cuidado direto devido às atividades burocráticas e insuficiência de profissionais na equipe de enfermagem, a organização vertical do trabalho, a desvalorização da enfermagem pela equipe multidisciplinar e a omissão de alguns profissionais perante condutas inadequadas de seus colegas de trabalho são apontadas como dificuldades relacionadas à rotina de trabalho que prejudicam a qualidade do cuidado. Este estudo revelou diferentes dificuldades que os profissionais de enfermagem enfrentam na unidade psiquiátrica. Dificuldades sempre irão existir. O importante é que o profissional de enfermagem se coloque diante delas de modo ativo, buscando recursos para superá-las a fim de melhorar o cuidado.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM 5*. Porto Alegre: ARTMED.
- Blegen, N.E., Eriksson, K., & Bondas, T. (2014). Through the depths and heights of darkness; mothers as patients in psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 852-860.
- Bowers, L., Dack, C., Gul, N., Thomas, B., & James, K. (2011). Learning from prevented suicide in psychiatric patient care: an analysis of data from the National Patient Safety Agency. *International Journal of Nursing Studies*, 48(12), 1459-1465.
- Bucheri, R.K., Trygstad, L.N., Buffum, M.D., Birmingham, P., & Dowling, G.A. (2013). Self-management of unpleasant auditory hallucinations. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 51(11), 26-34.
- Cappleman, R., Smith, I., & Lobban, F. (2015). Managing bipolar moods without medication: a qualitative investigation. *Journal of Affective Disorders*, 174, 241-249.
- Conselho Federal de Enfermagem. (2009). Resolução COFEN 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos e privados [Internet]. 2009 [cited 2015 Mar 7]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. (2011). Parecer n. 6769. Sobre a internação de menores de idade em hospital psiquiátrico [Internet]. 2011 [cited 2015 Mar 7]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br>
- Costa-Rosa, A. (2013). *Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva*. São Paulo: Unesp.
- Davey, A., Arcelus, J., & Munir, F. (2014). Work demands, social support, and job satisfaction in eating disorder inpatient settings: a qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(1), 60-68.
- Doas, M.D. (2013). What are the potential outcomes of integrating emotionally competent behaviours into the care of psychiatric patients? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nurses*, 20(5), 405-410.
- Elder, R., Evans, K., & Nizette, D. (2012). *Psychiatric and mental health nursing*. Australia: Mosby.
- Hamaideh, S.H. (2014). Moral distress and its correlates among mental health nurses in Jordan. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(1), 33-41.
- Hercelinskyj, G., Cruickshank, M., Brown, P., & Phillips, B. (2014). Perceptions from the front line: professional identity in mental health nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(1), 24-32.
- Kalhovde, A.M., Elstad, I., & Talseth, A.G. (2014). “Sometimes I walk and walk, hoping to get some peace.” Dealing with hearing voices and sounds nobody else hears. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9, 1-12.
- Kelly, E.L., Subica, A.M., Fulginiti, A., Brekke, J.S., & Novaco, R.W. (2015). A cross-sectional survey of factors related to inpatient assault of staff in a forensic psychiatric hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 71(5), 1110-1122.
- Lees, D., Procter, N., & Fassett, D. (2014). Therapeutic engagement between consumers in suicidal crisis and mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(4), 306-315.
- Madathil, R., Heck, N.C., & Schulberg, D. (2014). Burnout in psychiatric nursing: examining the interplay of autonomy, leadership style, and depressive symptoms.

Cultura de los Cuidados

Archives of Psychiatric Nursing, 28(3), 160-166.

Silva, N.S., Esperidião, E., Bezerra, A.L.Q., Cavalcante, A.C.G., Souza, A.C.S., & Silva, K.K.C. (2013). Percepção de enfermeiros sobre aspectos facilitadores e dificultadores de sua prática nos serviços de saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(5), 745-752.

Takahashi, C., Chida, F., Nakamura, H., Akasaka, H., Yagi, J., Koeda, A.,

Takusari, E., Otsuka, K., & Sakai, A. The impact of inpatient suicide on psychiatric nurses and their needs for support. *BMC Psychiatry*, 11(38).

Zarea, K., Nikbakht-Nasrabadi, A., Abbaszadeh, A., & Mohammadpour, A. (2013). Psychiatric nursing as 'different' care: experience of Iranian mental health nurses in inpatient psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(2), 124-133.



Fuente: Vigilancia por Esteban Vera. CC BY 2.0 license.<https://search.creativecommons.org/photos/2038f624-77f8-4095-af71-95cd9fa42bc3>

Atención terapéutica de agentes de pastoral de sobriedad para drogadictos

Therapeutic care of agents of sobriety pastoral care for drug addicts

Cuidados terapêuticos de agentes da pastoral da sobriedade junto a dependentes químicos

Ana Carla Ferreira Picalho¹, Vagner Ferreira do Nascimento², Ana Cláudia Pereira Terças-Trettel³, Juliana Benevenuto Reis⁴, Alisséia Guimarães Lemes⁵, Margarita Antonia Villar Luis⁶

¹Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT, Tangará da Serra, Mato Grosso/BR. E-mail: annnakkarlla@hotmail.com

²Enfermeiro. Doutor em Bioética. Professor Adjunto da Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT, Tangará da Serra, Mato Grosso/BR. Endereço: Rua Moreira Cabral N°475 Bairro Campinas CEP:78600-000 Cidade: Barra do Garças – MT, Brasil. E-mail: vagnerschon@hotmail.com

³Enfermeira. Doutora em Medicina Tropical. Professora Adjunta da Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT, Tangará da Serra, Mato Grosso/BR. E-mail: enfanacnp@gmail.com

⁴Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT, Tangará da Serra, Mato Grosso/BR. E-mail: ju.benevenuto@hotmail.com

⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Professora Assistente da Universidade Federal de Mato Grosso-UFMT, Barra do Garças, Mato Grosso/BR. E-mail: alisseia@hotmail.com

⁶Enfermeira. Livre docente. Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo- EERP/USP, Ribeirão Preto, São Paulo/BR. E-mail: margarit@eerp.usp.br

Cómo citar este artículo en edición digital: Picalho, A. C. F., Nascimento, V. F., Terças-Trettel, A. C. P., Reis, J. B., Lemes, A. G., & Luis, M. A. V. (2020). Atención terapéutica de agentes de pastoral de sobriedad para drogadictos. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 24 (57) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.18>

Correspondencia: Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT, Tangará da Serra, Mato Grosso/BR.
Correio electrónico de contacto: annnakkarlla@hotmail.com



Recibido: 15/11/2019

Aceptado: 01/03/2020

ABSTRACT

Objective: to know the therapeutic care of the agents of sobriety pastoral care with drug addicts. Method: exploratory research with a qualitative approach, conducted in a reference religious community in the state of Mato Grosso,

Brazil. Data collection was performed between february and july 2019 through semi-structured interviews. Data analysis was performed by Content Analysis under the light of the Consciousness Expansion Theory. Results: the care developed by pastoral care generates benefits that are not

restricted to dependents and codependents, but also to pastoral agents. However, there were some limitations of this care, associated with the number of pastoral agents, lack of partnerships with other entities and/or poor understanding of the agents in the 12-step program.

Conclusion: the importance of strengthening this care is highlighted, given the difficulty in reaching/assisting this vulnerable group in the community.

Keywords: Public health, substance-related disorders, self-help groups, therapeutics.

RESUMEN

Objetivo: conocer la atención terapéutica de los agentes de pastoral de sobriedad con drogadictos.

Método: investigación exploratoria con un enfoque cualitativo, realizada en una comunidad religiosa de referencia en el estado de Mato Grosso, Brasil. La recolección de datos se realizó entre febrero y julio de 2019 a través de entrevistas semiestructuradas. El análisis de los datos fue realizado por Content Analysis a la luz de la Consciousness Expansion Theory. Resultados: La atención desarrollada por la pastoral genera beneficios que no se limitan a los dependientes y codependientes, sino también a los agentes pastorales. Sin embargo, hubo algunas limitaciones de esta atención, asociadas con el número de agentes pastorales, la falta de alianzas con otras entidades y/o la poca comprensión de los agentes con respecto al programa de 12 pasos. Conclusión: Se destaca la importancia de fortalecer esta atención, dada la dificultad de llegar/ayudar a este grupo vulnerable en la comunidad.

Palabras clave: Salud pública, trastornos relacionados con sustancias, grupos de autoayuda, Terapéutica.

RESUMO

Objetivo: conhecer o cuidado terapêutico dos agentes da pastoral da sobriedade junto aos dependentes químicos. Método: pesquisa exploratória e com abordagem qualitativa, realizada em comunidade religiosa de referência do estado de Mato Grosso, Brasil. A coleta de dados foi realizada entre fevereiro e julho de

2019, mediante entrevista semiestructurada. A análise dos dados ocorreu pela Análise de Conteúdo sob a luz da Teoria de Expansão da Consciência. Resultados: o cuidado desenvolvido pela pastoral gera benefícios que não se restringem apenas aos dependentes e codependentes, mas também aos agentes da pastoral. Entretanto, percebeu-se algumas limitações desse cuidado, associadas ao número de agentes pastorais, ausência de parcerias com outras entidades e/ou pouca compreensão dos agentes frente ao programa dos 12 passos. Conclusão: evidencia-se a importância do fortalecimento desse cuidado, visto a dificuldade em alcançar/assistir esse grupo vulnerável na comunidade.

Palavras chave: Saúde pública, transtornos relacionados ao uso de substâncias, grupos de autoajuda, terapêutica.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) existem cerca de 27 milhões de pessoas com transtornos induzidos pelo uso e abuso de drogas, das quais mais de 400 mil morrem todos os anos. Além disso, o uso de drogas tem se apresentado como uma das causas de acidentes domésticos, de trânsito, abuso infantil, violência sexual e outros tipos de violência (Oms, 2016).

O alto consumo e uso cada vez mais precoce dessas substâncias trazem grandes impactos para a sociedade (Angrist, 2014), ocasionando quase sempre problemas em diversas esferas da vida humana. Esse panorama, nos últimos anos, vem motivando algumas iniciativas para o estabelecimento e criação de entidades voltadas ao cuidado de dependentes químicos, principalmente entidades com caráter religioso (Damacena *et al.*, 2017).

O diferencial da maioria dessas entidades religiosas em relação às demais é a proposta de ação pastoral, em que normalmente trabalha limites do indivíduo atendido e a espiritualidade que acompanha o processo terapêutico (Paula, Leone & Felix, 2014). Um exemplo de ação pastoral voltada à essa clientela é a Pastoral da Sobriedade, criada em 1998 no Brasil, por meio da Igreja Católica. Suas atividades se direcionam à prevenção e recuperação de vícios, manias e compulsões, a fim de responder à delicada questão do uso/abuso de drogas na sociedade (Ribeiro *et al.*, 2016).

Essas atividades estão ligadas a cinco linhas de ação, a prevenção; a intervenção junto a quem já experimentou a droga, mas ainda não se tornou dependente dela; a recuperação do dependente químico; a reinserção familiar e social do dependente em sobriedade e por fim, a atuação política, que é compreendido todas as formas de articulação e diálogo, em busca de transformação pessoal e comunitária (Cnbb, 2018; Targino, 2016).

Atualmente, no Brasil há 1.337 grupos da Pastoral da Sobriedade, sendo 42 no estado de Mato Grosso, distribuídos em 10 dioceses, desde pequenas a grandes paróquias (Cnbb, 2018). No entanto, apesar da presença dessa pastoral em grande parte do território brasileiro, ainda pouco se conhece sobre suas atividades na comunidade e isso também se estende na ausência de estudos científicos (Paula,

Leone & Felix, 2014), para além da natureza teológica e literatura cinzenta.

Esse provável desconhecimento traz prejuízos quanto a compreensão das ações desenvolvidas pela pastoral e restringe a possibilidade de construção de trabalho em rede, o que fortaleceria a atenção psicossocial, especialmente no acolhimento e complementariedade do cuidado terapêutico ao dependente químico. Dessa forma, essa investigação busca responder a seguinte questão norteadora: como o cuidado terapêutico dos agentes da pastoral da sobriedade com os dependentes químicos é desenvolvido? Respostas advindas desse questionamento poderão elucidar o cuidado pastoral, dando subsídios para novas práticas. Diante disso, o objetivo do estudo foi conhecer o cuidado terapêutico dos agentes da pastoral da sobriedade junto aos dependentes químicos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, seguindo a Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ). O estudo foi realizado entre fevereiro e julho de 2019, em um município do médio norte de Mato Grosso junto aos agentes da pastoral da sobriedade. Utilizou-se esta pastoral específica, por representar a maior e principal dessa natureza assistencial na região do estudo.

Os participantes foram selecionados mediante critérios de inclusão

e exclusão. Foram incluídos agentes da pastoral maiores de 18 anos e com tempo maior que seis meses na pastoral. Sendo excluídos padres, freis e outros líderes religiosos.

Inicialmente os agentes foram contatados pessoalmente na comunidade religiosa que frequentam, e mediante aceite em participar da pesquisa, após ciência e esclarecimentos, agendou-se a entrevista no ambiente que escolheram. As entrevistas foram individuais, audiogravadas e norteadas por um roteiro semiestruturado elaborado pelos próprios pesquisadores contendo questões objetivas (aspectos sociodemográficos) e questões subjetivas (aspectos sobre o desenvolvimento das atividades da pastoral junto aos dependentes químicos), com duração média de 40 minutos.

Durante o processo de coleta dos dados foi determinado o quantitativo total de participantes do estudo, com base na exaustividade das informações de interesse, tal como proposto pela saturação amostral.

O material empírico gerado nas entrevistas foi transcrito na íntegra, organizado com codificação alfanumérica, onde “P” representa participante e o número arábico que compõe o conjunto, determina a ordem das entrevistas. Para analisar o material, utilizou-se a análise de conteúdo à luz da Teoria de Margaret Newman que caracteriza a saúde como expansão da consciência, e possui por pressupostos básicos: a saúde como um padrão unitário e evolutivo do todo, tal qual os padrões de

doença; a consciência como a capacidade do todo revelada na evolução do padrão e, por fim, considera o padrão como o meio de identificação do ambiente humano (Newman, 2008). As linhas de análise partiram-se das fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados: inferência e interpretação. A partir disso, surgiram duas categorias: “Ação e organização da pastoral da sobriedade” e “Perspectivas de mudanças a partir dos cuidados realizados”.

Foram respeitados todos aspectos éticos em pesquisa, de acordo com a Resolução 466/12, iniciando o estudo somente após aprovação do Comitê de Ética da Universidade do Estado de Mato Grosso (CEP/UNEMAT) sob CAAE 81964017.4.0000.5166 e parecer 2.474.729. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 10 agentes da pastoral da sobriedade, sendo cinco mulheres e cinco homens, com faixa etária entre 49 a 63 anos. Predominou brancos, católicos, com ensino fundamental incompleto, casados, com renda familiar maior que três salários mínimos (R\$ 2.862,00), residindo em casa própria com filhos e companheiro(a). A maioria dos agentes já estiveram na condição de dependentes químicos, por dependência de álcool, e informam que entre seus familiares

há ou já existiu uso nocivo de alguma substância psicoativa.

Além disso, vários agentes relatam que não possuíam a intenção em desenvolver essa função na pastoral antes de necessitarem desse cuidado terapêutico. E foi através da observação da necessidade de si e de outros que aflorou o desejo em se tornar um agente da pastoral.

Ação e organização da pastoral da sobriedade

A consolidação das atividades da pastoral da sobriedade ocorre por meio do grupo de autoajuda. Essas atividades são desenvolvidas por voluntários (agentes), que através de encontros semanais efetivam a ação pastoral. Nesse sentido, a permanência dos agentes na pastoral se torna indispensável, uma vez que são eles os responsáveis pela consubstancialização de todas as etapas que compõe a dinâmica do grupo de autoajuda.

[...]depois de cada encontro se reúne e prepara porque são 12 assuntos vividos semanalmente cada um[...] é voluntário, cada um se propõe, a... eu faço isso! [...] então tem... a acolhida é [...] a gente coloca fundo musical, a gente fala da pastoral, explica o que é esse grupo de autoajuda, aí depois tem a leitura da palavra que já vem num livro [...] depois tem [...] preces espontâneas depois e a gente divide as pessoas pra poder participar da partilha, se você tá lá, você e sua mãe, a gente tem que dividir vocês pra vocês ficar mais à vontade na partilha [...] a partilha é feita pra cada pessoa falar no máximo 4 minutinhos após, faz o encerramento. Então na partilha a

peessoa vai falar do que ela tá sentindo[...]o que ela precisa mudar. [...]os passos vividos semanalmente são: primeiro admitir, segundo confiar, terceiro entregar, quarto arrepender-se, quinto confessar, sexto renascer, o sétimo reparar, o oitavo professar a fé, o nono orar e vigiar, décimo servir, e o décimo primeiro celebrar, o décimo segundo é o festejar, nesse [...] no lugar daquela partilha que a gente faria de sentimentos a gente faz a partilha do alimento [...]. (P1)

[...] É após um encontro, é, a gente sempre fica reunido lá e gente prepara todo o próximo, quem vai fazer, é... a acolhida, a palavra, é, quem vai participar das partilhas. Essas partilhas elas são bem rigorosas, a gente fala muito sobre manter o sigilo né, que não, não pode sair de lá de dentro[...], são essas preparações que a gente faz lá dentro [...]. (P2)

Os encontros são divididos em três etapas praticamente, a introdução, a palavra, seguida da partilha e o encerramento. A introdução um acolhimento a todas as pessoas [...] faz também um momento de perdão e acolhida, aí depois a palavra. A gente tem e somos obrigados a seguir o livro da Pastoral da Sobriedade do programa de vida nova, proposto por ele. Então todas as terças-feiras nós já temos um roteiro a seguir indicado pelo livro[...]depois a gente tem as preces espontâneas, aí vamos para a partilha [...]e fazemos um encerramento. A partilha é onde as pessoas abrem um pouquinho do seu coração, para falar da sua vida, fala dos seus problemas ou das suas vitórias [...] na partilha as pessoas têm em média 4 minutos cada uma para falar. Não é permitido de forma alguma palpitar na partilha do outro, dar conselho. Ninguém está apto a dar conselho para ninguém. (P6)

Cultura de los Cuidados

Como observado, alguns recursos utilizados para a articulação das reuniões, como o acolhimento e a escuta ativa são essenciais para o êxito das ações pastorais, e constituem práticas que familiarizam o dependente químico do cuidado terapêutico oferecido na pastoral.

Estudo realizado em Fortaleza (CE) com grupos de autoajuda, revela que o acolhimento é um recurso fundamental na busca pela sobriedade, por permitir interação entre os participantes e os agentes, e possibilita meio para criação de vínculos, na condição de ser cuidado e cuidador (Lima & Braga, 2012). Esse processo de sinergia, favorece o despertar da consciência (Newman, 2008), no momento que o ser cuidado se abre para possibilidade de um novo tipo de enfrentamento, especialmente ao ser ouvido por semelhantes e ao receber apoio para se reerguer e continuar no processo de recuperação/ressocialização.

Da mesma forma, o processo de escuta é considerado uma importante etapa terapêutica pelos agentes, entretanto como revelado nas narrativas, quem escuta na pastoral não está apto para aconselhar, já que o aconselhamento não é uma atividade prevista nas diretrizes da pastoral da sobriedade e comumente a atividade de aconselhamento é desenvolvida por profissionais com formação acadêmica e habilitados para esta ação (Comin, 2014).

Newman apresenta a escuta como um passo relevante na tomada de consciência, mas também aponta que a observação e a devolutiva de quem escuta também é

indispensável, visto que o retorno em forma de diálogo direciona o sujeito a falar e repensar o que realmente é significativo em sua condição de vida, tão breve beneficiando a compreensão de sua atual situação de saúde (Newman, 1994a).

Estudo realizado em Maceió (AL) caracteriza a partilha (um dos métodos utilizado do grupo de autoajuda da pastoral da sobriedade) como uma escuta ativa, por fortalecer o elo entre o ser cuidado e o cuidador. Durante a partilha há oportunidade de externar inquietações, angústias, sofrimentos e afetos, igualmente possibilita a quem escuta adentrar o subjetivo de quem fala e entender suas expressões, verbais e não verbais (Maynard *et al.*, 2014). A partir disso, o indivíduo pode redescobrir o poder que possui dentro de si e que lhe permite a partilha do seu contexto de vida com a capacidade de lidar com situações e experiências, boas ou ruins, conduzindo-lhe à libertação (Newman, 1994a). Por conseguinte, a consciência do participante do grupo é expandida e pode gerar força e coragem para alcançar a sobriedade.

A partilha e os demais métodos utilizados pela pastoral da sobriedade se estende a todo o núcleo familiar do participante, mesmo havendo dificuldades em fixar a família nos encontros ofertados pelo grupo.

[...] Na verdade, a pastoral da sobriedade ela foi construída mais pra família mesmo do dependente químico né [...]. (P2)

Algumas [famílias] participam sim, mais é difícil já que algumas pessoas vão na

pastoral e acha que a cura vai acontecer naquela primeira vez e não é assim [...]. (P5)

[...] então o dependente vai pra casa de recuperação e o codependente participa na pastoral da sobriedade [...]. (P9)

Tem vez que [a família] participa tem vez que não participa, igual eu tô falando não persevera e tem gente que vai lá sim fica 1 mês, 1 mês e pouquinho e já para né de ir né, aí já não vão mais [...]. (P3)

A Pastoral da sobriedade é pra dar suporte para as famílias, só que a família num vai, algumas vai, outras não, eu mesmo ia porque eu queria, queria ajuda e eu precisava [...]. (P8)

Todas as narrativas revelam o anseio pela inserção da família dos dependentes no grupo de autoajuda, já que este objetiva ser fonte de apoio e alicerce para todo núcleo familiar do participante. No entanto, apesar do esforço dos agentes não há perseverança, na maioria das vezes, dos familiares nas reuniões da pastoral.

A participação dos familiares é crucial no processo de recuperação pois, a família além de apresentar embaraços nas relações com o dependente, encontra-se despreparada para enfrentar estigmas e preconceitos emergidos na sociedade, o que afeta diretamente a saúde mental dos envolvidos (Duarte, Carvalho & Brentano, 2018). Logo, as ações da pastoral da sobriedade se caracterizam como uma estratégia com grande potencial terapêutico, capaz de favorecer um convívio harmonioso e minimizar os conflitos entre dependentes e codependentes, uma vez que, o espaço

oportunizado pelo grupo de autoajuda proporciona a universalidade dos sentimentos e novas táticas frente o cuidado ao dependente (Cid & Pereira, 2016; Silva, 2014).

Segundo a teoria de Margareth Newman, a inserção do núcleo familiar no cuidado terapêutico intensifica a recuperação do dependente pois, a família é capaz de refletir sobre o padrão das interações que existem entre si (membros da família) e o ambiente que os cercam, ou seja, a inserção do codependente no cuidado facilita o reconhecimento do padrão do dependente, modifica a visão do familiar em relação a dependência e aumenta a autodeterminação do usuário (Smith, 2015).

Todavia, a pouca adesão dos familiares nos encontros e a instabilidade na permanência da família dos dependentes no grupo é identificada pelos agentes como um obstáculo a ser enfrentado. Neste aspecto, estudo realizado no Rio de Janeiro (RJ) revelou que alguns fatores interferem na adesão dos sujeitos aos cuidados terapêuticos, como o longo tratamento e a estigmatização por parte da comunidade (Viana; Redner & Ramos, 2018), tal razão também implica na participação da família no grupo de autoajuda já que o tempo de recuperação do dependente é um fator que interfere no grau de motivação, tolerância e paciência do núcleo familiar, assim como na visão que a sociedade possui a respeito da atual situação da família.

Diante disso, as redes de apoio e serviços de saúde públicos, de base comunitária como por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), apresentam-se como referências e parceiros das pastorais no fortalecimento do cuidado terapêutico ao dependente, humanizando as relações de cuidado em um processo de ressocialização e menor julgamento da sociedade, com envolvimento e contribuição da/para família (Viana, Redner & Ramos, 2018), haja visto que não há uma rede formalmente estruturada dentro da igreja que articule as ações pastorais.

Outro estudo conduzido no Rio Grande do Sul (RS) apontou que grupos de autoajuda podem exercer ação de cuidado e suporte às famílias, reduzindo a sobrecarga emocional e favorecendo um cuidado com menos desgaste em relação ao dependente. Além disso, a inserção da família como coparticipante do processo terapêutico no grupo propicia mecanismos que melhoram a ambientação, autonomia dos participantes, reforço da cidadania e dignidade de ambos, de modo a projetar novas possibilidades de recuperação (Duarte, Carvalho & Brentano, 2018). Nesta razão, o convívio entre dependente e codependente proporcionado em um mesmo ambiente (grupo de autoajuda, residência e na comunidade) beneficia o processo evolutivo de todo núcleo familiar (Newman, 1994a).

Isso posto, a família é reconhecida como peça chave na recuperação do dependente (Bessa & Waidman, 2013). Para Newman (2008), a família influencia e está

sob influência do meio, embora para adesão completa ao grupo de autoajuda é necessário o reconhecimento de sua importância na transformação do seu núcleo, para então dedicar-se à um bem maior, a vida do seu familiar. Portanto, quando a família é tratada como protagonista no tratamento do seu familiar, e suas especificidades, ações e opiniões são levadas em conta, acaba por se reconhecer como importante integrante do grupo de autoajuda (Duarte, Carvalho & Brentano, 2018). E por consequência, ao concretizar essa estratégia há o favorecimento da adesão dos familiares às ações da pastoral, especialmente quando os agentes contribuem para a reconstrução do vínculo de dependentes e codependentes, suscitando nos codependentes o desejo de envolver-se tanto no processo de cuidado terapêutico estabelecido, como na rede de atenção em saúde mental (Lima *et al.*, 2018).

Perspectivas de mudanças a partir dos cuidados realizados

O papel do agente da pastoral da sobriedade se baseia na relação de ajuda com os participantes do grupo. De acordo com as diretrizes da pastoral, essa relação visa transpor as dependências e ser fonte de apoio para os codependentes.

Então, é... não é muito diferente dos outros agentes que tá lá. Eu tenho cargo de secretaria, então é... além de ajudar, de me colocar como voluntária pra fazer a palavra, pra fazer a acolhida, eu sou responsável pelo, por redigir as atas, todo dia a gente tem que fazer, essas ATAS tem

que ser repassada lá pra central. O restante é igual os outros agentes, a gente num tem... assim, faz tudo o que os outros fazem [...] fica na entrada né pra acolher as pessoas com um abraço, com um sorriso na cara, é... leitura da palavra bíblica, leituras do livro [...] e participar das coordenação das partilhas. (P1)

[...] sou agente só né, ajudo né, quando tem alguma coisa, igual um dia que foi no colégio, eu fui também [...] que chama a gente pra falar, dar uma palestrinha a gente vai, entendeu? (P3)

[...] meu papel é ajudar, eu me preocupo em ajudar assim os outros agentes, por que ninguém sozinho faz nada né, e ajudar assim no que for preciso, meu papel lá é colaborar, é mostrar as pessoas que é possível sim, sair do vício, sair das drogas que é possível sim ser sóbrio, entendeu? É meu papel é em relação as mães principalmente, é que eu vejo assim muitas mães sofridas que chegam lá e que precisam de ajuda [...] E meu papel lá é fortalecer as mães. (P5)

Na verdade o meu papel primeiro é me melhorar, depois ajudar as pessoas que ali chegam né, primeiramente vou lá dar uma abraço e depois damos o ouvido para escutá-los [...] compreender as pessoas melhor [...] tentar sempre estar ali apoiando eles, fortalecendo eles, para que eles possam só por hoje falar não para as drogas. (P6)

As narrativas revelam que os agentes dessa pastoral participam do grupo de autoajuda se sentindo como usuário (dependente e família), porém com algumas responsabilidades e compromissos (organizar e comprometer-se com as ações da pastoral, acolher os dependentes e codependentes, assistir todos os

participantes, dar apoio necessário, acompanhar toda evolução do grupo e garantir a vivacidade da pastoral junto à comunidade), estando sempre aberto e disponível ao diálogo com os participantes e sendo testemunho de uma vida prudente, e a partir de então, ajudar o outro a viver a sobriedade.

Essa sobriedade não se reduz somente à abstinência de substâncias psicoativas, pois estar sóbrio significa aceitar alguns limites em geral, isto é, uma vida livre de exageros. Portanto, a falta de sobriedade está relacionada à desmesura e ao viver sem qualidade (Viveret, 2012). Sendo assim, o cotidiano dos agentes precisa estar congruente com o objetivo da pastoral.

Quando o mesmo objetivo é vivenciado e compartilhado pelos agentes e pelos participantes do grupo de autoajuda, mudanças positivas ocorrem no processo terapêutico, de ambos os envolvidos. Essa mútua transformação alcança o ambiente que os circundam, excedendo os muros da pastoral e na própria relação construída no grupo. Nesse processo, é essencial que o cuidador sinta o seu próprio padrão e almeje a sobriedade tanto quanto os sujeitos que são cuidados, como pilar de sustentação do cuidado terapêutico promovido. Essa atitude torna o agente presente na vida do outro, sem julgamentos e privilegia a focalização naquilo que é essencial para a expansão da consciência (Newman, 1994a).

Estudo realizado no Paraná (PR) aponta relação direta das questões de

Cultura de los Cuidados

dependências com a dimensão biopsicossocial do ser humano, por isso, o homem utiliza dos vícios, compulsões e exageros como uma válvula de escape frente a algum problema sejam eles, angústias, conflitos internos, tensões, desordem familiar, frustrações sociais e solidão. Eles utilizam as substâncias psicoativas como uma tábua de salvação e acabam por focalizar toda energia nessa prática que leva a dependência química (Silva & Bohm, 2014). Diante disso, a mudança no enfoque e na compreensão do dependente frente às adversidades de sua vida é uma necessidade a ser suprida durante o cuidado, a fim de direcionar para novos comportamentos sociais e de saúde.

O cuidado, como uma ação terapêutica essencial na recuperação da dependência química, promove mudanças de prioridades e conseqüentemente, mudanças na focalização da energia do sujeito. Esse cuidado ocasiona a valorização do outro, oportuniza o reconhecimento do contexto de vida de quem é cuidado, apresenta interesse dos cuidadores nos sentimentos que o sujeito expõe ou expressa além de, gerar expectativas em relação ao tratamento. O cuidado centralizado no sujeito viabiliza assistir o usuário de forma única, considerando diversos modos de ser (Fidelis, 2018).

Na teoria de Newman o cuidado se torna ineficiente quando concretizado por uma visão generalizada, sendo necessário destacar aquilo que realmente importa, ou seja, aquilo que seja representativo,

apresentado nas partilhas. Essa prática não deixa de assistir o sujeito de forma holística, mas quem é cuidado precisa ser direcionado para onde gastar sua energia, afim de tornar sua vida mais criativa e significativa (Newman, 1994a; Newman, 1994b).

O cuidado ofertado pela pastoral da sobriedade possui em seu cerne esse direcionamento pela própria identidade Católica Cristã, seu pilar principal (Gomide, 2011). Essa característica, distingue dos cuidados disponibilizados em outros grupos de autoajuda alicerçados no programa dos 12 passos tradicionais, em que não há nenhuma orientação, somente um Poder Superior que dará intuição, disposição e capacidade de viver a nova vida de forma mais criativa e significativa.

Na pastoral, a responsabilização por este cuidado é uma tarefa do agente voluntário. Além dessa atribuição, o agente atua ativamente nos encontros do grupo e mantém relação direta com os participantes. Essas ações despertam no agente múltiplos sentimentos como, bem-estar, utilidade e fortaleza, que contribuem para a valorização do estar em grupo.

É, eu assim, a pastoral ela me abastece muito (...) eu já cheguei na pastoral MAL, mal, mal e sai super bem mesmo, às vezes só com um abraço e assim por vezes a gente chega lá triste e a gente tem que deixar nossas angústias, nossas tristezas quietinho e com um sorriso nos lábios né, porque quem vai lá as vezes precisa muito mais é, e a gente assim já escutou depoimento de pessoas que foi lá só pra receber um abraço, num queria ouvir nada, só o abraço. (P2)

Aí eu me sinto bem, ééé a gente encontra os membros da família né que a família pastoral e lá durante o encontro a gente procura participar da palavra, das partilhas né, das palestras, de um abraço, da acolhida, ééé se orientar sobre o problema de cada um, uns levam dificuldades, outros levam a cura da dificuldade e eu me sinto bem. (P4)

(...) as vezes você encontra lá pessoas que né, que passam por tanta dificuldade aí você olha para sua vida e que reclama as vezes né e não tem nem motivo para isso (...) eu me sinto bem eu gosto da pastoral, eu não penso nem de longe deixar (...). (P5)

Eu me sinto fortalecido, cada dia que eu vou eu me sinto mais forte né! (P7)

Olha no encontro eu me sinto bem, me sinto acolhido lá né, e nas visitas que eu vou na clínica, eu também me sinto acolhido, eles me tratam bem, sou útil lá na, na clínica, então eu fico bem feliz com isso né, porque eu acho que eu tô servindo pra alguma coisa né, é isso! (P10)

É possível perceber que os dependentes e codependentes que procuram o serviço da pastoral da sobriedade estão em dificuldades, enfrentam carências para além da dependência química e anseiam por ajuda. Esse período de turbulência se caracteriza como um processo de perturbação e desorganização na vida desses participantes do grupo, contudo essa fase favorece uma mudança no estado do dependente, codependentes, e principalmente dos agentes como observado nas narrativas que ao se depararem com a atual situação do sujeito assistido se despertam e, a partir de então, melhoram seu

estado emocional e fortalecem os vínculos entre si (agentes), o que privilegia a terapêutica ofertada, além de outorgar valores no servir dos agentes.

Corroborando com esses achados, Newman afirma em sua teoria, que momentos caóticos são apenas um ponto no processo da vida que auxilia a reorganização das coisas, tanto para quem vivencia esse momento difícil, quanto para os que o circundam. A teoria da saúde como expansão da consciência revela que geralmente os relacionamentos entre cuidadores e o ser cuidado se inicia durante períodos de conflito, imprevisibilidade e incerteza na vida de quem é assistido. Nesse sentido, períodos de desorganização na vivência humana não caracterizam apenas pontos negativos, mas sim se apresentam como momentos oportunos para o crescimento de todos os envolvidos (Smith, 2015).

Nesse sentido, o grupo de autoajuda apresenta que a atitude de cuidar do outro concede ao voluntário, o sentimento de satisfação, a sensação de bem-estar ao concretizar essa ajuda e a reflexão sobre sua realidade. Isto torna uma experiência diferenciada e positiva, pois propicia o vínculo entre os agentes e o reconhecimento de si mesmo no outro, o que proporciona e facilita a discussão de adversidades, insuficiências e dificuldades no cuidado e entre eles (Pires *et al.*, 2017).

Entre tantos sentimentos que surgem na concretização das ações da

Cultura de los Cuidados

pastoral da sobriedade alguns agentes expressam que também se sentem limitados à ação pastoral e almejam maior abertura para atividades junto à comunidade.

[...] parece que é pouco sabe, só que por conta mesmo do programa, da forma que ele foi criado, pro qual ele foi criado a gente não pode, não pode fazer nada a mais além disso, isso em nome da pastoral, se eu quiser fazer alguma coisa seria individual, então assim eu pessoalmente, eu sinto desejo de fazer algo a mais, eu não sei ainda como, mas poderia iniciar buscando quem ainda está desassistido, em suas casas ou nas ruas. Eu vejo necessidade da gente ir além [...] porque pela pastoral mesmo a gente se limita a isso, por conta do programa, né [...]. (P1)

[...] então a gente já tá fazendo o que pode né, não são muitos agentes. Então se a gente for fazer muita coisa ou o que deseja de verdade também a gente num consegue, num dá conta. (P3)

Sim, principalmente divulgação na igreja através dos freis, através da comunidade, através dos agentes, levar a palavra, convidar, sair nas ruas, visitar os domicílios e etc. Eu acredito que deveria acontecer mais, mas está muito tímido atualmente, é preciso mais perseverança, mais participação. (P4)

Eu acredito que sim, e que pode melhorar muito, assim eu acredito que numa posição um pouco mais atuante da igreja [...] eu acho que se estiver um apoio maior da igreja, é de divulgar mais, acho que as pessoas frequentariam mais. (P5)

Novas perspectivas e mudanças são almeçadas pelos agentes, a fim de alavancar o trabalho pastoral, porém muitos são os desafios que dificultam a

concretização dessas intenções (busca ativa, visitas domiciliares e divulgação). Percebe-se que a ação pastoral se limita a uma estrutura que não dá possibilidade aos agentes em realizar estas ações extras para além das diretrizes norteadoras do movimento.

Entretanto, as diretrizes do programa da pastoral baseiam-se na atração do público alvo e não na busca ativa dos sujeitos. E um dos desafios apresentados no serviço de voluntariado é exatamente este, manter os agentes atentos aos objetivos e na filosofia do programa, ou seja, eles não estão impedidos de expandir a sua consciência, ansiar por melhorias e mudanças, conquanto precisam compreender e se apropriar das diretrizes norteadoras do programa ao qual estão inseridos (Rodrigues, Meyer & Cruz, 2014; Ramos & Domingues, 2016).

Para que as ações dos agentes estejam concomitantes com os objetivos e princípios do seu local de atuação, a formação permanente (reciclagem) destes precisa ser reconhecida e inserida no cronograma da pastoral. Esse processo de capacitação reascende no voluntário o primado da sua função bem como, reafirma normas, rotinas e objetivos do programa (Beckhauser & Domingues, 2017).

Contrapondo as diretrizes da ação pastoral, a atividade de busca ativa apontada pelos agentes como desejada é identificada por pesquisadores como importante ferramenta no processo de cuidado integral à saúde (Fernandes *et al.*, 2017), pois além do seu objetivo principal junto à comunidade,

fornece ao sujeito que desenvolve essa ação a oportunidade do encontro com quem carece e está aquém de um cuidado, trazendo benefícios para a formação de outros vínculos, aperfeiçoamento das práticas terapêuticas e maior visibilidade das ações pastorais.

As restrições expressas pelos agentes, como a inflexibilidade das diretrizes da pastoral e escassez de voluntários, impedem a extensão do cuidado terapêutico às demandas reprimidas e/ou não espontâneas, e podem estar relacionadas a ausência de relações mais estreitas entre a pastoral e outras entidades/serviços de saúde. Tais parcerias são capazes de potencializar o cuidado, viabilizando projetos terapêuticos integrativos que correspondam e englobem as necessidades e particularidades do dependente e codependentes (Loures, Costa & Ronzani, 2016).

Além disso, estudo realizado em Belo Horizonte (MG) revelou que a pastoral da sobriedade em suas atribuições religiosas demonstra ter um relevante papel social. É nessa perspectiva que a sua legitimação transcende às portas da Igreja e oferece à nação uma importante contribuição como articuladora na promoção da cidadania e da subjetividade apoiando às famílias que vivem a realidade da toxicomania (Gomide, 2011). Dessa forma, a participação mais atuante desse coletivo religioso divulgando as ações da pastoral da sobriedade, torna o cuidado desenvolvido pelos agentes mais

acessível, de modo a consolidar uma referência de cuidado e suporte complementar à recuperação do dependente em sua própria comunidade, especialmente para àqueles que possuem estranhamento à assistência de serviços tradicionais, que ainda não estão assistidos por outros serviços ou estão sem amparo.

A inquietação e avidez dos agentes por maior visibilidade das ações pastorais ocorre pela influência do processo de expansão da consciência individual, assim como defendido na teoria de Newman, em que cada pessoa exibe um padrão de vida distinto, mas evolui à medida que interage com o meio ambiente, definindo a mudança como imprevisível para o cenário do cuidado de si e dos outros (Newman, 1994a). Deste modo, as novas concepções apontadas nas narrativas evidenciam uma expansão da consciência desses agentes, que mostram satisfação pelo cuidado oferecido, mas buscam transformá-lo em um cuidado mais global, ao expandi-lo à todos espaços e pessoas da comunidade.

CONCLUSÃO

No estudo, ficou evidente que a pastoral da sobriedade é um grupo de autoajuda aberto e gratuito, que visa um viver sem dependências. Para a efetivação da sobriedade os agentes da pastoral desenvolvem um cuidado terapêutico que envolve acolhimento, partilha e escuta ativa dos dependentes e codependentes. Essas ações são realizadas por agentes voluntários,

que ao mesmo tempo em que promovem o cuidado, almejam ressignificar sua vida fazendo o bem ao próximo, através do processo de expansão da consciência que ocorre espontaneamente ao cuidar e doar-se ao outro.

Em relação aos agentes, muitos se capacitam para atuarem na pastoral da sobriedade, mas não há permanência de todos nas ações posteriores à esta formação, reduzindo significativamente o tamanho da equipe atuante e interferindo na plena satisfação dos agentes frente às atividades ofertadas, uma vez que percebem a incompletude da assistência. Essa problemática na adesão dos agentes também reflete na dificuldade de aquiescência desse cuidado terapêutico aos codependentes.

Esses entraves estão postos ao desenvolvimento das ações pastorais, podendo estar associados à ausência de articulação da pastoral da sobriedade com outras entidades/serviços, dificuldade dos agentes no entendimento do programa, possivelmente por falta de formação permanente, bem como pela compreensão de pouca flexibilidade das diretrizes dessa pastoral, que segundo os participantes do estudo, impedem a extensão do cuidado terapêutico extra muro.

A teoria de Margaret Newman utilizada neste estudo revelou alguns fundamentos que fazem parte da essência da pastoral da sobriedade, especialmente quando apresenta a autorreflexão como um instrumento que favorece o despertar para a expansão da consciência, logo a mudança de

comportamento, aceção de novos sentidos do viver e consequentemente a obtenção de saúde. O cuidado fundamentado nessa teoria propõe a reflexão do ontem e do hoje para a construção do amanhã, e no caso desta pastoral, um amanhã em sobriedade.

Entre as limitações do estudo, destacou-se a utilização de apenas um grupo de autoajuda da pastoral da sobriedade, ainda que este grupo seja o mais representativo na região investigada. Outras pesquisas junto a pastoral da sobriedade devem ser realizadas, objetivando traçar e repensar estratégias de cuidados mais resolutivos, fundamentados em evidências científicas e no primor das relações solidárias e serviços de base comunitária.

REFERÊNCIAS

- Angrist, J. D. (2014). The perils of peer effects. *Labour Economics*, 30, 98-108.
- Beckhauser, S. P. R., & Domingues, M. J. C. S. (2017). A profissionalização da gestão do voluntariado: um estudo de caso do departamento de voluntários do Hospital Israelita Albert Einstein. *Saúde soc*, 26 (4), 1026-1043.
- Bessa, J., & Waidman, M. (2013). Family of people with a mental disorder and needs in psychiatric care. *Texto & contexto enferm*, 22 (1), 61-70.
- Cid, M. F. B., & Pereira, L. M. (2016). Adolescentes com dificuldades relacionadas à saúde mental, moradores de áreas rurais: percepções sobre família, escola e contexto de moradia. *Cad Ter Ocup UFSCar*, 24 (3), 543-555.
- Cnbb. Coordenação nacional da pastoral da sobriedade. (2018). *Pastoral da Sobriedade*. Recuperado de <http://www.sobriedade.org.br>.

- Comin, F. S. (2014). Aconselhamento psicológico e psicoterapia: aproximações e distanciamentos. *Contextos Clínicos*, 7 (1), 02-14.
- Damacena, G. F. C., Oliveira, B. V., Batista, S. H. R., & Almeida, R. J. (2017). A abordagem religiosa como recurso de tratamento da dependência química nas comunidades terapêuticas. *Rev saúde públ Santa Catarina*, 10 (1), 46-55.
- Duarte, M. L. C., Carvalho, J., & Brentano, V. (2018). Percepção dos familiares acerca do grupo de apoio realizado em uma unidade de internação psiquiátrica. *Rev gauch enferm*, 39, 1-6.
- Fernandes, S. S., & Marcos, C. B., Kaszubowski, E., & Goulart, L. S. (2017). Evasão do tratamento da dependência de drogas: prevalência e fatores associados identificados a partir de um trabalho de Busca Ativa. *Cad saúde colet*, 25 (2), 131-137.
- Fidelis, A. C. (2018). Sentido do cuidado em saúde mental: sobre a rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). *Trab educ saúde*, 16 (2), 561-582.
- Gomide, M. E. (2011). O triunfo de uma ilusão: uma análise do discurso da Pastoral da Sobriedade na Arquidiocese de Belo Horizonte. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais: Belo Horizonte.
- Lima, H. P., & Braga, V. A. B. (2012). Grupo de autoajuda como modalidade de tratamento para pessoas com dependência de álcool. *Texto & contexto enferm*, 21 (4), 886-895.
- Lima, J. L., Carvalho, P. A. L., Santos, V. T. C., Oliveira, M. A. F., Malhado, S. C. B.; Santana, E. M., & Sena, E. L. S. (2018). Percepção de consumidores de drogas sobre família: um estudo fenomenológico. *Rev bras enferm*, 71 (supl. 5), 2094-2100.
- Loures, B. P., Costa, P. H. A., & Ronzani, T. M. (2016). As redes sociais no cuidado aos usuários de drogas: revisão sistemática. *Psicol estud*, 21 (1), 29-39.
- Maynard, W. H. C., Albuquerque, M. C. S., Brêda, M. Z., & Jorge, J. S. (2014). A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. *Acta paul enferm*, 27 (4), 300-304.
- Newan, M. A. (1994). *Health as expanding consciousness*. Boston: Jones and Bartlett.
- Newman, M. A. (1994). Theory for nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, 7 (4), 153-157.
- Newman, M. A. (2008). It's about time. *Nursing Science Quarterly*, 21 (3), 225-227.
- Oms. (2016). *Discurso de la Directora General de la OMS ante las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas*. Recuperado de <https://www.who.int/dg/speeches/2016/world-drug-problem/es/>.
- Paula, E. R. S., Leone, H. S., & Felix, S. M. Z. (2014). Responsabilidade social da Igreja diante da dependência das drogas. *Discernindo*, 2 (2), 109-125.
- Pires, F. R. O., Santos, S. M. A., Mello, A. L. S. F., & Silva, K. M. (2017). Mutual help group for family members of older adults with dementia: unveiling perspectives. *Texto & contexto enferm*, 26 (2), 1-09.
- Ramos, S. P., & Domingues, M. J. C. S. (2016). Gestão do Voluntariado: um panorama dos estudos realizados no Brasil. *Rev foco*, 9 (1), 198-214.
- Ribeiro, J. M., Moreira, M. R., Bastos, F. I., Dias, A. I., & Fernandes, F. M. B. (2016). Acesso aos serviços de atenção em álcool, crack e outras drogas: o caso do município do rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*, 21 (1), 71-81.
- Rodrigues, K. M; Meyer Júnior, V., & Cruz, J. A. W. (2014). Trabalho voluntário e seu gerenciamento: desafios para um hospital comunitário. *RAHIS*, 11 (4), 306-323.
- Silva, N. R., & Bohm, P. A. F. (2014). *Ações preventivas contra o uso de drogas*. In: Paraná. Secretaria de Estado da Educação. Superintendência de Educação. Os Desafios da Escola Pública Paranaense na Perspectiva

Cultura de los Cuidados

do Professor PDE, 2014. Curitiba: SEED/PR.

Silva, T. F. C. (2014). Avaliando a fidelidade de intervenções psicossociais: uma revisão sistemática da literatura. *J bras psiquiatr*, 63 (3), 260-271.

Smith, M. C., & Parker, M. E. (2015). *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: F. A. Davis.

Targino, J. (2016). Características de uma comunidade católica carismática no

atendimento a dependentes químicos: estudo de caso. *Reflexus*, 10 (15), 183-203.

Viana, P. V. S., Redner, P., & Ramos, J. P. (2018). Fatores associados ao abandono e ao óbito de casos de tuberculose drogarristente (TBDR) atendidos em um centro de referência no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. saúde pública*, 34 (5), 1-11.

Viveret, P. (2012). *Por uma sobriedade feliz*. Salvador: Quarteto Editora.



Fuente: De Alsace Catho. CC BY-NC-SA 2.0 license. <https://search.creativecommons.org/photos/f07f739c-f444-474c-89bc-c02360d31665>

Antropología e interculturalidad en la primera infancia: desde el cuidado de enfermería fundamentado en ritos de paso en una comunidad indígena pume

Anthropology and interculturality in first childhood: from the nursing care based on passage rites in an indigenous pume community

Antropologia e interculturalidade na primeira infância: do cuidado de enfermagem com base em ritos de passagem em uma comunidade indígena

Zaida Colmenares Robles,¹ Delia Moya Plata², Isoled Herrera³

¹ Profesora Asociado a Dedicación Exclusiva. Doctor en Ciencias Sociales. Mención Salud y Sociedad Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela. Profesora Asociado a Dedicación Exclusiva Doctor en Ciencias Sociales. Mención Salud y Sociedad. Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela.

² Profesora en la Universidad de Santander UDES, Facultad Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería. Grupo de Investigación Everest. Bucaramanga (Colombia). Enfermera Magíster en Salud Familiar. Enfermera Especialista en Salud Ocupacional. Enfermera Especialista en Docencia Universitaria. Profesora Titular de dedicación exclusiva. Coordinadora Grupo de Cuidado del Programa de Enfermería UDES.

³ Profesora en la Universidad Península de Santa Elena. Facultad Ciencias de la Salud. UPSE. Carrera de Enfermería. Especialista en Docencia Universitaria. Doctora en Ciencias de la Educación. Ecuador

Cómo citar este artículo en edición digital: Colmenares Robles, Z., Moya Plata, D., & Herrera, I. (2020). Antropología e interculturalidad en la primera infancia: desde el cuidado de enfermería fundamentado en ritos de paso en una comunidad indígena pume. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 24 (57) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.19>

Correspondencia: Residencias Bella vista country club en Av. Bolívar vieja de Naguanagua, Valencia-Venezuela

Correo electrónico: zcolmena.uc.edu.ve-deliyamoyaplata@hotmail.com



Recibido:02/11/2019

Aceptado:09/03/2020

ABSTRACT

Introduction: Nursing practice should promote the maintenance of well-being and life, through respect for culture against disease, through models of care in the evidence-based pluricultural context.

The objective of this study was to reveal the rites of early childhood Pumé, and its impact on cultural reproduction and health care found such as protective collars, the placement of clinical names and the predisposition of the child: writing and painting skills attributed to maturity during its growth. Methodology: We frame the look

Cultura de los Cuidados

in a focused ethnography exploring interculturality, rites of steps. The group of social actors subject to study was made up of seven key informants of the Pumé Ethnicity, with more than 5 years in the Community studied. Conclusions: Cultural care in Early Childhood will include activities aimed at preserving or maintaining, adapting or negotiating, reorienting or restructuring the care granted to children. That is why in the multicultural context in which we live, it is important to incorporate beliefs and values of people and thus provide effective, satisfactory and coherent nursing care with their culture and with evidence-based nursing practice

Keywords: Nursing, rites of passage, anthropology, interculturality

RESUMEN

Introducción: La práctica de enfermería, tendría que promover el mantenimiento del bienestar y la vida, mediante el respeto a la cultura frente a la enfermedad, a través de modelos de cuidados en el contexto pluricultural basado en la evidencia. El objetivo de este estudio fue Desvelar los ritos de la primera infancia Pumé, y su incidencia en la reproducción cultural y los cuidados de salud hallados como son los collares protectivos , la colocación de nombres clánicos y la predisposición del niño: habilidades para escribir y pintar atribuido a la madurez durante su crecimiento. Metodología: Enmarcamos la mirada en una etnografía focalizada explorando la interculturalidad, ritos de pasos. El grupo de actoras sociales sujeto de estudio, estuvo conformado por siete informantes claves de la Etnia Pumé, con más de 5 años en la Comunidad estudiada. Conclusiones: Los cuidados culturales en la Primera infancia, comprenderán actividades orientadas a preservar o mantener, adaptar o negociar, reorientar o reestructurar los cuidados otorgados a las niños Es por ello que en el contexto multicultural en el que vivimos, toma importancia incorporar las creencias y valores de las personas y de esta forma

proporcionar cuidados de enfermería efectivos, satisfactorios y coherentes con su cultura y con la práctica de enfermería basada en evidencia

Palabras claves: Enfermería, ritos de paso, antropología, interculturalidad.

RESUMO

Introdução: A prática de enfermagem deve promover a manutenção do bem-estar e da vida, através do respeito à cultura contra a doença, através de modelos de cuidado no contexto pluricultural baseado em evidências. O objetivo deste estudo foi revelar os ritos da infância de Pumé e seu impacto na reprodução cultural e nos cuidados de saúde encontrados como colares protetores, colocação de nomes clínicos e predisposição da criança: habilidades de escrita e pintura atribuídos à maturidade durante o seu crescimento. Metodologia: Enquadramos o visual em uma etnografia focada, explorando a interculturalidade, ritos de etapas. O grupo de atores sociais sujeitos a estudo era composto por sete informantes-chave da etnia Pumé, com mais de cinco anos na Comunidade estudada. Conclusões: O cuidado cultural na primeira infância incluirá atividades que visam preservar ou manter, adaptar ou negociar, reorientar ou reestruturar o cuidado concedido às crianças, por isso, no contexto multicultural em que vivemos, é importante incorporar crenças e valores das pessoas e, assim, prestar assistência de enfermagem eficaz, satisfatória e coerente com sua cultura e com a prática de enfermagem baseada em evidências

Palavras-chave: Enfermagem, ritos de passagem, antropologia, interculturalidade.

INTRODUCCION

Entramado de la construcción sociocultural de la Enfermería transcultural en la primera infancia



Hace unos años me apropié de la antropología, hacia el cuidado de enfermería, y comienzo a hacer estudios en el área de experticia, que son los niños, sucede en Apure, tiempo de invierno, era un agosto, escenario anual de trabajo voluntario con las etnias indígenas del país. Donde acudo por seis años consecutivos, esta vez fue el estado Apure, en ese momento se necesitaba mi trabajo voluntario dirigido a la salud integral de las etnias Indígenas establecidas en Venezuela. Hago simbiosis en la enfermería positivista, con enfoque biologicista y me traslado al área de los principios culturales en la primera infancia. La enfermería transcultural fundamenta sus raíces en lo citado por la Dra. Madeleine Leininger, presagió que con el tiempo esta área se convertiría en un nuevo dominio del ejercicio de la enfermería, que se reflejará en una práctica profesional diferente, conceptualizado en principios culturales y pensados específicamente para la orientación de los cuidados de la enfermería a los individuos, las familias los grupos y las instituciones. Afirmaba que la enfermería transcultural se ha de convertir en una de las áreas más importantes, significativas y prometedoras del estudio formal, la

investigación y la práctica, debido al mundo multicultural. Aseguraba que, para que enfermería tenga importancia y significado frente al cuidado de enfermería en los niños y otros profesionales de este campo en todo el mundo, es imperativo orientar de conocimientos y competencias en enfermería transcultural, capaces de modificar las acciones y las decisiones para obtener resultados positivos y eficaces.

Establecía la diferencia entre enfermería transcultural e intercultural, en donde la primera se refiere a los profesionales de enfermería preparados y comprometidos en lograr un conocimiento y un procedimiento práctico de actuación de la enfermería transcultural. La enfermería intercultural la constituyen los profesionales que recurren a los conceptos antropológicos médicos o aplicados, sin implicar en el desarrollo de teorías o prácticas fundadas en la investigación, dentro del campo de la enfermería transcultural, otra diferencia es que la enfermería transcultural es la que desarrollan los profesionales que trabajan con dos culturas.

Para proporcionar cuidados culturalmente adecuado emerge la investigación como estrategias creativas que modifiquen el modo de vivir de las diferentes culturas. El propósito de la enfermería transcultural en la infancia, es la prolongación de nuevas formas de ayudar a las personas de diferentes culturas, siendo su objetivo proporcionar cuidados

Cultura de los Cuidados

culturalmente apropiados de manera que no experimenten contextos negativos como la imposición cultural y el etnocentrismo, concepciones que suelen llevar a choques y conflictos culturales entre clientes y enfermeras.

De lo anterior, se considera que existe la necesidad de apropiarse más a la realidad social mediante corrientes de pensamientos de aspectos ideológicos-culturales, brindando a la práctica de enfermería, herramientas para imaginar e intervenir basado en los postulados de la corriente de los cuidados culturales, que plantea “cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte” (Leininger, 1999). Los beneficios que brindan los cuidados culturales se orientan al sujeto que tiene una necesidad de ayuda en algún momento de la vida. Para tal efecto, el profesional de enfermería realiza un análisis integral del individuo, despojando el padecimiento y los aspectos socioculturales y religiosos (Castillo, 2008). Visto, como emergen los cuidados de enfermería desde la evidencia, se beneficia a la disciplina enfermera, al concebir la oportunidad de brindar cuidados más contextualizados y por ende significativos.

Los resultados del estudio “primera infancia pumë: ritos de paso, interculturalidad y educación. Una mirada desde la etnografía” muestran que las

prácticas de cuidado tienen su principal fundamentación en las prácticas de cuidado tradicional basadas en la sabiduría del chamán, figura respetable, conocedoras de las hierbas y pócimas, lo que lo coloca como un individuo con reconocimiento social, pues es capaz de recuperar la salud de muchos de los suyos. Figura que con su facultad de comunicarse con las fuerzas superiores, está en la capacidad de sembrar el enfermo el elemento psicológico de confianza para su curación. También va a convertirse en el guía espiritual que indicará a los suyos como aprender a prevenirlas. Este aprendizaje de la salud guiado por el chamán, se focaliza adicionalmente al conocimiento elemental de lo que debe comerse o no, a aprender a reconocer lo que es peligroso para la vida. Un conocimiento centrado y apoyado en una actitud disciplinada y organizada para la vida, completada con una formación moral, orientada en última instancia en los consejos de ancianos. En base a los planteamientos descubrimos cual es el valor que le concede la comunidad de búsqueda dentro de sus propios recursos, los modelos para un adecuado cuidado de su salud (García Piña et al, 2015). Es por condiciones como la anterior, que la OMS, propuso en el año 2013 una estrategia global para asegurar el acceso a la Medicina Tradicional Complementaria (MTC) y para promover la investigación, el desarrollo y la innovación con la finalidad de proteger los derechos de propiedad intelectual de los pueblos indígenas y las comunidades locales, así

como de sus tradiciones de cuidados de salud.

La enfermería transcultural es la única forma de descubrir los mismos profesionales la posibilidad de explorar, entender y aprehender la base cultural de las personas, su argumento y problemáticas sociales, además le reconoce circunscribir su visión personal respecto de la salud y la asistencia. La práctica de enfermería si considera el enfoque transcultural, podrá respetar la diversidad de la sociedad, lo que se ha convertido en una competencia que debe poseer enfermería actual.

MÉTODO

Para precisar la realidad, se abordó desde el equipaje etnográfico focalizado como metodología analítica explorando la interculturalidad, salud, prevención en la primera infancia Pume, en el periodo de Agosto del 2013- Agosto 2015 durante permanencia intermitente de 30 a 60 días durante esos años, usando la metodología de James Spradley como base epistémica para los dominios y taxonomías, teniendo en cuenta la adecuación teórico-epistemológica fundamentado en el paradigma cualitativo- interpretativo a través del interaccionismo simbólico. Este diseño fue sometido a evaluación de Comité de Ética Científica de la Universidad de Carabobo. El grupo de actores sociales sujeto de estudio estuvo conformado por cinco miembros de la comunidad como

informantes claves, y como informantes complementarios cuya selección se realizó sujeta a la saturación teórica. Se eligen una serie de criterios que se consideran necesarios o altamente convenientes para tener una unidad de análisis con las mayores ventajas para los fines que persigue la investigación.

Los rasgos de selección que cumple el grupo de informantes de esta investigación, lo cual puede ser visualizado en esquema presentado a continuación, contenido de la identificación y características que permitieron su selección. Los datos, como información, imágenes y contenido de entrevistas, se publican con el consentimiento informado de cada una de las personas; documento firmado por los informantes para dar fe de dicha autorización. Los datos de identificación, nombre y apellido, son imaginarios por ética

La técnica que se utilizó para la recolección de la información fue la entrevista focalizada y la observación participante durante la permanencia en el campo de trabajo etnográfico, en la medida que se fueron reuniendo los distintos registros de campo, que conforman el hoy denominado *Diario de Ruta*, se fue clasificando y organizando en las *Notas de Campo*, *Fichas Descriptivas*, *Fichas de Registro*, *Registros Fotográficos* y *Fonográfico* para el análisis primario de lo recolectado, acción que facilitó tres

elementos claves para el proceso investigativo; hacer del abordaje un proceso dialéctico, familiarizarme con la información e ir preparando paulatinamente el terreno para un posterior análisis intensivo. Martínez & Taylor y Bodgan & Staruss, Corbin & Glaser, B & Strauss Goetz, J. & LeCompte

La construcción del análisis fue enriquecido por los testimonios recogido a través de las entrevistas enfocadas a través del concepto de Análisis Etnográfico de James Spradley, el cual considera un dominio como una categoría. Para la aplicación de este análisis, se consideró los dos tipos de relación semántica de James Spradley: Relaciones Universales y las que fueron expresadas por las informantes. En esta investigación se identifican las: Medio – Fin, Razón y Causa – Efecto. La construcción del análisis se realizó a través de los dominios culturales.

RESULTADOS Y SU DISCUSIÓN

Antropología y interculturalidad en la primera infancia:

La Primera Infancia Pumé, es el periodo de la niñez que va desde 0 días de nacido hasta cumplido los 5 años de edad, esta etapa es la más importante y significativa en la formación del ser humano, en la cual el niño y la niña mediante su desarrollo y crecimiento van recopilando experiencias y siguiendo ejemplos que las personas jóvenes o adultas les brindan, por eso es fundamental que cada uno de ellos crezca y se forme en

lugares sanos con una ayuda incondicional de la familia, la escuela y la comunidad, y así se desenvuelvan en el mundo actual, de una manera adecuada para que en un futuro demuestren autonomía en sus actos, de tal manera se debe tener en cuenta que todo lo que rodea al niño y la niña debe obtener como primordial factor la armonía en todo acto que sea evidenciado en los diferentes contextos en donde hay una socialización, comunicación y cuidado permanente.

La primera infancia Pumé, se encuentran en un pueblo indígena Apureño en Venezuela, conocido coloquialmente como “Yaruro”, aunque ésta no es su denominación propia, está ubicado en la zona suroeste del país, en áreas limítrofes con Colombia, y exhibe rasgos culturales característicos de otros pueblos indígenas llaneros vecinos los Hiwi y los subgrupos Hiwi-Cuiva-Chiricoa, Pepo-Hiwi Amorúa.

Para el conocimiento de la interculturalidad, desde la antropología, fundamentando el cuidado de enfermería, se presenta el enfoque basado en los ritos de paso como claves de respeto hacia esta etnia. A partir de la observación etnográfica con entrevista traducida desde el Pumé al español realizada a los padres de una familia con cuatro niños en edad de primera infancia, los principales Ritos de Paso están en las etapas del crecimiento y desarrollo social de los niños Pumé, son las siguientes:

- Una primera etapa, desde el nacimiento hasta el año y medio o

dos años, durante la cual el niño está casi todo el tiempo junto a la madre, quien lo cuida y lo amamanta.

- En una segunda etapa, más o menos desde el año y medio o dos años hasta los cuatro, los niños comienzan a explorar el ambiente alrededor de la casa, permaneciendo bajo el cuidado principal de la madre y de los hermanos.
- A partir de los tres años los niños duermen separados de los padres, en un chinchorro propio, y el padre les dedica más tiempo, sobre todo para contarles historias tradicionales. En esta etapa los niños y las niñas comienzan a jugar cada uno por su cuenta.
- De los cuatro y hasta los seis o siete años los niños y las niñas se integran progresivamente al trabajo de los padres, siendo vivido en gran parte esta actividad como juego. Cuando existe, frecuentan la escuela criolla.
- De los siete u ocho años en adelante, y hasta los 12, se asocian cada vez más a los trabajos de los padres, las niñas en las tareas domésticas y trabajo del conuco y los niños en las actividades de pesca y caza.
- De los doce o trece años en adelante los niños son considerados adultos. Para la niña la etapa está marcada por la primera menstruación, que a veces puede darse antes de la edad indicada, mientras que para los niños este periodo se caracteriza por la adquisición de autonomía en el trabajo y el cambio de la voz.

Las diferentes etapas intermedias no están particularmente marcadas, a excepción del pasaje desde la primera infancia a la segunda cuando, hacia los tres años, se le retiran los collares protectivos que se les habían puesto

al nacer. En general, los elementos que permiten a los adultos definir el crecimiento y marcar las diferentes etapas son los siguientes: llanto y primera dentición, gateos y caminar solos, hablar.

El primer rito de paso importante en la familia Pumé, lo constituye el colocar el nombre al niño, la atribución del nombre se realiza en el ámbito familiar, siendo escogido por los padres o los abuelos. Desde hace algunas generaciones, los nombres y los apellidos son de origen criollo, pero se encuentran también apellidos indígenas, derivados de nombres clánicos relacionados con algunos animales como, por ejemplo, el caimán que protegería a los integrantes del grupo familiar que lo lleva y atacaría a sus enemigos. La primera etapa del niño, a través de un rito de paso, caracterizada por el llanto, tanto que es considerado un signo del carácter futuro, lo mismo que la capacidad de agarrar objetos, que suele considerarse una actividad que marca el crecimiento y un indicador de predisposición: agarrar un lápiz de la manera apropiada, por ejemplo, es visto como un signo de predisposición a los estudios; de la misma manera, si juega con casitas, en la edad adulta será muy bueno construyendo los techos de palma y las paredes de barro de las casas.

A los 5 a 6 meses, la dentición es considerada problemática. Aunque no se indican tratamientos particulares para el

Cultura de los Cuidados

cuidado de la boca, la dentición es un momento importante en la categorización de los ritos de paso, es una etapa de crecimiento de los niños, particularmente por el hecho de que coincide con el progresivo destete y el cambio de la dieta. Por esto, en relación con algunos mitos (el de *Bakatsolowa*, la sirena, mitad humana mitad pez), al comenzar esta etapa, el chamán o algún anciano de la comunidad le reza el pescado a los niños para protegerlos de cualquier daño que su ingestión pudiera acarrearle en futuro. El ritual se realiza de noche y puede ocupar algunas horas, ya que se trata de hacer referencia a todos los pescados que integran la dieta de los Pumé. No se hace durante el día porque no es posible la concentración necesaria y el chamán puede equivocarse. De hecho, si el rezo no se hace bien, esto podría desencadenar una diarrea o “gastroenteritis” en el niño. Así, se les reza el pescado con rigurosidad al niño y a la niña con 3 o 4 meses. A la niña se le vuelve a hacer el rezo durante la primera menstruación, cuando también se le rezan las manos, para que sea más hábil y diestra en la elaboración del casabe.

Por lo que se refiere a los gateos, parece haber consenso en que los niños y las niñas, sin particulares diferencias, comienzan a gatear entre los cinco y los seis meses; si estos comienzan más tarde, por ejemplo a los ocho y nueve meses, se considera un retraso. Los gateos se realizan en el espacio doméstico interno, bajo la mirada de la madre o de algún otro familiar. Las

enfermedades a veces atrasan el gateo y el caminar, lo mismo que algunos comportamientos como, por ejemplo, que el padre del niño mate una culebra de agua, que es dañino porque ablanda las piernas del niño. A partir del noveno mes el niño comienza a levantarse, sólo o con ayuda de los familiares, hasta que, al cumplir más o menos el primer año de vida, lo consigue y comienza a deambular.

Aunque es la madre la indicada como la figura fundamental de este aprendizaje, el padre no está ausente. De hecho los mayores detalles son declarados por ellos, como las referencias de que los niños se ayudan con sillas y otros elementos para levantarse. Los niños, una vez que han aprendido a levantarse, corretean por toda la casa, siguiendo a los adultos, quienes tienen un papel activo en la enseñanza de los primeros pasos. Contemporáneamente a estos desarrollos, los niños comienzan a hablar, desde los primeros balbuceos hasta la formulación de frases enteras. Es afirmación común que los balbuceos de los niños no tienen sentido, mientras que las primeras palabras parecen referirse particularmente a los nombres de los padres y a la comida, bajo inducción de los adultos, quienes repiten los nombres de papá y mamá en Pumé tocándose la cabeza y señalándose a sí mismos. Aunque es la madre quien habla más a menudo a los niños en el dialecto Pumé, lo mismo hace el padre, el que mezcla con más facilidad este dialecto con el castellano.

Todos estos procesos se realizan durante la primera etapa del crecimiento del niño y de la niña. A partir del aprendizaje de las diferentes habilidades citadas, los niños entran en otra etapa, cuando amplían su espacio de vivencia, saliendo de la casa solos o juntándose a los otros niños de la comunidad. En este período, la actitud de los padres cambia en relación con la mayor autonomía alcanzada por los niños, mientras que la familia más amplia asume mayores funciones. Estos cambios en la vida del niño Pumé están periódicamente marcados por algún evento especial, como puede ser el cambio de los collares y pulseras protectoras o, en el caso de la niña, la perforación de las orejas para ponerles aretes o zarcillos, a la manera occidental.

Cuando el niño asume la categoría de *tsikirrinüüyo*, puede darse una fiesta en el ámbito familiar, lo que parece ser un residuo de alguna ceremonia tradicional relacionada con el cambio de los collares y la nueva protección que los niños necesitan. De alguna manera, después de la acción de evangelización de las diferentes iglesias cristianas en la región, una parte de estos rituales ha sido substituida por el bautizo cristiano que sirve para remarcar y celebrar el crecimiento de los niños, protegerlos mejor y adquirir nuevas relaciones o nuevos lazos con individuos de la misma comunidad o de afuera a través del compadrazgo. De esta manera se crean afiliaciones nuevas, por

ejemplo comadre y compadre, por influencia de la sociedad occidental.

No hay actualmente rituales especiales codificados entre la infancia y la pubertad, aunque el ingreso a la escuela criolla puede ser considerado como un rito de paso o momento especial para los niños, ya que marca de manera profunda el tránsito del espacio familiar a otro comunitario, definido por nuevas relaciones de poder y acceso a contenidos no pertenecientes a la cultura local. Por otro lado, en el caso de la niña, el fin de la infancia está fuertemente marcado por la menstruación que, como veremos, conlleva rituales especiales; mientras que, en el caso de los niños, se trata de un proceso no particularmente remarcado y el mismo cambio de nombre es un evento intra-familiar. Generalmente, los mismos familiares añaden un apodo basado en las características del niño

A modelo de ejemplo se deja como las ciencias de la enfermería, de raíces esencialmente desde la antropología, como se lograría la necesaria simbiosis entre la práctica de enfermería y los cuidados culturales. a continuación, fragmentos desde la metodología utilizada según James Spradley.

TAXONOMÍA 2: “EL JUEGO POTENCIA EL DESARROLLO Y EL APRENDIZAJE EN LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS PUME”

Cultura de los Cuidados

Placentero	El impulso natural de las niñas y los niños hacia el juego	Pasa de un juego solitario a juegos grupales
Movimiento del cuerpo	Logro de maduración motora gruesa y fina	Equilibrio, subir y bajar árboles, agarre del lápiz, recortar figuras.
Organización	Forma de aprendizaje y sentido a las actividades	Integra los juegos populares en su familia a la escuela
Focalización	Una forma de concentración	Integra a los juegos, los rituales, mitos, juegos prohibidos
Dominio de sí mismo	Expresa sus cualidades en la interrelación con los demás	Aprende a compartir los tallados de madera, collares.
Respeto	Colabora espontáneamente en diferentes actividades de juegos	Respeto sobre los ancianos, y respeto a los niños y niñas
Solidaridad	Toma en cuenta la idea de los demás	Observa y entiende como puede una niña Pumé
Atención	Expresa temores, inquietudes y curiosidad ante algunas situaciones, manifiesta a través del juego	Le concede importancia a los juegos prohibidos, leyendas y cuentos
Respeto por los demás	Elige materiales de juego que más le agrada	Sabe de pintura y significado en el cuerpo descubre la

		tempera y acuarela
Seguridad	Utiliza frases y gestos de cortesía al saludar y despedirse.	Aprende a saludar en lengua castellana tímidamente.
Cooperación	Participa en el establecimiento y cumplimiento de normas de juego.	Sigue las normas de la maestra sin saltarse ninguna
Manejo con cierta destreza algunos objetos e instrumentos	Constituye uno de los alcances más significativo en aula	Recolecta taparas, elaboración de collares, tallado de madera

Fuente: elaboración propia

DOMINIO 3: LA EXPRESIÓN CORPORAL COMO RITO DE PASO EN EL CONTEXTO EDUCATIVO A TRAVÉS DE LA EXPRESIÓN ARTÍSTICA

Relación Semántica: Medio...Fin

Ejemplo: Como parte de sus experiencias más tempranas, las niñas y los niños utilizan la dramatización, el teatro,(narrativa, cuentos, imaginación) integrando el uso de formas y líneas a través de estrategias pedagógicas empleadas en el aula: el dibujo libre en creyones y tempera.

Términos incluidos	Relación Semántica	Dominio
Mediante el empleo de dibujos libres, colores, recortes de material de desecho, uso de semillas, y diseño de collares.	Se favorecen y se manifiestan cuando...	Realiza la expresión corporal como apreciación artística usando la utilización

<p>Expresa mediante el lenguaje oral: palabras en Pumé algunos elementos narrativos ejemplo: la bola de fuego.</p> <p>Expresa mediante el lenguaje Gestual: alegría, miedo, timidez,</p> <p>Expresa mediante el lenguaje corporal, el uso del ritmo a través de la música:</p> <p>Realiza representaciones reales de cómo es la danza</p> <p>Realiza representaciones imaginarias teatrales sencillas, uso de materiales ornamentales y alfarería pumé</p>		<p>de collares, empleo y dominio de la maraca y tambor.</p>
--	--	---

Fuente: elaboración propia

La necesaria simbiosis entre la enfermería transcultural en una comunidad indígena

En la comunidad Pumé las prácticas de cuidado sientan sus bases en rituales de curación y religiosos donde la fe en un ser superior cumple un papel muy importante para el afrontamiento de los procesos de salud-enfermedad y muerte. Lo anterior, se ha considerado parte del cuidado al que ya en diferentes contextos han hecho alusión distintos autores (Navas & Villegas, 2006).

A continuación, se presentan siete estrategias que, conforme a las necesidades de la primera infancia Pumé, pueden retomarse para la práctica cotidiana de cuidar considerando los ritos de paso como claves de respeto en las clínicas de crecimiento y desarrollo en el cuidado de enfermería desde el área preventivo:

1.-Los ritos de paso, son el instrumento principal utilizado para restablecer el equilibrio y, de allí, su importancia en la reproducción y producción cultural. Todas las comunidades Pumé observados realizan ritos durante los nacimientos, así como en los momentos de transición de los niños a la vida adulta.

2.-Se puede categorizar estos rituales en diferentes tipos a partir del particular fenómeno que regulan y, sobre todo, de su desarrollo: ritos de separación, como es el caso de los funerales, de incorporación, como en los matrimonios, y de transición, como en el caso de los ritos de iniciación. Sin embargo, particularmente en el caso de las etapas que marcan el desarrollo físico y la evolución social de la primera infancia, podemos encontrar aspectos de todos los tres tipos, como se ha señalado en los dominios culturales.

3.-Es importante resaltar que los casos tomados en consideración en la presente investigación indican que existe una variabilidad marcada de los tiempos de cambio, confirmando que las fases de

Cultura de los Cuidados

crecimiento están definidas por el universo cultural local más que por los eventos biológicos.

4.-La existencia de rituales que marcan el pasaje de un estadio al otro de la vida de los niños y de las niñas Pumé impone el análisis de las etapas con la finalidad de hacerla aprehensible a la conciencia de los actores sociales. Aunque hay una evidente correspondencia entre desarrollo psicológico y cognitivo de los niños y etapas del desarrollo, la información aportada por la etnografía, apuntan hacia la categorización cultural de las mismas, es decir, que los datos recolectados se refieren a lo que los padres, informantes claves, declararon más que a la observación clínica de los niños.

5.-De cualquier manera, en este estudio se mantuvo como referente que las estructuras psicológicas se forman en directa relación con la maduración biológica del niño, pero no necesariamente en concordancia con la atribución de lugar social, variando este en relación a cada cultura.

6.-Las sociedades indígenas Pumé, la represión de las emociones marca la formación de la personalidad de la primera infancia Pume, mientras que en otras el control es más blando, dejando un mayor margen de libertad al desarrollo personal de las emociones. Parece valer aquí una diferenciación interesante entre los controles impuestos a los niños de los impuestos a las

niñas, siendo sobre éstas que recae el mayor peso de la represión familiar.

7.-Finalmente, es necesario hacer referencia también a los modelos de desarrollo psicológico que enunciamos en las precisiones teóricas, Ya observamos que la etnografía nos permite averiguar completamente la validez del modelo Piagetiano en relación a las etapas de desarrollo que se ha identificado. Para esto sería necesario elaborar una serie de pruebas y una observación psicológica determinada por protocolos intra-culturales. Sin embargo, algo sí podemos inferir de los datos recolectados: la fase sensorio motor, que según Jean Piaget se completa a los dos años de edad, parece realizarse más o menos en ese rango temporal. Sin embargo, en el caso de la llamada fase pre-operacional, que se cumpliría entre los dos y siete años, tenemos la impresión que, en el caso de los niños y niñas indígenas Pumé, esta se cumple en un tiempo menor, quedándose completada hacia los cinco o seis años de edad. De hecho, si lo que caracterizaría esta fase es la relación con el mundo extra-familiar y la estructuración de las relaciones sociales, con distinción consiente entre parientes y no pariente, no cabe duda que los niños y niñas indígenas Pumé alcanzan tempranamente este estadio de desarrollo.

CONCLUSIONES

La enfermería, como parte de un sistema de salud, también tendría que promover el cumplimiento de esta estrategia

mediante el respeto y conocimiento de los tipos de cuidado a la salud y a la enfermedad que se generan en los diferentes grupos sociales y que permiten conservar la cultura, pero aún más importante, obedecen al mantenimiento del bienestar y la vida. En la primera infancia Pumé, es de vital importancia, la interpretación de los ritos de paso, son el instrumento principal utilizado para restablecer el equilibrio y, de allí, su importancia en la reproducción y producción cultural. Todas las comunidades Pumé observados realizan ritos durante los nacimientos, así como en los momentos de transición de los niños a la vida adulta. Resulta conveniente que se haga una reflexión hacia los modelos de cuidado utilizados, que están descontextualizados de la cultura en Venezuela y Latinoamérica, y comenzar a crear alternativas de cuidado que surjan de quien los recibe y no de quien los otorga.

La ciencia de enfermería, debe emerger para que se dé en la práctica ese respeto reclamado hacia todos los niños con diferentes culturas que integran la comunidad plural del siglo XXI, es preciso comprender que es imposible respetar lo que no se conoce. Dicho de otro modo, para ejercer eficazmente la enfermería transcultural se debe profundizar en el conocimiento de esa comunidad plural., especialmente las etnias indígenas. Y aún más, no sólo existe una enfermería transcultural, sino que más bien, este tipo de enfermería holística y armonizadora es el

ideal u objetivo a alcanzar en una sociedad plural. La necesaria reflexión desde la antropología en el cuidado de enfermería transcultural, en este momento debe hacerse en esta mirada, los cuidados culturales en la Primera infancia, comprenderán actividades orientadas a preservar o mantener, adaptar o negociar, reorientar o reestructurar los cuidados otorgados a los niños. El Sol Naciente, de Madeleine Leninger, representa el universo donde está inserta la persona, el que debe ser considerado por el profesional de enfermería, con una mirada holística de diversidad cultural para brindar cuidados seguros, responsables y congruentes con la cultura del otro, que es propia de su contexto original.

La cultura y el cuidado acompañan al ser humano desde que nace y van siendo compartidas y transferidas de una generación a otra, utilizándose como herramientas para preservar la existencia humana. La salud y los cuidados son universales, pero las formas de cómo estamos realizando esos cuidados influye en la forma de concebir la salud definidas de manera diferente según las culturas, esto refleja la diversidad. Es por ello que en el contexto multicultural en el que vivimos, toma importancia incorporar las creencias y valores de las personas y de esta forma proporcionar cuidados de enfermería efectivos, satisfactorios y coherentes con su cultura.

BIBLIOGRAFÍA

- Barona de Infante, N., & Álvarez, L. (1986). El proceso de salud-enfermedad: un fenómeno social. *Investigación y Educación en Enfermería*, 4(2), 47-54.
- Cánovas Tomás, M. A. (2008). *La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión*. Tesis de doctorado. Murcia: Universidad de Murcia. Recuperado de <http://bit.ly/2IIy873>
- Cardoso, M. A., Pascual, R., Moreno, G. M., Figueroa, M. E., & Serrano, C. (2007). Investigación cualitativa y fenomenología en salud. *Vertientes Revista Española en Ciencias de la salud*, 10(1-2), 25-32. Recuperado de <http://bit.ly/2koaE6S>
- Castillo, J. A. (2008). El cuidado cultural de enfermería. Necesidad y relevancia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(3), 1-7. Recuperado de <http://bit.ly/2ocmF8>
- García Piña, E. V. (2015). *Prácticas de cuidado tradicional y espiritual en una comunidad indígena nahua de Zongolica, Veracruz*. Tesis inédita de maestría. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- García, P. E. V., Cardoso, G. M. A., Serrano, S. C., & Ostiguín, M. R. M. (2015). Prácticas de cuidado tradicional y espiritual en una comunidad indígena nahua. *Cultura de los cuidados*, 19 (41), 34-43. doi: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.06>
- Hernández, L., & Vásquez, M. L. (2010). Practices and beliefs about exclusive breastfeeding by women living in Commune 5 in Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 41 (2), 161-170. Recuperado de <http://bit.ly/2I66xJH>
- Leininger, M. (1999). Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los cuidados*, 3(6), 5-12. doi: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.1999.6.01>
- Martínez, M. (2006). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. 2ª ed. México: Trillas.
- Navas, C., & Villegas, H. (2006). Espiritualidad y salud. *Ciencias de la educación*, 27 (1), 35-38. Recuperado de: <http://bit.ly/2IIcXSu>
- Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014- 2023, *Organización Mundial de la Salud, 2013*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://bit.ly/1Q3GLA5>
- Pérez, S. (2009). Enfermería transcultural como método para la gestión del cuidado en una comunidad urbana. *Revista Cubana de Enfermería*, 25 (3-4), 1-8. Recuperado de <http://bit.ly/1ppnhXq>
- Quilez Fajardo, L., & Ferrer Ferrándiz, E. (2015). Cuando la enfermería deviene teología. *Cultura de los Cuidados*, 19, 41, 23-33. doi: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.05>
- Ramos Lanfot, C. (2011). *Prácticas culturales de cuidado de gestantes indígenas que viven en el Resguardo Zenú ubicado en la Sabana de Córdoba*. Tesis de maestría-Bogota: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://bit.ly/2INwWMv>
- Sánchez Herrera, B. (2004). La dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad y muerte. *Aquichán*, 4, 6-9.
- Ritzer, G., Requena, D., & Revenga, R. (2001). *Teoría sociológica clásica*. Madrid: McGraw-Hill, 2001.

Spradley J. (1979). *The Ethnographic Interview*. New York: Harcourt B.J.C. Publishers.

Siles-González, J. (2016). La utilidad práctica de la Epistemología en la clarificación de la pertinencia teórica y metodológica en la disciplina enfermera, *Index de Enfermería*, 25(1-2), 86-92.

Staruss, A., y Corbin, J. (2000). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y*

procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada, Trad.). Colombia: Zimmerman.

Sánchez, F. (2000). *Prontuario de investigación documental y de campo*. México: Trillas.

Taylor, S.J., & Bodgan, R. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de la investigación*. Buenos Aires: Paidós.



Fuente: by maohill. CC BY 2.0 license. <https://search.creativecommons.org/photos/1463a235-abb4-4681-a98a-8f08ac88fac7>

TEORÍA

Aplicación del cuidado basado en la teoría de Orem al paciente ostomizado**Application of care based on Orem's theory to the ostomy patient****Aplicação do cuidado baseado na teoria de Orem ao paciente ostomizado**

**Francielly Anjolin Lescano¹, Tuany de Oliveira Pereira², Fernanda Maria Souza Juliano³,
Patrícia Rodrigues da Silva de Almeida Paz⁴, Edivania Anacleto Pinheiro Simões⁵**

¹Enfermeira residente em Cuidados Continuados Integrados pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Campo Grande/MS. Correo electrónico: fran_anjolin@hotmail.com

²Enfermeira residente em Cuidados Continuados Integrados pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Campo Grande/MS. Correo electrónico: tutytuany@hotmail.com

³Psicóloga residente em Cuidados Continuados Integrados pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Campo Grande/MS. Correo electrónico: m.fernandamsj@gmail.com

⁴Assistente Social residente em Cuidados Continuados Integrados pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Campo Grande/MS. Correo electrónico: patricrf@hotmail.com

⁵M.^a Enfermeira Preceptora e Docente de Enfermagem da Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados Hospital São Julião. Campo Grande/MS. Correo electrónico: edivania@saojuliao.org.br

Cómo citar este artículo en edición digital: Lescano, F.A., Pereira, T.O., Juliano, F.M.S., Paz, P.R.S.A. & Simões, E.A.P. (2020). Aplicación del cuidado basado en la teoría de Orem al paciente ostomizado. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 24 (57) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.20>

Correspondencia: Enzo cianteli, n°258. Campo Grande/MS. Brasil.

Correo electrónico de contacto: fran_anjolin@hotmail.com



Recibido: 23/10/2019

Aceptado: 22/02/2020

ABSTRACT

Intestinal stomies are performed to divert intestinal transit to the outside of the body, self-care of the subject is fundamental to the process of physical and psychosocial well-being, since there is a change in the body image. Objective: to report the experience of the practice of the systematization of nursing care, based on the therapeutic demands of self care according

to Orem's theory. Method: This is a descriptive study, a experience's report of the experience of the Residents of the Multiprofessional Residency Program in Continuing Care integrated into the area of attention to elderly health care in the state of Mato Grosso do Sul (MS). Case report: Client, 58 years old, white, married, salesman profession, with medical diagnosis of septic shock of abdominal focus. Discussion: The multiprofessional team in

this context inserts in the hospital context a new vision of care, it having as one of the functions to see the subject fragmented by medicine, and to break the Cartesian's model still existing in the professionals' imaginary. Final considerations: The knowledge of the multiprofessional team about the legislation that regulates the care of people with stomies is of extreme importance, since, this team must carry out its actions with efficiency and effectiveness in light of what the law recommends, in addition, it is also the socialization of information with patients and family members about the guarantee of rights.

Key words: Patient care, self care, colostomy, patient care team, humanization of assistance.

RESUMEN

La estomía intestinal se realiza para desviar el tránsito intestinal hacia el exterior del cuerpo, el autocuidado del sujeto es fundamental para su proceso de bienestar físico y psicosocial, ya que ocurre un cambio en la imagen corporal. Objetivo: relatar la experiencia de la práctica de la sistematización de la asistencia de enfermería, con base en las demandas terapéuticas de autocuidado de acuerdo con la teoría de Orem. Método: Se trata de un estudio descriptivo, tipo relato de experiencia de las residentes en el Programa de Residencia Multiprofesional en Cuidados continuados integrados en el área de concentración en atención a la salud del paciente en el estado de Mato Grosso do Sul (MS). Relato del caso: Paciente 58 años, blanco, casado, profesión vendedor, con diagnóstico médico de choque séptico de foco abdominal. Discusión: El equipo multiprofesional en ese ámbito inserta en el contexto hospitalario una nueva visión del cuidado, teniendo como una de las funciones coser el sujeto fragmentado por la medicina, y romper el modelo cartesiano aún existente en el imaginario de los profesionales. Consideraciones finales: El conocimiento del equipo multiprofesional acerca de la legislación que regula la atención de las personas con estomias es de extrema importancia, una vez que ese equipo debe desempeñar sus acciones con eficiencia

y eficacia a la luz de lo que la legislación indica.

Palabras clave: Atención al paciente, autocuidado; colostomía; grupo de atención al paciente; humanización de la atención.

RESUMO

Estomia intestinal é realizada para desviar o trânsito intestinal para o exterior do corpo, o autocuidado do sujeito é fundamental para o seu processo de bem-estar físico e psicosocial, visto que ocorre mudança na imagem corporal. Objetivo: relatar a experiência da prática da sistematização da assistência de enfermagem, com base nas demandas terapêuticas de autocuidado de acordo com a teoria de Orem. Método: Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência das residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados continuados integrados na área de concentração em atenção à saúde do idoso no estado de Mato Grosso do Sul (MS). Relato de Caso: Cliente 58 anos, branco, casado, profissão vendedor, com diagnóstico médico de choque séptico de foco abdominal. Discussão: A equipe multiprofissional nesse âmbito insere no contexto hospitalar uma nova visão do cuidado, tendo como uma das funções costurar o sujeito fragmentado pela medicina, e romper o modelo cartesiano ainda existente no imaginário dos profissionais. Considerações finais: O conhecimento da equipe multiprofissional acerca da legislação que regulamenta o atendimento das pessoas com estomias é de extrema importância, uma vez que, essa equipe deve desempenhar suas ações com eficiência e eficácia à luz do que a legislação preconiza.

Palavras-Chave: Assistência ao paciente, autocuidado, colostomia, equipe de assistência ao paciente; humanização da assistência.

INTRODUÇÃO

A palavra estoma deriva do grego stóma, cujo significado é abertura de um órgão oco para comunicar com o exterior do

corpo, com a finalidade de desviar o trânsito intestinal para o exterior do corpo, o nome do estoma esta relacionado ao local que foi confeccionado, os estomas intestinais poderão ser temporários ou permanentes (Coelho, Santos, & Poggetto, 2013). Após a confecção do estoma, o sujeito enfrenta alteração corporal, pois o mesmo não terá controle das eliminações intestinais, conseqüentemente reduzindo a sua qualidade de vida. Os estomas são confeccionados em alças com mobilidade e que tenha comprimento adequado para facilitar sua exposição na cavidade abdominal (Rocha, 2011; Silva, ES., Castro, DS., Garcia, TR., Romero, & WG; Primo, CC, 2017).

O Autocuidado é um conceito amplo, ele está ligado a vários fatores que o individuo se relaciona em vida, como: bem-estar, saúde, sobrevivência, autoaprendizagem, por isso não pode ser limitado apenas como a capacidade de realizar atividades da vida diária, ele é extrínseco ao próprio ser humano (Santos, B., Ramos, A. & Fonseca, C., 2017). Realizar cuidados na pessoa, que foi submetido à estomia, demanda particularidades, pois o procedimento cirúrgico altera a imagem, devendo elaborar um atendimento singular e sistematizado. Por conseguinte, cuidar da pessoa, que foi submetido ao procedimento de estoma, é um desafio para os profissionais, principalmente para o enfermeiro, pois ele estará cuidando de uma pessoa que teve modificação na sua imagem corporal, em sua autoestima, dentre

outras mudanças que ocorrem na vida deste sujeito (Carvalho, AORM., Budó, MLD., Silva, MM., Alberti, GF., & Simon, BS. 2015).

Portanto, o papel do enfermeiro é fundamental para garantir o sucesso da aplicação prática assistencial da teoria de Orem, este profissional deve estimular a autonomia do cliente e trabalhar os obstáculos que não permitem que este realize o autocuidado e se torne independente de terceiros, de maneira que este será desenvolvido como o reflexo do próprio cuidado recebido da enfermagem que é reproduzido pelo cliente, por isso este deve ser de qualidade visando a promoção da saúde (Tomey & Alligood, 2004).

Por fim, durante a internação o enfermeiro viabiliza ao sujeito o seu autocuidado, sendo fundamental, pois durante este período é possível sanar suas dúvidas sobre a manutenção e trocas do dispositivo e que o sujeito estará apto a identificar quando apresentar alguma anormalidade no estoma (Silva J. et al., 2014).

Assim, este relato tem por objetivo relatar a experiência da prática da sistematização da assistência de enfermagem, com base nas demandas terapêuticas de autocuidado de acordo com a teoria de Orem, para assistência de saúde em um paciente estomizado.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência das residentes do

Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados continuados integrados na área de concentração em atenção à saúde do idoso no estado de Mato Grosso do Sul (MS), Centro-Oeste Brasileiro, vinculada a um hospital geral, filantrópico, de média complexidade, conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS). O hospital tem como característica a abordagem do autocuidado e autonomia dos sujeitos para suas atividades de vida diária, além de incluir os cuidadores/familiares na assistência ao cliente por meio do processo de educação em saúde a fim de prepará-los para o cuidado continuado. A pesquisa foi realizada no período 14/07/2018 a 29/08/2018.

O sujeito foi selecionado segundo os critérios: sendo colostomizado, maior que 18 anos e ser capaz de verbalizar suas necessidades. Foi utilizado o autorrelato estruturado por meio de entrevista, além de exame físico contemplando questões contidas em instrumento embasado por Orem. Na primeira avaliação realizada no serviço, houve um levantamento de dados, em que comportamentos e informações puderam ser observados e obtidos. A partir disso, foram elaborados Diagnósticos de Enfermagem. Em seguida, realizou-se o planejamento das intervenções de Enfermagem, propostos pela teoria em questão, foram implementadas durante as visitas diárias. Após 3 semanas de internação foi observado a capacidade para o autocuidado, bem como a eficácia das intervenções propostas. Para continuidade

da assistência, o sujeito passou a ser acompanhado diariamente até a alta caso houvesse alguma dúvida. Os dados foram analisados à luz da Teoria de Orem. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) em seus aspectos éticos e metodológicos sob registro do CAAE nº 66189317.7.0000.5162 e parecer favorável do Protocolo nº 2.049.316.

RELATO DE CASO

Cliente 58 anos, branco, casado, profissão vendedor. Admitido na unidade Cuidados Continuados Integrados – Aldo Rabino, proveniente do hospital de grande porte de Campo Grande/MS, com diagnóstico médico de choque séptico de foco abdominal, no qual realizado cirurgia abdominal Herniorrafia + Colectomia parcial do transversos + Colostomia terminal. Cliente nega alergia medicamentosa; etilismo e tabagismo, entretanto é hipertenso, diabético (DM2), obeso, Insuficiência venosa crônica, dislipidêmico, fazia uso corriqueiramente do Ácido Acetilsalicílico; Anlodipino; Diosmina + Hesperidina; Hidroclorotiazida; Losartana; Sinvastatina; Xigduo®. Ao exame físico: Consciente, orientado, contactuando verbalmente com Escala de Coma de Glasgow AO 04 + RV 05 + RM 06 = 15/15. Anictérico, acianótico, hipocorado 1+/4+. Dieta via oral livre para diabéticos e hipertenso com boa aceitação. Ausculta

Pulmonar: MV + Bilateral, RA-, tórax simétrico com boa expansibilidade, em ventilação espontânea sem auxílio de O₂ complementar. Ausculta Cardíaca: BNR hipofonéticas, normotenso 110 x 80 mmHg, normocardico 77 b.p.m, pulsos periféricos finos e simétricos, pulsos centrais cheios e simétricos, extremidades aquecidas. Avaliação abdome: Globoso, colostomia transversa funcionante, em uso de bolsa coletora de colostomia de duas peças, incisão cirúrgica de laparotomia com deiscência com secreção serosa, cicatriz em hipocôndrio direito e mesogástrico esquerdo, RHA+, percussão timpânica, flácido, indolor a palpação superficial e profunda, ausência de globo vesical e visceromegalias palpáveis. Geniturinário, diurese em uso da SVD Nº 18 Foley de duas vias. Membro inferior esquerdo com dermatite ocre (paciente relata ter tido erisipela bolhosa), lesão lateral externa do pé esquerdo com tecido de epitelização. Locomovendo se com cadeira de rodas com auxílio de terceiros.

Cliente no decorrer da internação evolui com ganhos na função motora, sendo assim, ao iniciar a deambulação com auxílio do andador, o mesmo expressou o interesse de realizar seu autocuidado. Por conseguinte, cliente era auxiliado pelo cuidador (a) para deslocar-se para o banho, no qual o mesmo realizava a sua higienização corporal.

As enfermeiras residentes trocavam a bolsa coletora de colostomia do sujeito a cada três dias ou conforme necessidade,

entretanto, o indivíduo começou a realizar a troca da bolsa, visto que o mesmo já desprezava as eliminações intestinais e que após a alta hospitalar ele seria responsável para realizar os cuidados do dispositivo e sua troca. Quando cliente realizou pela primeira vez a substituição do dispositivo de colostomia, o mesmo expressava sentimento de orgulho, sendo recíproco este sentimento das residentes com ele. Ao receber alta hospitalar já se encontrava deambulando com auxílio da bengala de 01 ponta e seguro quanto os cuidados a serem realizados com a colostomia, assim como identificar suas alterações.

DISCUSSÃO

Sistematização da Assistência de Enfermagem

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um instrumento capaz de permitir uma assistência humanizada ao indivíduo, de maneira integral, minimizando efeitos da sua hospitalização e atendendo suas particularidades do processo saúde-doença, possibilitando ao enfermeiro a antecipação de complicações futuras, permitindo a continuidade do cuidado em todos os turnos de trabalho (Amante, LN., Rossetto, AP., & Dulcinéia, GS., 2009).

A SAE proporciona cientificidade da profissão do enfermeiro, define sua atuação enquanto profissional anula o cuidado empírico e intuitivo conferindo um agir baseado em evidências observado após uma avaliação criteriosa. Isso permitirá, por meio do acompanhamento das evoluções

diárias do cliente, que o enfermeiro estimule a sua autonomia valorizando-o como corresponsável pela terapêutica, sendo atuante e participante nas tomadas de decisões quanto a sua saúde (Castilho, NC., Ribeiro, PC. & Chirelli, MQ, 2009).

De acordo com Hartweg e Pickens, (2016) Orem acredita que o indivíduo é influenciado pelo ambiente e que as características: sociais, culturais, religiosas, pessoais, aliados a relação do profissional da saúde com o cliente irão interferir no comportamento e no desenvolvimento do autocuidado, que se desenvolvidas e utilizadas beneficentemente poderá ser capaz de minimizar e sanar sintomas, prevenir complicações patológicas, reduzir o tempo de internação do sujeito no ambiente hospitalar, previne a hospitalização e por fim, proporcionando recuperação em tempo hábil (Quadro 01).

O Estoma e suas implicações nas vivências e afetos

O fator psicológico tem grande relevância nas discussões e precisam ser pensados diante do adoecimento do corpo. A equipe multiprofissional nesse âmbito insere no contexto hospitalar uma nova visão do cuidado, tendo como uma das funções costurar o sujeito fragmentado pela medicina, e romper o modelo cartesiano ainda existente no imaginário dos profissionais. Dessa maneira, o corpo não é apenas o órgão, ou função em mal

funcionamento que tentamos reaver nos processos saúde-doença, o corpo aqui é marcado por uma constituição não apenas do psiquismo, e também não só orgânica, e sim por uma estrutura com diversos pontos de vistas, que formam: o real, o simbólico, e o imaginário (Vaz & Costa, 2015).

O imaginário demarca sua entrada por meio do registro psíquico do sujeito, e representa as imagens formadas que o indivíduo constitui de si a partir do outro, é o corpo representado por imagens que o outro formou e foram devolvidas para nós, podemos incluir aqui toda a construção social sobre nosso corpo, que é constituído por ideais, papéis sociais, modos de produção. O simbólico tem seu registro pelo significante, é o que construímos e simbolizamos pela linguagem, sendo também marcado pela singularidade. Já o real, apresenta-se como algo que não pode se dizer, algo que foge da simbolização, no corpo ele se mostra como pura carga de energia psíquica permeado por estímulos que se esbarram no corpo orgânico como repercussão (Vaz & Costa, 2015). Sendo assim, trataremos do corpo estomizado a partir desta estrutura, que abrange aspectos de formações imaginárias, simbólicas em articulação com o real. “O sofrimento é uma experiência psíquica, mas também corporal, não existe sofrimento sem corpo, não existe sofrimento puramente moral, pois o corpo faz a intermediação das experiências humanas” (Brasil, 2005, p.60).

O paciente em questão abordado no relato, inicialmente não apresentou questões referentes à estomia e incômodo, sendo identificado como aspecto a ser trabalhado na hospitalização pela psicologia apenas a ansiedade que gerou um nível de estresse e impaciência ao paciente. No decorrer do processo, foi possível identificar esta ansiedade associada a questão de higienização da bolsa, vergonha quando estava cheia, ou se enchia no meio dos diálogos, evoluindo posteriormente para diminuição do apetite que ocasionou em episódios de hipoglicemia. Segundo Antônio (2016), a cirurgia fundamenta um abalo físico e psicológico vivenciado pelo sujeito, revela-se como traumática tanto na vida do paciente como dos familiares e demanda adaptações a nova condição de saúde. Ainda conforme a autora, “a alteração da imagem corporal e das funções de excreção são fatos que modificam, não apenas as tarefas do dia-a-dia, mas também o papel social, a sexualidade e a autoestima levando ao sofrimento” (Antônio, 2016, p.10).

A negação inicial do paciente em relação à estomia e todos os aspectos envolvidos posteriormente que eram associados a bolsa de colostomia, revela a inscrição de processos vivenciados pelo paciente de maneira não consciente que se esbarravam em consequências pra este corpo, como inibição de apetite e os episódios de mal estar. Vale ressaltar também, que a obesidade apresentava-se

como fator principal para a não reversão da estomia. De acordo com Cerezetti (2012), perder uma parte do corpo é um processo que envolve bastante sofrimento pelo sujeito e é vivenciado como um luto, isto por sua vez, não significa que o indivíduo que sofre não possa ou não queira aprender maneiras de lidar com a colostomia, mas indica a existências de tarefas mais emergentes, como por exemplo, o enfrentamento da realidade e a perda do controle do esfíncter. Devemos ainda considerar a questão, não apenas pela característica da falta, mas também anterior a isso, e anterior à perda há a mutilação de um órgão, sendo associada e representada pelo uso da bolsa coletora, e correlacionada muitas vezes estreitamente à perda de capacidade produtiva do paciente (Barbutti, Silva, & Abreu, 2008). Vivenciar outra forma de funcionamento do corpo, também é um fator importante de ser pontuado neste processo, este fator por sua vez ocasiona mobilização de afetos em torno da estomia e muitas vezes a retração social do sujeito:

A estomia desfigura o corpo, prejudicando possibilidades de romance futuro, além de outras limitações a serem enfrentadas, pelo resto da vida. A barriga e os cuidados que ela demanda, tornam-se o centro da vida dos pacientes. Muitos vivem a barriga. Uma preocupação fisiológica das necessidades corporais como a dieta, a higiene, os movimentos peristálticos e as eliminações. O sentido aqui é o sentido como ‘sentir na pele’, os sentidos aparecerem na visão do estoma (muitos pacientes no pós-operatório imediato se recusam a vê-lo), outros sentidos estão

presentes como o mau-cheiro e as dores. Estes sentimentos se manifestam nos conflitos da vida, também psíquica (Antônio, 2016, pp.33-32).

O trabalho desta maneira foi conduzido de forma integral pela equipe, propiciando ao sujeito modos de enfrentamento e abordagens que diminuiram a ansiedade vivenciada. Foram trabalhadas por meio do acompanhamento psicoterapêutico estas questões trazidas, juntamente com o manejo da enfermagem singularizado quanto a questões do autocuidado e adaptações necessárias. O paciente pode então desenvolver mais autonomia e independência em relação ao autocuidado, evitando situações de constrangimento que havia anteriormente diante a equipe, por exemplo, quanto ao manejo da enfermagem da bolsa, e também em relação ao contato que havia com alguns profissionais quando esperava o cuidado ser prestado, em que era visto com a bolsa de colostomia cheia, ou vazando.

Levando em consideração que “O sujeito é função da fala – Lacan o designa como *parlêtre* para marcar que, além da fala que atualiza a sua presença dividida no mundo, nada dá sentido ao ser, a não ser a fala que atualiza a sua presença dividida no mundo” (Fingermann, 2007, p. 26). Portanto, nada dá sentido e caracteriza um sujeito como sujeito diante do mundo, que não seja a linguagem. Sendo a linguagem fonte de estruturação do sujeito, propiciar um cuidado em que é priorizado as

narrativas e questões subjetivas do sujeito traz a reabilitação uma roupagem mais humanizada tentando abranger o sujeito em sua integralidade.

A estomia e a legislação

As pessoas que passaram pelo processo de estomias, de modo legal, são consideradas portadoras de deficiência física, desta forma, apresentam-se amparadas legalmente pelo Estatuto da Pessoa Com Deficiência, lei nº 13.146 de 06 de julho de 2015. No entanto, o fato de estarem amparadas legalmente, não exclui ou minimiza o processo de sofrimento que é constantemente vivenciado, pelo contrário, essa observação legal que os vincula à deficiência pode trazer ainda mais estigmatização frente à sociedade.

O Serviço Social, frente à realidade desses sujeitos, permeia à análise social quanto ao processo de estigmatização vivido, buscando desta maneira não somente garantir os direitos. Ressalta-se que, como a base da vida social se dá por meio do trabalho, quando este sujeito é expropriado de uma função social e é acometido da perda da sua capacidade produtiva o processo de sofrimento extrapola as barreiras do “eu” atingindo assim dimensões macroscópicas (Antunes, 2002).

Porquanto, na ótica dos direitos, a oferta gratuita pelo Poder Público das bolsas coletoras de colostomia se apresenta apenas como um dentre os vários direitos que são garantidos aos ostomizados. Em 16 de novembro de 2009, o Ministério da Saúde

regulamentou o Serviço de Atenção às Pessoas Ostomizadas por meio da Portaria nº 400, que objetiva a padronização da prestação do serviço de assistência aos estomizados, à referida Portaria versa por uma assistência especializada, de natureza interdisciplinar, não só direcionada às pessoas com estoma, como também aos cuidadores e/ou familiares, objetivando a reabilitação, focando na instrução para o autocuidado, realização das atividades de vida diária e prevenção de complicações nas estomias (Brasil, 2009).

A própria legislação estabelece a instrução para o autocuidado como o foco na atenção especializada aos pacientes estomizados e o paciente em questão abordado no relato, recebeu a assistência e as orientações necessárias com vistas à sua singularidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O indivíduo que foi submetido ao procedimento de colostomia intestinal, sendo ela temporária ou definitiva, poderá desencadear o sentimento de vergonha, baixo autoestima, por conseguinte levando a retração social, pois este sujeito poderá cogitar que não se enquadra nos padrões considerados “normais” para convivência social, devido à sua mudança corporal, ao não controle das eliminações intestinais e até mesmo ao pressupor a possibilidade de ser dependente de cuidados de terceiros, desta maneira os profissionais de saúde terão que atender o sujeito de maneira biopsicossocial.

Visto que, o enfermeiro constantemente elabora a sistematização da assistência de enfermagem, possibilitando assim, intervenções singulares e que sejam relacionadas ao autocuidado com embasamento na teoria de Orem, conforme o sujeito passa a realizar seu autocuidado, será possível que o mesmo perceba que constantemente terá prós para restabelecer a sua independência, sendo ela total ou parcial, porquanto melhorando a sua qualidade de vida.

O Brasil é um país democrático de direito, sendo assim, o arcabouço legal, regula e determina não só a ação dos indivíduos, como também, regulamenta e determina as ações internas e externas do Estado, isto é, do Estado com relação aos cidadãos e também com relação ao próprio Estado. O conhecimento da equipe multiprofissional acerca da legislação que regulamenta o atendimento das pessoas com estomias é de extrema importância, uma vez que, essa equipe deve desempenhar suas ações com eficiência e eficácia à luz do que a legislação preconiza, ademais, cabe também à socialização de informações com os pacientes e familiares no que se refere à garantia de direitos.

REFERÊNCIAS

Amante, L.N., Rossetto, A.P. & Dulcinéia, G.S. (2009). Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 1, 54-64.

- Antonio, O.S. (2016). *O estoma: investigação psicanalítica-existencial do sofrimento psíquico e sua modalização*. (Tese de Doutorado)- Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília. Recuperado de http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/21754/1/2016_PrisciladaSilvaAntonio.pdf.
- Antunes, R. (2002). Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. Campinas, São Paulo. Editora: Cortez.
- Barbutti, R.C.S., Silva, M.C. & Abreu, M.A.L. (2008). Ostomia, uma difícil adaptação. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. 2, 27-37.
- Brasil, K.C.T.R. (2005). *Corpo e sensação na clínica psicossomática: uma investigação teórico-clínica exploratória dos pacientes portadores de psoríase*. (Tese Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília: Brasília.
- Portaria n. 400, de 16 de novembro de 2009. Institui organização do Serviço de Atenção às Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde, Brasília, DF, dezembro de 2012. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sa/2009/prt0400_16_11_2009.html.
- Lei n. 13.146/2015 (Lei Ordinária) de 06 de junho de 2015. Institui a Lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF, junho de 2015. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm.
- Castilho, N.C., Ribeiro, P.C. & Chirelli, M.Q. (2009). A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. 2, 280-289.
- Carvalho, A.O.R.M., Budó, M.L.D., Silva, M.M., Alberti, G.F. & Simon, B.S. (2015). “Com um pouco de cuidado a gente vai em frente”: vivências de pessoas com estomia. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*., 1, 279-87. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00279.pdf.
- Cerezetti, C.R. (2012). Orientações Psicológicas e capacidade reativa de pessoas ostomizadas e seus familiares. *Revista O mundo da Saúde*.,2, 332-339. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/orientacoes_piscologicas_capacidade_reativa_pessoas.pdf.
- Coelho, A.R., Santos, F.S. & Poggetto, M.T.D. (2013). A estomia mudando a vida: enfrentar para viver. *Revista Mineira de Enfermagem*., 2, 258- 267. Recuperado de <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/649>.
- Dell’Acqua, M.C.Q., Palhares, V.C. & Miranda, J.S. (2017). Processo de cuidar de indivíduos adultos com estomias. In Associação Brasileira de Enfermagem; Bresciani H.R, Martini J.G, Mai L.D, organizadores. *PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Adulto: Ciclo 11*. Porto Alegre, Brasil. Editora Artmed Panamericana.
- Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre, Brasil. Editora: Artmed.
- Fingermann, D. (2007). O que falar quer dizer?. *Revista Ide*. 45, 24-27.
- Hartweg, D.L. & Pickens, J. (2016). A Concept Analysis of Normalcy within Orem's SelfCare Deficit Nursing Theory. *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*., 1, 4-13. Recuperado de <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/6-Autocuidado-forma%C3%A7%C3%A3o.pdf>.

Cultura de los Cuidados

Rocha, J.J.R. (2011). Estomias intestinais- (ileostomias e colostomias) e anastomose intestinais. *Medicina Ribeirão Preto. Revistas Universidade de São Paulo.*, 1, 51-6. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47335/51071>.

Santos, B., Ramos, A. & Fonseca, C. (2017). Da formação à prática: Importância das Teorias do Autocuidado no Processo de Enfermagem para a melhoria dos cuidados. *Journal of Aging & Innovation.*, 1, 51-54. Recuperado de <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/6-Autocuidado-forma%C3%A7%C3%A3o.pdf>.

Silva, J., Sonobe, H.M., Buetto, L.S., Santos, M.G., Lima, M.S., & Sasaki, V.D.M. (2014). Estratégias de ensino para o autocuidado de

estomizados intestinais. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.*, 1, 166-73.

Silva, E.S., Castro, D.S., Garcia, T.R., Romero, W.G., & Primo, C.C. (2016). Tecnologia do cuidado à pessoa com colostomia: diagnósticos e intervenções de enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem.* Recuperado de doi: 10.5935/1415-2762.20160001.

Tomey, A.M., & Alligood, MR. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem. Portugal. Editora: Lusodidacta.

Vaz, A.I.A., Costa, R. (2015). Mulheres e as influências afetivas no adoecimento hipertensivo. *Psicologia Revista.*, 1, 83-106. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/view/24230/17440>.



Fuente: By Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. CC BY-NC-SA 2.0 license. <https://search.creativecommons.org/photos/93b7cd8f-9d12-4d46-904b-d2d3b7b0a319>

Quadro 01- Diagnósticos e prescrições de enfermagem segundo domínios da NANDA-I de uma unidade de reabilitação com base nas demandas terapêuticas de autocuidado

Domínios da NANDA – I	Características definidora	Diagnósticos de enfermagem	Prescrição de enfermagem
9- Enfrentamento/ Tolerância ao estresse	Preocupações devido à mudança em eventos da vida; medo; angústia; Nervosismo; pesados.	Ansiedade	Escutar ativamente; aumento da segurança; melhora no sono; monitorização dos sinais vitais.
1- Promoção da saúde	Não aceitação da mudança no estado de saúde; minimiza mudança no estado de saúde.	Comportamento de saúde propenso a risco	Assistência ao autocuidado; melhora da disposição para aprender; orientação quanto ao Sistema de Saúde.
4- Atividade/ Repouso	Relata desejo de aumentar o conhecimento de estratégias de autocuidado; relata desejo de aumentar a independência no bem-estar.	Disposição para melhora do autocuidado	Assistência ao autocuidado; Ensino procedimento; Melhora da autocompetência: ensino: indivíduo.
9- Enfrentamento / Tolerância ao estresse	Expressa desejo de melhorar o envolvimento em atividades; expressa desejo de melhorar autoestima; expressa desejo de melhorar o uso de estratégias para controle de conflitos.	Disposição para resiliência melhorada	Melhora da autocompetência; melhora da autoestima; facilitação da autorresponsabilidade.
6- Autopercepção	Alteração na visão do próprio corpo (ex.: aparência, função, estrutura), sentimentos negativos em relação ao corpo; mudança no estilo de vida; mudança no envolvimento social; preocupação com alterações.	Distúrbio na imagem corporal	Assistência no autocuidado: atividades essenciais da vida diária; cuidados com ostomia; controle do peso;
9- Enfrentamento/ Tolerância ao estresse	Alteração da imagem corporal; mudança de papel social.	Risco de baixa autoestima situacional	Melhora da autopercepção; Melhora do enfrentamento.
3- Eliminação e Troca	Mudança nos hábitos alimentares; distúrbio emocional.	Risco de constipação	Redução da ansiedade; Monitoração hídrica; terapia com exercícios: deambulação; controle nutricional; promoção da saúde oral.
11- Segurança / Proteção	Excreções; umidade; secreções; alteração na pigmentação.	Risco da integridade da pele prejudicada	Controle hídrico; cuidados com ostomias; supervisão da pele; precauções no uso de artigos de látex.
12- Conforto	Isolamento social	Risco de solidão	Promoção de vínculos; apoio familiar; facilitação da visita.
9- Enfrentamento / Tolerância ao estresse	Estigmatização	Risco de Sentimento de impotência	Orientação quanto ao Sistema de Saúde; ensino do procedimento; treinamento de assertividade.

Fuente: Elaboración propia

Aplicabilidad de la teoría de Orem en el autocuidado de personas con ostomía intestinal: un estudio reflexivo

Applicability of the Orem theory in self-care of the person with intestinal stomies: a reflexive study

Aplicabilidade da teoria de Orem no autocuidado de pessoa com estomia intestinal: estudo reflexivo

Marina Bavaresco¹; Geruza Maria da Silva Gonçalves Manfredini²; Raul de Paiva Santos³, Zélia Marilda Rodrigues Resck⁴, Silvana Maria Coelho Leite Fava⁵, Eliza Maria Rezende Dázio⁶

¹Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas. Unifal-Mg. Correo electrónico: marinabavaresco@hotmail.com

² Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas. Unifal-Mg. Correo electrónico: geruzams@hotmai.com

³ Enfermeiro, Mestre em Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas. Unifal-Mg. Correo electrónico: raulpaivasantos@hotmail.com

⁴ Enfermeira, Doutora em Enfermagem e Docente da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas. Unifal-Mg. Correo electrónico: zmrresck57@gmail.com

⁵ Enfermeira, Doutora em Enfermagem e Docente da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas. Unifal-Mg. Correo electrónico: silvanaleitefava@gmail.com

⁶ Enfermeira, Doutora em Enfermagem e Docente da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas. Unifal-Mg. Correo electrónico: elizadazio@yahoo.com.br

Cómo citar este artículo en edición digital: Bavaresco, M., Manfredini, G. M. S. G., Santos, R. P., Resck, Z. M. R., Fava, S. M. C. L., & Dázio, E. M. R. (2020). Aplicabilidad de la teoría de Orem en el autocuidado de personas con ostomía intestinal: un estudio reflexivo. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 24 (57) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.21>

Correspondencia: aMg- Centro. CEP: 37130-001. Alfenas (MG), Brasil.
Correo electrónico de contacto: marinabavaresco@hotmail.com



Recibido:13/10/2019

Aceptado:20/02/2020

ABSTRACT

The making of an intestinal ostomy leads to physical changes that can affect all dimensions of human life. It is believed that through the Nursing Theory of Self-Care Deficit it is possible to promote nursing care to people with intestinal ostomy. Thus, the aim of this study was to reflect on the

applicability of Dorothea Orem's Self-Care Deficit Theory in nursing care for people with intestinal ostomy. It is a theoretical-reflective study and for that, a narrative review was carried out with search for the material in the LILACS, Pubmed and Google Scholar databases and a qualitative synthesis of the analyzed works. In view of the changes caused by the presence of the

ostomy, the person needs to perform important care for their self-care. The planning of nursing care based on the Theory of Self-Care Deficit contributes to the return to activities of daily living, social reintegration, care with the ostomy and collection equipment and preventing complications. Thus, the applicability of this theory demonstrates its potential to support the planning and implementation of assistance to people with ostomy in order to promote their autonomy and independence to perform their self-care, in addition to subsidizing Advanced Nursing Practice in the national scenario

Key words: Ostomy, self care, nursing theory, nursing care.

RESUMEN

La realización de una ostomía conlleva a modificaciones físicas que pueden afectar todas las áreas de la vida del ser humano. Se piensa que por medio de la Teoría de Enfermería del Déficit del Autocuidado, es posible promover el cuidado de enfermería a la persona con ostomía intestinal. De esta forma, el objetivo de este estudio fue reflexionar sobre la aplicabilidad de la teoría del autocuidado de Dorothea Orem en el cuidado de enfermería a la persona con ostomía intestinal. Se trata de un estudio teórico-reflexivo, por tanto, se realizó una revisión narrativa con búsqueda del material en las bases de datos LILACS, Pubmed e Google Académico y una síntesis cualitativa de los trabajos analizados. Durante los cambios ocasionados por la presencia de la ostomía, la persona necesita realizar cuidados importantes para su autocuidado. El planeamiento de la asistencia de enfermería fundamentado en la Teoría del Déficit del Autocuidado, contribuye para el retorno de las actividades de la vida diaria, cuidado de la ostomía y del equipo recolector, prevenir complicaciones, además, del reintegro a la sociedad. En este sentido, la aplicabilidad de la teoría del Autocuidado de Dorothea Orem, demuestra su potencial para subsidiar el planeamiento y la implementación de la asistencia a la persona con ostomía, de tal forma que promueve la autonomía e independencia para realizar su autocuidado, además, de

subsidiar la Práctica Avanzada de Enfermería en el escenario nacional.

Palabras clave: Estomía, autocuidado, teoría de enfermería, atención de enfermería.

RESUMO

A confecção de uma estomia intestinal leva a modificações físicas que podem afetar todas dimensões da vida do ser humano. Acredita-se que por meio da Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado é possível promover o cuidado de enfermagem à pessoa com estomia intestinal. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi refletir sobre a aplicabilidade da Teoria do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem no cuidado de enfermagem à pessoa com estomia intestinal. Trata-se de um estudo teórico-reflexivo e para tanto, realizou-se uma revisão narrativa com busca do material nas bases de dados LILACS, Pubmed e Google Acadêmico e síntese qualitativa dos trabalhos analisados. Diante das mudanças ocasionadas pela presença da estomia, a pessoa necessita realizar cuidados importantes para seu autocuidado. O planejamento da assistência de enfermagem fundamentado na Teoria do Déficit de Autocuidado contribui para a o retorno às atividades de vida diária, a reinserção social, ao cuidado com a estomia e equipamento coletor e prevenir complicações. Assim, a aplicabilidade desta teoria demonstra o seu potencial para subsidiar o planejamento e a implementação da assistência à pessoa com estomia de modo a promover a sua autonomia e independência para realizar o seu autocuidado, além de subsidiar a Prática Avançada de Enfermagem no cenário nacional.

Palavras-chave: Estomia, autocuidado, teoria de enfermagem, cuidados de enfermagem.

INTRODUÇÃO

Este estudo apresenta algumas reflexões acerca do autocuidado de pessoa com estomia intestinal à luz da Teoria do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem.

Para a compreensão do objeto de estudo é importante apresentar o significado do termo estomia. Trata de uma cirurgia realizada para a exteriorização de qualquer víscera oca através do corpo, com a finalidade de desviar o trânsito normal da alimentação ou da eliminação de efluente, como secreções, fezes e/ou urina (Santos & Cesaretti, 2015).

No tocante a estomia intestinal, ela é confeccionada em caráter definitivo ou temporário, como opção terapêutica para o tratamento de anomalias intestinais congênitas, traumatismos abdominais, doenças inflamatórias intestinais como a doença de Crohn, retocolite ulcerativa, diverticulite e neoplasias como o câncer colorretal (CCR) (Santos & Cesaretti 2015; Sena 2015).

Dados epidemiológicos do Brasil (2019) apontaram que esse tipo de câncer é o terceiro mais frequente em homens e o segundo entre as mulheres e possui relevância epidemiológica mundial, uma vez que é a terceira neoplasia maligna mais comumente diagnosticada e a quarta principal causa de morte por câncer. O Brasil caminha rapidamente para o aumento de casos de CCR e para cada ano do triênio de 2020-2022, são estimados 41.000 casos novos.

A presença de uma estomia intestinal leva a modificações físicas que podem afetar todas as demais dimensões da vida do ser humano, quais sejam, psicológica, social, cultural e espiritual, pois as suas eliminações intestinais são

involuntárias, pelo abdômen e ainda, demandam o uso contínuo de um equipamento coletor de efluentes (Teles *et al.*, 2017). Ademais, o diagnóstico de câncer pode representar para a pessoa um atestado de morte (Silva, Santos & Oliveira, 2019).

Diante do comprometimento da multidimensionalidade a pessoa com estomia vivencia desafios, o que torna essencial a rede de apoio social, com suporte dos profissionais de saúde e apoio da família no processo de adaptação para o estímulo ao autocuidado. Nesse sentido, o papel do enfermeiro e de sua equipe é fundamental na educação para o autocuidado, a fim de que a pessoa possa alcançar a reabilitação e melhor qualidade de vida (Mota, Gomes & Petuco, 2016).

O autocuidado é definido como a prática de atividades que a pessoa desempenha em seu próprio benefício, com o intuito de manter seu bem-estar, sendo esse fundamentado na capacidade para aprendizagem, na tomada de consciência e decisões sobre seu novo estilo de vida (Orem, 2006). O autocuidado possibilita à pessoa o resgate da autonomia para decidir sobre a sua doença e sobre as mudanças ocorridas (Hardiman, Reames, McLeod & Regenbogen, 2016).

Para o desenvolvimento de ações que viabilizem o autocuidado, faz-se necessário que o enfermeiro fundamente suas práticas no conhecimento científico, a partir das melhores evidências e de referenciais teóricos da profissão, direcionando as metas, as ações e as diversas

formas do cuidar (Monteiro, Costa, Campos & Monteiro, 2016; Silva & Braga, 2016).

Ao aprofundar o conhecimento sobre as diferentes opções teóricas da Enfermagem no decorrer da disciplina de Fundamentos Teóricos e Filosóficos da Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado da Universidade Federal de Alfenas, despertou o interesse na aplicabilidade do referencial teórico do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem à temática estomia, visto que o alcance do autocuidado é esperado para essa pessoa.

Embora esse e outros referenciais teóricos de Enfermagem tenham sido ministrados no curso de graduação, não havia até então despertado o interesse na sua aplicabilidade à prática clínica. Contudo, ao aproximar das Teorias de Enfermagem com o outro olhar na pós-graduação, foi possível perceber a sua potencialidade para o avanço da Enfermagem e para o aprimoramento do cuidado à pessoa com estomia e do familiar cuidador.

Nesse sentido, a Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado desenvolvida por Dorothea Orem entre 1959 e 1985, traz como pressuposto que todas as pessoas têm potencial para desenvolver suas capacidades intelectuais e práticas, além da motivação essencial para o autocuidado (Orem, 2006). Por meio dessa teoria é possível promover o cuidado de enfermagem à pessoa com estomia intestinal, uma vez que essa necessita de conhecimentos sobre o

seu problema de saúde, respeitando as suas singularidades para que as ações de autocuidado tenham sucesso.

Essas concepções coadunam com os princípios da Clínica Ampliada para a construção do projeto terapêutico singular, uma vez que estimula a participação e a autonomia da pessoa com estomia no processo, a corresponsabilidade do profissional de saúde com a pessoa cuidada e a busca de conhecimento em outras áreas para a melhor resolutividade. O foco, portanto, está centrado na pessoa com necessidades específicas que merece atenção e cuidado (Brasil, 2010).

Acredita-se que desenvolver essas reflexões possa contribuir para despertar nos acadêmicos de graduação a potencialidade da Teoria de Orem e sua aplicação à prática, com vistas a possibilitar o autocuidado, a reabilitação e qualidade de vida da pessoa com estomia intestinal.

Essa contribuição vai ao encontro do que se preconiza nas Diretrizes Curriculares Nacionais e a competência da Enfermagem de Prática Avançada (EPA). A EPA é o termo utilizado para descrever as ações desenvolvidas pelos enfermeiros capazes de inovar e reformar sistemas de saúde para responder aos problemas decorrentes das necessidades de saúde das populações. Contribui para a qualificação das práticas assistenciais de prevenção do adoecimento, promoção e reabilitação da saúde em diversos pontos da rede de atenção (Bryant-Lukosius & Martin-Misener, 2016)

O Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) define uma enfermeira com prática avançada como “a enfermeira que tenha adquirido os fundamentos de conhecimento especializado, habilidades de tomadas de decisão complexas e competências clínicas para a prática expandida, cujas características são determinadas pelo contexto do país em que está autorizada a exercer. Um mestrado é recomendado para iniciantes (International Council of Nurses, 2014).

Para o planejamento e a implementação de intervenções como estabelecido pelos princípios da EPA, faz-se necessária a integração de pesquisa, educação, prática assistencial e gestão, fundamentado em conhecimentos e teorias, o que permite ao profissional desenvolver suas ações com alto grau de competência e de autonomia (International Council of Nurses, 2014).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo acerca da aplicabilidade da Teoria do Déficit do Autocuidado na assistência à pessoa com estomia.

Para tanto, foi realizada uma revisão narrativa. Os estudos de revisão narrativa são publicações com a finalidade de descrever e discutir o estado da arte de um determinado assunto. Apesar de ser um tipo de revisão que conta com uma seleção arbitrária de artigos, é considerada essencial

no debate de determinadas temáticas, ao levantar questões e colaborar para a atualização do conhecimento (Rother, 2007; Bernardo, Nobre & Jatene, 2004).

Desse modo, a revisão foi realizada de forma não sistemática, com busca aleatória do material nas bases de dados Ciências da Saúde (LILACS), Pubmed e Google Acadêmico, para responder a seguinte questão: O que se tem produzido sobre a Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado e a estomia? Para a busca dos estudos utilizou-se os descritores “estomia”, “autocuidado”, “teoria de enfermagem”.

Foram selecionados e analisados artigos, teses e dissertações, publicados nos últimos dez anos, nos idiomas português, espanhol e inglês, e que abordassem o tema e no intuito de adquirir maior aprofundamento e aproximação com o objeto de estudo para subsidiar as reflexões. A partir de então, foi realizada uma síntese qualitativa dos trabalhos analisados e considera-se que os critérios de busca e seleção estabelecidos foram satisfatórios para atender ao objetivo deste trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cuidado de Enfermagem à pessoa com estomia intestinal

Ao se deparar com a necessidade de se submeter a um procedimento cirúrgico que resulta na confecção de uma estomia intestinal, a pessoa enfrenta mudanças que poderão ter grande impacto na sua vida, visto que são necessárias transformações

personais, que demandam formas de enfrentamento da dor física do diagnóstico e do tratamento do câncer, do medo e das inseguranças frente à imagem corporal alterada e uso de equipamento coletor (Luz *et al.*, 2014; Vasconcellos & Xavier, 2015).

Nesse contexto, preconiza que a assistência de enfermagem deve ser realizada desde o momento do diagnóstico até as fases do tratamento cirúrgico e pós-cirúrgico, alta e seguimento ambulatorial, de forma integral e humanizada. O foco do cuidado de enfermagem não deve ser apenas a estomia, mas sim o ser humano com estomia intestinal, com vistas à redução do sofrimento e o atendimento das suas múltiplas necessidades para a reabilitação, bem-estar e melhor qualidade de vida (Monteiro *et al.*, 2016)

No que tange à reabilitação, esse processo deve iniciar com o diagnóstico da doença no pré-operatório. É parte desse processo a demarcação da estomia pelo enfermeiro estomaterapeuta ou capacitado para tal função, o ensino sobre os cuidados cirúrgicos e suas consequências à pessoa e à família e o processo de troca do equipamento coletor e se possível, a troca de experiência com aquele que vivencia o autocuidado. Assim, os membros da equipe multidisciplinar de saúde, especialmente o enfermeiro, devem desenvolver uma abordagem centrada nas diversas dimensões do ser humano, com escuta qualificada, paciência, estabelecimento de vínculo e levar em conta todas as questões culturais

que permeiam a pessoa e os seus familiares (Miller, Pearsall, Johnston, Frecea & Mckenzie, 2016).

A equipe de enfermagem ao se comprometer com o cuidado dessa pessoa deve pensar na complexidade que envolve a nova condição, levando em conta que não há como planejar um cuidado voltado somente para amenizar os sinais e sintomas físicos, pois as repercussões emocionais e sociais podem tomar proporção e significado muito mais representativo para a pessoa do que, por exemplo, uma dor física que pode ser controlada com a administração de analgésicos (Silva, 2013).

Nesse sentido, reitera-se que o enfermeiro deva conhecer o contexto no qual a pessoa com estomia e sua família estão inseridas, os seus saberes, crenças, valores e sentimentos, para que seja possível articular o conhecimento técnico científico e promover ações que façam a diferença, com a participação ativa desta pessoa e de seus familiares no processo de adaptação à nova condição para promover a reabilitação (Hermann, Nascimento & Lacerda, 2014).

O cuidado a essas pessoas não é tarefa fácil para os profissionais de saúde, visto que, durante a graduação, o enfoque principal está nos cuidados relacionados a dimensão biológica em detrimento do conhecimento específico para lidar com as demais dimensões. Ao aproximar do contexto de vida dessas pessoas tem-se percebido as lacunas no processo de formação e a necessidade de ampliar os

conhecimentos também em outras ciências, para reconhecer suas potencialidades e dificuldades na convivência com a estomia e com o equipamento coletor, resgatar a autonomia e estimular o autocuidado, para propiciar a reabilitação, dentro de uma rede de atenção à saúde (Borges & Ribeiro, 2015; Ardigo & Amante, 2013).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomias garantem a atenção integral à saúde desta clientela com orientações de autocuidado, prevenção de complicações e fornecimento dos equipamentos coletores e adjuvantes. Além disso, incumbe às Secretarias de Saúde dos Estados estabelecer fluxos de referência e de contrarreferência entre os níveis de atenção à saúde (Brasil, 2009).

Ademais, apenas receber o equipamento coletor, os adjuvantes e as orientações para o uso desses, não significa que a pessoa irá se adaptar facilmente e realizar o seu autocuidado. É preciso entender que a convivência com a nova condição requer aprendizado, competências, habilidades, ressocialização e que dependerão do suporte dos profissionais de saúde para potencializar o autocuidado e a reabilitação. Para tal, o enfermeiro precisa estabelecer uma relação dialógica para apreender as dificuldades da pessoa e fundamentar suas ações em conhecimentos e em Teorias apropriadas, que nesse caso a opção é a Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem.

O autocuidado é o conceito central da Teoria do Déficit do Autocuidado e está associado à capacidade do indivíduo em aprender, tomar consciência e decisões sobre seu novo estilo de vida. Composto esta teoria, estão outras três que se apresentam inter-relacionadas, sendo elas: a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Déficit do Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas pela enfermagem; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Silva & Braga, 2016).

Três tipos de requisitos de autocuidado são identificados por Orem: os universais, que estão associados com os processos da vida e a manutenção da integridade e do funcionamento humano; os de desenvolvimento os quais referem a eventos ou novas situações que acontecem no decorrer da vida de uma pessoa; e os de desvio de saúde, que estão relacionados aos cuidados e plano terapêutico que devem ser prestados quando o problema de saúde for diagnosticado (Silva & Braga, 2016).

Nesse contexto, a pessoa com estomia intestinal encontra-se na categoria autocuidado por desvio a saúde e demanda uma assistência apropriada e tem que se conscientizar dos efeitos e dos resultados de estados patológicos, executar medidas terapêuticas e buscar aceitação de si como estando em um estado especial de saúde e dessa forma promover o seu

desenvolvimento (Sampaio, Aquino, Araújo & Galvão, 2008).

Em adição, a ações de autocuidado podem ser afetadas por fatores condicionantes básicos internos ou externos ao indivíduo, sendo apresentados por Orem como: idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, fatores socioeconômicos, familiares e culturais e aspectos relacionados ao sistema de atendimento de saúde (Hartweg & Pickens, 2016). Nesse sentido, quando as habilidades de autocuidado (capacidade de autocuidado) do indivíduo não são suficientes para satisfazer suas necessidades (demanda terapêutica), ele apresenta um déficit de autocuidado e torna-se necessário o cuidado de enfermagem (Orem, 2006).

Mediante a isso, Orem identifica três sistemas de enfermagem para satisfazer os requisitos de autocuidado do indivíduo: totalmente compensatório, no qual há incapacidade para realizar ações de autocuidado; parcialmente compensatório, em que tanto o indivíduo quanto o enfermeiro exercem ações de autocuidado, e apoio-educação situação na qual a pessoa consegue exercer e pode aprender a exercer ações de autocuidado, por meio das orientações oferecidas pelo enfermeiro (Orem, 2006).

Desse modo, os profissionais frequentemente consideram que a pessoa com estomia intestinal de eliminação apresenta déficit de autocuidado relacionado à troca, à higienização, ao esvaziamento do

equipamento coletor, à higienização da pele periestoma, ao recorte de base, ao uso de adjuvantes, a remoção e fixação do equipamento coletor que podem gerar complicações tanto na estomia quanto na pele periestomia. Contudo, o autocuidado envolve as diversas dimensões da vida do ser humano além da biológica.

Polleto e Silva (2013) corroboram com esta perspectiva quando decreveram que um fator que ainda limita o desenvolvimento da autonomia da pessoa com estomia intestinal, é o olhar de muitos profissionais da saúde, ainda focado para os aspectos técnicos, como o manejo da estomia e do equipamento coletor. Acrescentaram que a assistência realizada no âmbito hospitalar, influenciou a conduta de cuidado no domicílio e que o ensino oferecido pelos profissionais da instituição de saúde, muitas vezes, não contemplava as necessidades individuais. No que tange ao retorno ao ambiente domiciliar, as autoras constataram que o ensino dos profissionais de saúde foi efetuado de forma automática com pouca compreensão desse contexto e das necessidades dos familiares.

Em outro estudo, autores evidenciaram que as expectativas das pessoas com estomia estiveram relacionadas principalmente a necessidade de orientações adequadas à sua realidade. Elas esperavam ainda que, fossem preparadas pelos profissionais de saúde para os desafios e complicações do dia a dia, serem ajudadas a melhorar o autocuidado, ao levar em

consideração seus pontos fortes para superar suas fragilidades (Freire *et al.*, 2017). Além disso, a partir do momento que as pessoas com estomia buscam por atividades que lhes proporcionem prazer e motivação, elas poderão adquirir melhor qualidade de vida, conduzindo o viver em plenitude dentro de suas possibilidades (Benício, Carvalho, Noleto, Miranda & Luz, 2015).

Nesse contexto, acredita-se que o Processo de Enfermagem fundamentado na Teoria de Déficit de Autocuidado de Orem poderá proporcionar uma assistência mais efetiva, com intervenções destinadas às reais necessidades da pessoa em sua singularidade, considerando as alterações psicoemocionais, sociais e físicas decorrentes da confecção da estomia. Além disso, incluir a pessoa no planejamento do seu cuidado possibilita a adesão ao tratamento e minimiza seus déficits de autocuidado, fortalecendo a sua autonomia.

Diante do exposto, acredita-se que a aplicabilidade da Teoria do Déficit de Autocuidado no planejamento do cuidado à pessoa com estomia intestinal de eliminação poderá promover o autocuidado eficaz e facilitar o processo de reabilitação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões apresentadas demonstram a potencialidade da Teoria do Déficit de Autocuidado para o planejamento das ações de cuidado junto à pessoa com estomia intestinal para o estímulo do autocuidado e da reinserção social.

Ademais, não basta refletir à luz de determinada teoria de enfermagem. É premente que os cursos de graduação na área ensinem e motivem os seus discentes a planejarem os cuidados de enfermagem fundamentados em teorias pertinentes, em conhecimento científico a partir das melhores evidências, estimulem o espírito crítico e criativo para a tomada de decisões clínicas com alto grau de autonomia profissional, para o desenvolvimento de pesquisas, de ações educação e de gestão, para subsidiar a formação do EPA para o cenário nacional.

Não basta planejar é necessário ir para a práxis, tornar o conhecimento palpável, orgânico e praticável e produzir impacto sobre a saúde da pessoa com estomia intestinal, foco do cuidado.

REFERÊNCIAS

- Ardigo, F. S., & Amante, L. N. (2013). Conhecimento do profissional acerca do cuidado de enfermagem à pessoa com estomia intestinal e família. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(4).
- Benício, C. D. A. V., Carvalho, N. A. R., Noleto, I. R. S., Miranda, S. M., & Luz, M. H. B. (2017). Convivendo con una estoma húmedo: un estudio acerca de la calidad de vida. *Cultura de los cuidados*, (46), 165-170.
- Bernardo, W. M., Nobre, M. R. C., & Jatene, F. B. (2004). A prática clínica baseada em evidências: parte II-buscando as evidências em fontes de informação. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 44(6), 403-409.
- Borges, E.L., & Ribeiro, M. S. (2015). *Linha de Cuidados da Pessoa Estomizada*. Belo

Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Brasil. (2009). *Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009*. Recuperado de http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/p_sas_400_2009_ostomizados.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2019). *Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer.

Bryant-Lukosius, D & Martin-Misener, M. (2016). Advanced practice nursing: An essential component of country level human resources for health. *International Council of Nurses*.

Freire, D. D. A., Angelim, R. C. D. M., Souza, N. R. D., Brandão, B. M. G. D. M., Torres, K. M. S., & Serrano, S. Q. (2017). Autoimagem e autocuidado na vivência de pacientes estomizados: o olhar da enfermagem. *REME Revista Mineira de Enfermagem*, 21, e-1019.

Hardiman, K. M., Reames, C. D., McLeod, M. C., & Regenbogen, S. E. (2016). Patient autonomy-centered self-care checklist reduces hospital readmissions after ileostomy creation. *Surgery*, 160(5), 1302-1308

Hartweg, D. L., & Pickens, J. (2016). A Concept Analysis of Normalcy within Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory. *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*, 22(1), 4-13.

Hermann, A. P., Nascimento, J. D. D., & Lacerda, M. R. (2014). Especificidades do cuidado domiciliar apreendidas no processo de formação profissional do enfermeiro. *REME rev. min. Enferm*, 545-550.

International Council of Nurses, ICN, CIE. (2014). *Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network Country Profiles*. Recuperado em:

<http://international.aanp.org/content/docs/countryprofiles2014.pdf>

Luz, A. L. D. A., Luz, M. H. B. A., Antunes, A., Oliveira, G. S. D., Andrade, E. M. L. R., & Miranda, S. M. (2014). Perfil de pacientes estomizados: revisão integrativa da literatura. *Cultura de Los Cuidados*, Ano XVII (39), 115-123.

Miller, D., Pearsall, E., Johnston, D., Frecea, M., & Mckenzie, M. (2017). Executive Summary: Enhanced Recovery After Surgery: Best Practice Guideline for Care of Patients With a Fecal Diversion. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 44 (1), 74-77

Monteiro, A. K. C., Costa, C. P. V., Campos, M. O. B., & Monteiro, A. K. C. (2016). Aplicabilidade da teoria de Callista Roy no cuidado de enfermagem ao estomizado. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 5(1).

Mota, M. S., Gomes, G. C., & Petuco, V. M. (2016). Repercussions in the living process of people with stomas. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 25(1).

Orem, D. (2006). *Nursing Concepts of practice*. 8ª ed. Boston: Mosby

Poletto, D., & Silva, D. M. G. V. D. (2013). Living with intestinal stoma: the construction of autonomy for care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(2), 531-538.

Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paulista de enfermagem*, 20(2), v-vi.

Sampaio, F. A. A., Aquino, P. S., Araújo, T. L., & Galvão, M. T. G. (2008). Assistência de enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da teoria de Orem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(1).

Santos, V. L. C. D. G., & Cesaretti, I. U. R. (2015). *Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu.

Cultura de los Cuidados

Sena, R. M.C. (2015). *Correlação entre imagem corporal e autoestima em pessoas com ostomias intestinais*. (Dissertação de Mestrado). Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Silva, B. C. D. A. D., Santos, M. A. D., & Oliveira-Cardoso, E. A. D. (2019). Vivências de familiares de pacientes com câncer: revisitando a literatura. *Revista da SPAGESP*, 20(1), 140-153.

Silva, D. F. D. (2013). *O desafio do autocuidado de pacientes oncológicos estomizados: da reflexão à ação*. (Dissertação de Mestrado) Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense.

Silva, J. V., & Braga, C.G. (2016). *Evidências das teorias de enfermagem no processo de cuidar*. 2ª ed. Curitiba. Editora Prisma.

Teles, A. A. D. S., Eltink, C. F., Martins, L. M., Lenza, N. D. F. B., Sasaki, V. D. M., & Sonobe, H. M. (2017). Mudanças físicas, psicossociais e os sentimentos gerados pela estomia intestinal para o paciente: revisão integrativa. *Rev. enferm. UFPE on line*, 1062-1072.

Vasconcellos, F. M., & Xavier, Z. D. M. (2015). O enfermeiro na assistência do cliente colostomizado baseado na teoria de Orem. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, 5(14), 25-37.



Fuente: By Yare Ale. CC BY 2.0 license. <https://search.creativecommons.org/photos/640f825c-b9f6-4db3-baa1-ef00658a124e>

Calidad de vida de enfermeros y su relación con la alimentación y el cortisol

Quality of life of nurses and their relationship with food and cortisol

Qualidade de vida de enfermeiros e sua relação com a alimentação e o cortisol

Marcia Cristina Barbosa¹, Nyvian Alexandre Kutz², Natália Miranda da Silva³, Taís Miotto³, Leslie Andrews Portes⁴, Marcia Maria Hernandes de Abreu de Oliveira Salgueiro^{5*}

¹Enfermeira. Mestre em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo – UNASP. São Paulo/SP, Brasil.

²Nutricionista. Mestranda em Nutrição Humana Aplicada pela Universidade de São Paulo – USP. Bolsista do CNPq, São Paulo/SP, Brasil.

³Graduandas em Nutrição pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo – UNASP. São Paulo/SP, Brasil.

⁴Professor do curso de Educação Física e do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo - UNASP. Mestre em Ciências Médicas e Biológicas pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. São Paulo/SP, Brasil.

⁵Professora do curso de Nutrição e do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo - UNASP. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo – USP. São Paulo/SP, Brasil.

Cómo citar este artículo en edición digital; Barbosa, M.C., Kutz, N.A., da Silva, N.M., Miotto, T., Portes, L.A., & Salgueiro, M.M.H.A. (2020). Calidad de vida de enfermeros y su relación con la alimentación y el cortisol. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 24 (57) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.22>

Correspondencia: Rua Manuel Jacinto, 932, ap 11 bloco 11, Vila Morse, São Paulo – SP. CEP 05624-001.

Correo electrónico de contacto: marciasalgueironutricionista@yahoo.com.br



Recibido: 03/11/2019

Aceptado: 20/03/2020

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality of life of nurses in a public service in Sinop-MT. Methodology: A cross-sectional study with 33 nurses. The sociodemographic, quality of life, food consumption and anthropometric variables were obtained through four self-administered

questionnaires. Plasma cortisol was collected and evaluated by a private laboratory in the region. The analyzes were performed by the Statistical Package for the Social Sciences and GraphPad Prism, with significance level of 5%. Results and Conclusion: There was a predominance of married nurses, female and of economic class A or B. The feeding score correlated

positively and significantly with the psychological domain and level of cortisol. Mean cortisol was 11.6 ug / dl and correlated positively and significantly with the physical, environmental and overall quality of life scores. Body weight correlated inversely and significantly with the physical, psychological, environmental, general quality of life and socioeconomic class domains. Nurses have high socioeconomic level and low prevalence of overweight. The perception of general quality of life and in its four domains by the nurses studied was regular and good. Food consumption and other lifestyle habits were reasonable, requiring attention from these professionals. Key words: Nurses, Quality of Life, Food Consumption.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de vida de los enfermeros de un servicio público en Sinop-MT Metodología: Estudio transversal con 33 enfermeros. Las variables sociodemográficas, de calidad de vida, del consumo alimentario y antropométrico se obtuvieron a través de cuatro cuestionarios autoaplicables. El cortisol plasmático fue recogido y evaluado por laboratorio privado de la región. Los análisis fueron realizados por el Statistical Package for the Social Sciences y GraphPad Prism, con un nivel de significancia del 5%. Resultados y Conclusión: Hubo predominio de enfermeros casados, del sexo femenino y de clase económica A o B. La puntuación de alimentación se correlacionó positiva y significativa con el dominio psicológico y nivel de cortisol. El cortisol medio fue de 11,6 ug / dl y se correlacionó positivamente y significativa con los dominios físico, ambiente y el puntaje general de calidad de vida. El peso corporal se correlacionó inversamente y significativa con los dominios físico, psicológico, ambiente, el puntaje general de calidad de vida y la clase socioeconómica. Los enfermeros poseen alto nivel socioeconómico y baja prevalencia de exceso de peso. La percepción de la calidad de vida general y en sus cuatro dominios por los enfermeros estudiados fue regular y buena. El consumo alimentario y otros hábitos de vida se presentaron razonables,

requiriendo atención por parte de estos profesionales.

Palabras clave: Enfermeros, Calidad de Vida, Consumo Alimenticio.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida de enfermeiros de um serviço público em Sinop-MT Metodologia: Estudo transversal com 33 enfermeiros. As variáveis sociodemográficas, de qualidade de vida, do consumo alimentar e antropométricas foram obtidas através de quatro questionários autoaplicáveis. O cortisol plasmático foi coletado e avaliado por laboratório privado da região. As análises foram realizadas pelo *Statistical Package for the Social Sciences* e Graph Pad Prism, com nível de significância de 5%. Resultados e Conclusões: Houve predomínio de enfermeiros casados, do sexo feminino e de classe econômica A ou B. O escore de alimentação correlacionou-se positiva e significativamente com o domínio psicológico e nível de cortisol. O cortisol médio foi de 11,6 ug/dle correlacionou-se positiva e significativamente com os domínios físico, ambiente e ao escore geral de qualidade de vida. O peso corporal correlacionou-se inversa e significativamente com os domínios físico, psicológico, ambiente, o escore geral de qualidade de vida e à classe socioeconômica. Os enfermeiros possuem alto nível socioeconômico e baixa prevalência de excesso de peso. A percepção da qualidade de vida geral e nos seus quatro domínios pelos enfermeiros estudados foi regular e boa. O consumo alimentar e outros hábitos de vida apresentaram-se razoáveis, requerendo atenção por parte destes profissionais.

Palavras chave: Enfermeiros, Qualidade de Vida, Consumo Alimentar.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida (QV) como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos

sistemas de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Esta definição destaca a visão de que a QV é um termo subjetivo e multidimensional, que inclui tanto facetas positivas como negativas (The WHOQOL Group, 1995). O trabalho do enfermeiro envolve o cuidar do outro com um atendimento específico, abrangendo diferentes procedimentos realizados no corpo do paciente (Hanranhan et al., 2006) no alívio da dor, dando informações e contribuindo na qualidade de vida da população (Dias et al., 2017).

A melhora na QV e nas condições de trabalho destes profissionais produz um impacto positivo, tanto na saúde do enfermeiro quanto nos demais membros da equipe multiprofissional, bem como na população por eles assistida (Araújo, Soares e Henriques, 2009).

Devendo assim ficar evidenciado que um trabalhador satisfeito e bem motivado, com condições dignas de trabalho produz muito mais, alcançando metas positivas tanto para ele quanto para empresa (Lentz et al., 2000). Considerando ser uma categoria que possui um trabalho desgastante e de muita responsabilidade, este estudo teve como objetivo avaliar a QV dos enfermeiros de um serviço público do município de Sinop-MT, Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal,

descritivo, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP) sob CAAE 55262216.5.0000.5377, pela Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) de Sinop e pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Adotou-se como critério de inclusão estudar os enfermeiros concursados lotados em qualquer uma das Unidades de Saúde pela SMS, de ambos os sexos.

A SMS contava com 43 enfermeiros concursados, de um total de 60, que foram convidados no seu local de trabalho, No dia agendado pelo pesquisador e pelos participantes, foi destinado um local adequado para o preenchimento dos questionários. Consentiram participar da pesquisa 33 enfermeiros (76,7% da amostra inicial) e destes, apenas 16 realizaram a coleta do cortisol.

O município possui cobertura para atenção básica estimada em 49%, ainda com uma deficiência em relação ao preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) que é de 100%. As Unidades de Saúde do município que possuem enfermeiros são: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Serviço de Atendimento Especializado (SAE), Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), SMS, Unidade Coleta Transfusão (UCT) e Centro de Reabilitação (CER).

O instrumento usado para a coleta de dados foi composto por quatro questionários autoaplicáveis sendo: o primeiro abordando os aspectos sociodemográficos e as variáveis

de trabalho, o segundo contemplando aspectos de saúde como a QV e outras informações complementares, o terceiro sobre o consumo alimentar e o quarto sobre dados antropométricos.

No primeiro questionário, as variáveis sociodemográficas foram idade (anos), sexo (feminino ou masculino), estado civil (casado, solteiro, viúvo, separado ou divorciado) e classe socioeconômica. As informações coletadas para a classificação socioeconômica foram referentes a presença de bens de consumo no domicílio, serviços públicos e escolaridade. Os dados foram analisados de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil, o qual atribui pontos para cada item de acordo com sua característica domiciliar, classificando as classes econômicas, como descrito pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP, em A1, B1, B2, C1, C2 e D-E (ABEP, 2015).

As variáveis relacionadas ao trabalho foram: grau de escolaridade, tempo de trabalho, carga horária de trabalho semanal, período do trabalho e vínculos empregatícios.

A percepção da QV foi avaliada pelo questionário WHOQOL-bref. (*World Health Organization Quality on Life*) (Fleck et al., 2000).

Todas as análises foram realizadas por meio dos pacotes estatísticos *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22 e GraphPad Prism, versão 6.0, ambos para Windows. Os resultados foram expressos como médias \pm desvios-padrão e respectivos IC95%.

A normalidade das variáveis foi testada por meio do método de D'Agostino e Pearson. As prevalências foram analisadas por meio do teste do qui-quadrado (χ^2) e os resultados expressos em percentuais. As associações dicotômicas foram determinadas por meio dos coeficientes de correlação de Pearson ou de Spearman, conforme a necessidade. Os EA foram agrupados em três categorias, segundo o Guia Alimentar (Brasil, [s.d.]): até 28 pontos: **Precisa melhorar**, de 29 pontos a 42 pontos: **Atenção**, e de 43 pontos ou mais: **Parabéns**. As três categorias de alimentação formadas permitiram comparar-se os resultados das demais variáveis por meio da análise de variância de uma via ou do teste de Kruskal-Wallis, conforme a necessidade, seguidos, respectivamente, dos testes para múltiplas comparações de Tukey ou de Dunn. Em todos os casos, foram consideradas estatisticamente diferentes os resultados cujo $p < 0,05$.

RESULTADOS

As características gerais da amostra estudada estão descritas na Tabela 1. Ainda com relação à QV (Tabela 2), os domínios físico, psicológico, social e ambiente foram avaliados como bons ou muito bons por 70%, 73%, 54% e 58% dos enfermeiros, respectivamente, e o Escore Geral foi avaliado como bom ou muito bom por 67% dos enfermeiros. Adicionalmente, buscou-se estabelecer associações entre EA, QV,

cortisol, classe socioeconômica e algumas medidas antropométricas (Tabela 3).

O EA correlacionou-se positiva e significativamente ao domínio psicológico e ao cortisol. O cortisol correlacionou-se positiva e significativamente aos domínios físico, ambiente e ao escore geral de QV. O peso corporal correlacionou-se inversa e significativamente aos domínios físico, psicológico, ambiente, ao escore geral de QV e à classe socioeconômica. Adicionalmente, o IMC correlacionou-se inversa e significativamente aos domínios físico, psicológico, ambiente, ao escore geral de QV e à classe socioeconômica.

DISCUSSÃO

A amostra contou com 33 enfermeiros, em sua maioria jovens, do sexo feminino, com pós-graduação, elevada classe econômica, com até 15 anos de trabalho, dupla jornada e carga horária de 40 horas semanais. A maioria apresenta hábitos de vida e do consumo alimentar que precisam de atenção e relatam boa qualidade de vida.

Dados estatísticos apresentados pelo Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, apontam que 87,2% dos enfermeiros no Brasil são do sexo feminino (COFEN, 2011).

Estudo realizado com 90 enfermeiros das ESF em 27 cidades do sul do Triângulo Mineiro verificou-se predomínio do sexo feminino (92,2%), carga horária semanal de 40 horas (92,1%) e que a maioria (64,8%)

possuía apenas um vínculo empregatício (Fernandes et al., 2012). No contexto brasileiro, os profissionais de enfermagem possuem múltiplos vínculos de trabalho (Portela, Rotenberg e Waissmann, 2005), o que pode afetar negativamente os aspectos psicológicos e físicos desses profissionais com possíveis repercussões no ganho de peso (Admi et al., 2008).

Em estudo realizado com 95 enfermeiros atuantes na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, buscou-se analisar a existência de correlações entre a carga horária de trabalho com níveis de estresse ocupacional. Verificou-se que enfermeiros com idade entre 21 a 30 anos, do sexo feminino, sem companheiros, têm maiores chances de apresentar estresse ocupacional (Dalri et al., 2013).

Observa-se eutrofia na maioria dos enfermeiros (58%), mas destaca-se uma porcentagem de excesso de peso (39%) abaixo da encontrada pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) 2015, de indivíduos com 35-44 anos (60,2%) e para a população com 12 anos ou mais de escolaridade (46,8%) (Brasil, 2016).

Verificou-se prevalência elevada da classe socioeconômica B (82%) e A (18%) quando comparada à região Centro-Oeste, com 24%, e 4,2%, respectivamente, segundo dados da ABEP (2015).

Cultura de los Cuidados

Estudo qualitativo de Dias et al. (2017) com 12 profissionais da área da saúde observou que são considerados como acarretadores de sofrimento e insatisfação no trabalho a má remuneração, a falta de reconhecimento e a desvalorização do trabalho executado, podendo prejudicar a saúde física e mental.

Sinop-MT oferece um dos melhores salários para enfermeiros concursados de acordo com o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) do município (Sinop, 2017). Enfermeiros com mais de 5 anos de carreira e com pós-graduação possuem média salarial de R\$6.000,00 por 40 horas semanais. A média salarial para enfermeiros em outros municípios do Brasil para a mesma jornada de trabalho varia entre R\$2.500,00 a R\$3.000,00 (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, 2017). No estudo realizado por Fernandes et al. (2012) entre maio e julho de 2007, a média salarial para os enfermeiros com 40 horas semanais foi de R\$1.400,00 a R\$2.799,00, coincidindo com a média nacional.

As condições salariais oferecidas pelo município estudado e a classificação econômica dos enfermeiros podem ter contribuído para a boa qualidade de vida observada.

Em estudo realizado com 90 enfermeiros de um hospital universitário, de grande porte, de Vitória-ES, observaram-se valores médios de percepção da QV, por meio do instrumento WHOQOL-bref, nos domínios físico (73,05), psicológico (71,62), relações sociais (71,37) e ambiente (63,12) (Lima et al., 2013). Neste estudo os domínios

apresentam-se, respectivamente, pelos escores: 71,2; 67,6; 64,9 e 64,0, demonstrando semelhança nos domínios físico e ambiente.

Nos enfermeiros estudados verificou-se relação inversa e significativa do peso e do IMC com a qualidade de vida geral e nos domínios físico, psicológico e ambiente. Demonstrando que um estado nutricional mais adequado pode interferir positivamente na qualidade de vida dos indivíduos. Estudos demonstram a relação entre a obesidade e o declínio na qualidade de vida, uma vez que essa situação pode levar ao aumento de comorbidades, dificuldades no trabalho e nas relações pessoais comprometendo a saúde (Kolotkin et al., 2001; Vasconcelos e Costa Neto, 2008).

Os dados do Vigitel 2014 demonstraram redução gradual do excesso de peso e da obesidade com o aumento da escolaridade nas mulheres (Malta et al., 2015), reforçando os achados do presente estudo sobre a relação inversa do peso e do IMC com a classe socioeconômica, ressaltando-se que a amostra estudada é predominantemente feminina e de alto nível socioeconômico.

Os enfermeiros estudados apresentaram consumo adequado em relação à retirada da gordura aparente da carne, utilização de leite e derivados com baixo teor de gordura, consomem frituras, salgadinhos, embutidos, doces, bolos recheados, biscoitos, refrigerantes e sucos industrializados com baixa frequência, não utilizam banha animal ou manteiga no preparo de alimentos e não adicionam sal aos alimentos servidos no

prato, esses comportamentos estão relacionados com fatores de proteção para DCNT (Malta et al., 2015). O enfermeiro está acostumado a orientar indivíduos e grupos da população para esses cuidados de saúde, estando mais sensibilizado e familiarizado com assuntos relacionados à alimentação saudável e adequada, o que pode ter auxiliado na adoção de comportamentos saudáveis.

Dados do Vigitel 2014 apontam para um consumo regular e adequado de frutas, verduras e legumes na população mais escolarizada. O consumo de carne sem gordura, leite reduzido em lipídios e baixa ingestão de refrigerantes foi observado entre as mulheres com maior escolaridade (Malta et al., 2015), corroborando os dados do presente estudo.

O Guia de bolso do Ministério da Saúde caracteriza o consumo alimentar em número de porções por grupo de alimentos e tem como referência uma dieta de 2.000 kcal/dia (Brasil, [s.d.]). Os enfermeiros estudados não atingiram a porção recomendada do consumo de verduras, legumes, frutas, leguminosas e carnes, peixes, ovos e leite e derivados e ainda assim, destaca-se a baixa prevalência de excesso de peso, quando comparado aos dados das capitais brasileiras (Brasil, 2017). Considerando-se que as necessidades energéticas são diferentes para cada indivíduo, conseqüentemente o número de porções também é variável, assim, esse consumo inadequado das porções pode ser

resultado dessa limitação do instrumento utilizado.

Outros parâmetros devem ser considerados na avaliação da QV e de saúde dos indivíduos. Além de instrumentos subjetivos, métodos objetivos da composição corporal e parâmetros bioquímicos devem ser adotados. O estresse é um fator a ser considerado na avaliação da qualidade de vida, por interferir no rendimento e satisfação do profissional. Este comumente é avaliado por meio dos níveis séricos ou salivares do biomarcador cortisol. A dosagem do cortisol foi realizada por 16 enfermeiros e obteve-se 3 resultados alterados, um enfermeiro realizava atividade física e dois não realizavam. Para estes foram realizadas nova coleta do cortisol, mas mantiveram-se alterados. Os outros 13 apresentaram valores adequados em relação às referências.

Os níveis médios de cortisol dos enfermeiros não apresentaram associação com as variáveis estudadas. No estudo de Dalri (2013), com enfermeiros de uma Unidade de Emergência, também não foi observada correlação significativa entre a carga horária de trabalho e os níveis de cortisol salivar.

O enfermeiro é um profissional sujeito ao estresse diário, classificado em moderado a grave ao cumprir longas jornadas de trabalho com sobrecarga e acúmulo de funções além de salário inadequado (Davey et al., 2019). Além de prestar cuidados diretos ao paciente, é responsável pela gerência da

unidade e supervisão da equipe de enfermagem (Figueiro et al., 2001). Mais trabalhos são necessários na investigação da relação do cortisol como biomarcador de estresse, dado a escassez de pesquisas nacionais (Campos e David, 2014).

As questões relacionadas a QV, a saúde dos enfermeiros bem como os seus rendimentos vêm despertando o interesse de vários pesquisadores na utilização do marcador biológico cortisol como indicador de estresse nas investigações (Dalri et al., 2013).

Como fatores limitantes desta pesquisa, cita-se a baixa adesão à realização do exame de cortisol apesar das orientações do pesquisador junto aos participantes, que referiram esquecimento, falta de tempo e dificuldade para ir ao laboratório. Outra questão a ser explorada foi a não inclusão de enfermeiros não concursados, pela alta rotatividade no serviço e a diferença salarial, o que poderia influenciar os resultados.

CONCLUSÃO

A percepção da qualidade de vida geral e nos quatro domínios pelos enfermeiros estudados foi regular e boa. Esses profissionais eram na maioria mulheres, casadas, de alto nível socioeconômico e com baixa prevalência de excesso de peso quando comparados à população brasileira. O consumo alimentar e outros hábitos de vida apresentaram-se razoáveis, requerendo atenção por parte destes indivíduos, uma vez que não

consomem adequadamente alimentos como verduras, legumes, frutas e leguminosas.

Este estudo contribuiu para o levantamento de questões relacionadas à qualidade de vida dos enfermeiros de Sinop, seus hábitos alimentares, condições socioeconômicas, bem como de seu estado nutricional, caracterizando assim o perfil destes profissionais para futuras ações de estilo de vida saudáveis e promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

Admi, H., Tzischinsky, O., Epstein, R., Herer, P., & Lavie, P. (2008). Shift work in nursing: is it really a risk factor for nurses' health and patients' safety? *Nursing Economic\$,* 26(4), 250-257.

Araújo, G.A., Soares, M.J.G.O., & Henriques, M.E.R.M. (2009). Qualidade de vida: percepção de enfermeiros numa abordagem qualitativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem,* 11(3), 635-641.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP. (2015). Critério de classificação econômica. Disponível em <http://www.abep.org/criterio-brasil>.

Brasil. Ministério da Saúde. [s.d.]. Guia Alimentar: como ter uma alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, (Guia de bolso). Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/guia_alimentar_bolso

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. (2016). *Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2015.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. (2017). Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf.

Campos, J.F., e David, H.M.S.L. (2014). Análise de cortisol salivar como biomarcador de estresse ocupacional em trabalhadores de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, 22(4), 447-453.

Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Comissão de Business Intelligence. (2011). Produto 2: análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais, Disponível em http://www.cofen.gov.br/pesquisa-cofencorens-mostra-dados-da-enfermagem-brasileira_7746.html.

Dalri, R.C.M.B. (2013). *Carga horária de trabalho dos enfermeiros de emergência e sua relação com estresse e cortisol salivar*. (Tese de doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2/22132/tde-07012014-161525/pt-br.php>.

Davey, A., Sharma, P., Davey, S., e Shukla, A. (2019). Is work-associated stress converted into psychological distress among the staff nurses: a hospital-based study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 8(2), 511-516.

Dias, E.G., Santos, A.R., Souza, E.L.S., Araújo, M.M.L., e Alves, J.C.S. (2017). La calidad de vida en el trabajo: la experiencia de los profesionales de la salud en una Unidad Básica de Salud en Minas Gerais – Brasil. *Cultura de los Cuidados*, 21(48), 159-167.

Fernandes, J.S., Miranzi, S.S.C., Iwamoto, H.H., Tavares, D.M.S., e Santos, C.B. (2012). A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida de enfermeiros das equipes saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 404-412.

Figueiro, A.N.L., Schufer, M., Muiños, R., Marro, C., e Coria, E.A. (2001). Um instrumento para a avaliação de estressores psicossociais no contexto de emprego. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(3), 653-659.

Fleck, M.P.A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., et al. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183.

Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas - FIPE. (2017). Salariômetro 2017. Disponível em <http://salarios.org.br/#/>.

Hanranhan, K., McCarthy, A.M., Kleiber, C., Lutgendorf, S., e Tsalikian, E. (2006). Strategies for salivary cortisol collection and analysis in research with children. *Applied Nursing Research*, 19(2): 95-101.

Kolotkin, R.L., Crosby, R.D., Kosloski, K.D.; e Williams, G.R. (2001). Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. *Obesity Research*, 9(2), 102-111.

Lentz, R.A., Costenaro, R.G.S., Gonçalves, L.H.T., e Nassar, S.M. (2000). O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(4), 7-14.

Lima, E.F.A., Borges, J.V., Oliveira, E.R.A., Velten, A.P.C., Primo, C.C., e Leite, F.M.C. (2013). Qualidade de vida no trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(4), 1000-1006.

Malta, D.C., Santos, M.A.S., Andrade, S.S.C.A., Oliveira, T.P., Stopa, S.R., Oliveira, M.M., et al. (2015). Tendência temporal dos indicadores de excesso de peso

Cultura de los Cuidados

em adultos nas capitais brasileiras, 2006-2013. *Ciência e Saúde Coletiva*, 21(4), 1061-1069.

Portela, L.F., Rotenberg, L., e Waissmann, W. (2005). Health, sleep and lack of time: relations to domestic and paid work in nurses. *Revista de Saúde Pública*, 39(5), 802-808.

Sinop. Prefeitura Municipal de Sinop. (2017). Questionário direcionado aos

enfermeiros do município de Sinop-MT. Disponível em <http://www.sinop.mt.gov.br/>.

The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.

Vasconcelos, P.O. e Costa Neto, S.B. (2008). Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. *PSICO*, 39(1), 58-65.



Fuente: By py.wvalgacc. CC BY-NC-SA 2.0 license. <https://search.creativecommons.org/photos/bf7d3ee4-86fe-496d-86b7-caaada9dd889>

Tabela 1: Características gerais de enfermeiros do Município de Sinop-MT, 2016.

Variáveis		Resultados	IC95%
N		33	-
Sexo	Feminino	31 (93,94%)	
	Masculino	2 (6,06%)	
Idade		38,4 ± 7,4	35,9;40,9
Estado Civil	Casado	27 (81,82%)	
	Solteiro	6 (18,18%)	
Vínculos empregatícios	Somente 1	27 (81,82%)	
	Mais de 1	6 (18,18%)	
Estatura		1,65 ± 0,07	1,63;1,68
Peso		68,5 ± 12,3	64,3;72,7
IMC		24,9 ± 3,9	23,6;26,3
Classificação	Baixo peso	1 (3%)	-
	Eutrófico	19 (58%)	
	Sobrepeso	9 (27%)	
	Obesidade	4 (12%)	
Cortisol (µg/dl)		11,6 ± 5,9	8,6;14,5
Classe socioeconômica	A	6 (18%)	-
	B	27 (82%)	
	C	0 (0%)	
	D + E	0 (0%)	
Formação (Pós)		33 (100%)	-
Tempo de Trabalho	1 a 5 anos	5 (15%)	-
	5 a 10 anos	12 (36%)	
	10 a 15 anos	12 (36%)	
	15 a 20 anos	4 (12%)	
Carga horária (semanal)	30h	7 (21%)	-
	40h	26 (79%)	
Período de trabalho	Matutino	6 (18%)	-
	Vespertino	1 (3%)	
	Matutino e Vespertino	26 (79%)	
Escore de Alimentação		37,8 ± 5,3	36,0;39,6
Classificação	Precisa melhorar	1 (3%)	-
	Atenção	26 (79%)	
	Parabéns	6 (18%)	
Qualidade de Vida	Domínio físico	71,2 ± 16,8	65,5;76,9
	Domínio psicológico	67,6 ± 13,8	62,9;72,2
	Domínio social	64,9 ± 21,5	57,6;72,2
	Domínio ambiente	64,0 ± 12,6	59,7;68,3
	Geral	66,9 ± 14,0	62,1;71,7

IMC: índice de massa corporal (kg/m²). Pós: pós-graduação.

Tabela 2: Qualidade de vida de enfermeiros do Município de Sinop-MT, 2016.

Variáveis	Resultados	IC95%
Domínio físico (categorias)		
Muito baixo	0 (0%)	-
Baixo	1 (3%)	
Regular	9 (27%)	
Boa	12 (37%)	
Muito boa	11 (33%)	
Domínio psicológico (categorias)		
Muito baixo	0 (0%)	-
Baixo	0 (0%)	
Regular	9 (27%)	
Boa	20 (61%)	
Muito boa	4 (12%)	
Domínio social (categorias)		
Muito baixo	1 (3%)	-
Baixo	1 (3%)	
Regular	13 (40%)	
Boa	10 (30%)	
Muito boa	8 (24%)	
Domínio ambiente (categorias)		
Muito baixo	0 (0%)	-
Baixo	1 (3%)	
Regular	13 (39%)	
Boa	15 (46%)	
Muito boa	4 (12%)	
Geral		
Muito baixo	0 (0%)	-
Baixo	1 (3%)	
Regular	10 (30%)	
Boa	16 (49%)	
Muito boa	6 (18%)	

Tabela 3: Matriz de correlações das variáveis estudadas de enfermeiros do Município de Sinop-MT, 2017.

	EA	Idade	D. fis	D. psic	D. soc	D. amb	QOL	Cortisol	Classe	Peso	Estatura
Idade	0,09										
D. fis	0,33	-0,13									
D. psic	0,35*	0,18	0,65*								
D. soc	0,15	-0,09	0,67*	0,59*							
D. amb	0,33	0,04	0,66*	0,72*	0,69*						
QOL	0,32	-0,02	0,87*	0,83*	0,89*	0,87*					
Cortisol	0,57*	-0,31	0,52*	0,22	0,49	0,53*	0,53*				
Classe	0,23	0,07	0,31	0,30	0,25	0,39*	0,35*	0,37			
Peso	-0,18	-0,20	-0,40*	-0,39*	-0,25	-0,41*	-0,40*	-0,13	-0,61**		
Estatura	-0,12	-0,42*	-0,09	-0,19	0,05	-0,15	-0,09	-0,36	-0,27	0,52*	
IMC	-0,16	-0,02	-0,42*	-0,36*	-0,32	-0,40*	-0,43*	0,00	-0,57**	0,89*	0,07

EA: escore de alimentação. D.fis: domínio físico. D.psic: domínio psicológico. D.soc: domínio social. D.amb: domínio ambiente. QOL: escore geral de qualidade de vida no WHOQOL.

Cortisol: níveis séricos de cortisol. Classe: classe socioeconômica. Peso em quilogramas.

Estatura em metros. IMC em kg/m². Negrito: valores de r estatisticamente significantes: *p < 0,05 e **p < 0,01.

MISCELÁNEA

Reseña de Gestión del cuidado interprofesional/ de Dr. Ricardo Ayala Valenzuela, Editor

Interprofessional Care Management Review / by Dr. Ricardo Ayala Valenzuela, Editor

Revisão da Gestão de Cuidados Interprofissionais/ Dr. Ricardo Ayala Valenzuela, Editor

Lorena Paola Bettancourt-Ortega

Escuela de Enfermería. Universidad de Valparaíso. Chile

Académica Adjunto del Departamento del adulto y adulto Mayor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, Directora de Magister en Enfermería de la misma Unidad.

Cómo citar esta reseña en edición digital: Bettancourt-Ortega, L.P. (2020). Reseña de Gestión del cuidado interprofesional/ de Dr. Ricardo Ayala Valenzuela, Editor. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 24(57). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.23>

Correspondencia: Escuela de Enfermería. Universidad de Valparaíso. Chile
Correo electrónico: lorena.bettancourt@uv.cl

ABSTRACT

By reading this book you will find the views of different professions regarding the management of care and its evolution, about its influence on the nursing sector and how this responsibility for caring over time has been exercised. The author provides a complementary vision to the management of care, an issue that remains in constant tension and politicization in Chile. In this direction, he gives us his own vision and that of various authors in the field of health who, in a fragmented way, describe multiple visions of the subject: from the state and its legislation, from the actors, the same professionals who travel from the collaboration to the dispute of the field of

action which is the health management. Then it presents as necessary not only the theoretical construction of the concept of "interprofessionality", but the need to insert it into the educational system of future health professionals, involving it in all areas of professional work. Hence, it proposes a new look, betting on new organizational models in the future, which will not be exempt from analysis and subsequent debate by stakeholders.

Keywords: Health management, health workers, nursing.

RESUMEN

Al leer este libro se encontrarán los puntos de vista de diferentes profesiones respecto a la gestión del cuidado y su

evolución, sobre su influencia en el estamento enfermería y cómo se ha ejercido esta responsabilidad de cuidar en el tiempo. El autor aporta una visión complementaria a la gestión del cuidado, cuestión que se mantiene en permanente tensión y politización en Chile. En esta dirección, nos entrega la visión propia y la de diversos autores del campo de la salud que de forma fragmentada van describiendo múltiples visiones que del tema se tienen: desde el estado y su legislación, desde los actores, los mismos profesionales que transitan desde la colaboración a la disputa del campo de acción cual es la gestión de la salud. Luego presenta como necesario no solo la construcción teórica del concepto de "interprofesionalidad", sino que la necesidad de insertarlo dentro del sistema educativo de los futuros profesionales de la salud, involucrándola en todos los ámbitos del trabajo profesional. De allí que propone una nueva mirada, apostando por nuevos modelos organizacionales a futuro, que no estarán exentos de análisis y posterior debate por parte de los interesados.

Palabras clave: Gestión en salud; trabajadores de la salud; enfermería. Fuente Bireme Desc.

RESUMO

Ao ler este livro, você encontrará as opiniões de diferentes profissões sobre o gerenciamento do cuidado e sua evolução, sobre sua influência no setor de enfermagem e como essa responsabilidade pelo cuidado ao longo do tempo foi exercida. O autor fornece uma visão complementar à gestão do cuidado, questão que permanece em constante tensão e politização no Chile. Nesse sentido, ele nos dá sua própria visão e a de vários autores da área da saúde que, de maneira fragmentada, descrevem múltiplas visões do sujeito: do estado e de sua legislação, dos atores, os mesmos profissionais que viajam de a colaboração para a disputa do campo de ação que é a gestão da saúde. A seguir, apresenta-se necessária não apenas a construção teórica do conceito de "interprofissionalidade", mas a necessidade de inseri-lo no sistema educacional dos futuros profissionais de saúde, envolvendo-o em todas as áreas do trabalho profissional. Por isso, propõe um novo visual, apostando em novos modelos organizacionais no futuro, que não estarão isentos de análises e subsequentes debates das partes interessadas.

Palavras-chave : Gestão em saúde; trabalhadores da saúde; Enfermagem.



Antes de presentar este libro creo necesario poner en contexto algunas cuestiones que quizá para el futuro lector, estudiantes, profesionales de enfermería, gestoras del cuidado, investigadores en la línea, puedan ser relevantes a la hora de leer (y tomar posición) sobre este texto. La enfermería en Chile está atravesando un período crítico, se conjugan en ello un cambio en la institucionalidad, con la revisión del libro V del código sanitario, que le da sustento legal a la profesión enfermera y a otras disciplinas de salud que han ido evolucionando en el tiempo, cambiando como se relacionan entre si y como se acomodan según el contexto sociopolítico.

Se aprecian diferencias sustanciales en la calidad de la enseñanza de la enfermería, la gran cantidad de estudiantes que egresan anualmente superan con creces los cargos disponibles en el mercado laboral, lo que ha hecho que el empleo de los jóvenes se precarice cada vez más. En el contexto internacional, se declaró el 2020 como el año de la enfermera, movimientos globales como Nursing Now, amparados por la OMS buscan darle más visibilidad y protagonismo a este profesional de la mano de temáticas como la especialización en enfermería, la participación en los espacios de decisión, donde las enfermeras pueden aportar a la gestión interprofesional a través del trabajo colaborativo. Ligado a ello, el nombramiento reciente de la Directora Nacional de enfermería fue recibido con gran entusiasmo por el gremio enfermero.

Estamos ante una época de cambios, donde a las enfermeras se nos ha dado un rol descrito legalmente que hemos asumido, pero al mismo tiempo, las otras profesiones en salud exigen participar del cuidado, varias de ellas afirman que cuidan. Además, otras profesiones de ámbito social también desarrollan miradas más macro de cómo los determinantes sociales han influido en el cuidado de la salud de la población y como pueden contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de las comunidades.

Al leer este libro se encontrarán los puntos de vista de diferentes profesiones respecto a la gestión del cuidado y su evolución, sobre su influencia en el estamento enfermería y cómo se ha ejercido esta responsabilidad de cuidar en el tiempo. El autor aporta una visión complementaria a la gestión del cuidado, cuestión que se mantiene en permanente tensión y politización en Chile. En esta dirección, nos entrega la visión propia y la de diversos autores del campo de la salud que de forma fragmentada van describiendo múltiples visiones que del tema se tienen: desde el estado y su legislación, desde los actores, los mismos profesionales que transitan desde la colaboración a la disputa del campo de acción cual es la gestión de la salud. Luego presenta como necesario no solo la construcción teórica del concepto de “interprofesionalidad”, sino que la necesidad de insertarlo dentro del sistema educativo de los futuros profesionales de la salud, involucrándola en todos los ámbitos del

trabajo profesional. De allí que propone una nueva mirada, apostando por nuevos modelos organizacionales a futuro, que no estarán exentos de análisis y posterior debate por parte de los interesados.

El escrito se organiza en dos partes, Transformación e Integración:

En la primera parte: Transformación, Osvaldo Artaza en su: “Cuidado médico y la gestión de enfermería: La historia de una reforma”, nos presenta una descripción de los cambios en el ámbito del cuidado asistencial y de la gestión de enfermería a partir de la Reforma de Salud, así como los cambios sociales que han afectado la construcción de la identidad profesional y la relación interprofesional de médicos y enfermeras. Artaza presenta algunos factores que permitirían la comprensión global del mundo del trabajo en el área de la salud como son el género y la participación laboral de las mujeres, la horizontalidad de las relaciones de trabajo y el empoderamiento de las enfermeras y usuarios. Por último, el autor plantea su visión a futuro de cómo se organizará la atención de salud y cuáles serán sus principales características.

En el segundo capítulo, Juan Rapimán, en su “Transformación de la experticia del técnico de enfermería”, muestra una detallada descripción histórica de la trayectoria del personal de apoyo, desde los que no contaban con ninguna capacitación en los inicios, hasta los técnicos

de nivel superior. A mi modo de ver, esto es lo más valioso del capítulo, cómo ha sido el devenir de este grupo que, al compás de los cambios en la salud de Chile, se esfuerza por ir evolucionando y tomando las responsabilidades en atención clínica que le competen. También aquí queda de manifiesto la expectativa de que el gremio sea reconocido en las responsabilidades que le ha tocado desempeñar y en el futuro de las aspiraciones que tienen.

En el capítulo 3 “Terapia Ocupacional: profesión que cuida, acompaña e incluye socialmente ante la discapacidad”, Laura Rueda nos muestra su visión de cuidado como acompañamiento al desempeño ocupacional de las personas durante todo el desarrollo vital. Trata de describir el papel de la profesión en sus cincuenta años de trayectoria, la función de los terapeutas, los ámbitos de acción y desde donde se posicionan conceptualmente para brindar cuidado, desde su punto de vista, con un fuerte base en la ética del cuidar.

En el capítulo 4 “Trabajo social e interdisciplinariedad de la gestión del cuidado: descolonización del poder en el ámbito de la salud” de Luis Vivero Arriagada, el análisis, desde el pensamiento crítico, aborda las dinámicas que se producen en el campo de la salud referida a las relaciones de poder entre y hacia los diferentes actores que participan en la gestión del cuidado. Afirma que existe una forma hegemónica de conocer y validar el conocimiento y que es a través de ello como

se ejerce el poder y se mantiene la división social del trabajo en su forma piramidal. Para lograr prácticas más democráticas e interdisciplinarias, afirma que debemos respetar y dar espacio a los diferentes saberes, incluyendo a las ciencias sociales.

En el capítulo 5 “Gestión del cuidado de la salud sexual y reproductiva de la mujer: enfoque de curso de vida, sensibilidad de género y ética”, Lorena Binfa comienza haciendo un recorrido histórico de la profesión de matrona, desde la partera de la época colonial, pasando por las aulas universitarias, hasta nuestros días, donde describe cómo se ha tomado bajo su responsabilidad la salud sexual y reproductiva de los chilenos a través de todo el ciclo vital. Además, fundamenta el desarrollo disciplinar, haciendo un análisis de cómo es necesario retomar temas urgentes de la salud de la mujer como son los relacionados a la esfera sociocultural y de los determinantes sociales, en una perspectiva más amplia que el rol tradicional de la matrona.

En el capítulo 6, “Cuidado social e intervención social directa ¿Superposición o trabajo interprofesional?”, Sandra Iturrieta nos proporciona una visión muy interesante de los procesos de expansión y cierre de las profesiones vinculadas al campo de la salud, planteando cómo podrían variar las posibilidades de empleo, las condiciones del mercado laboral y las relaciones entre las profesiones, con dos posibilidades: la desaparición de las profesiones como las

conocemos o, al contrario, la transformación que sufrirán para adaptarse a la reconceptualización del trabajo, a la superposición de roles y a su influencia sobre la gestión del cuidado.

En la segunda parte del libro, “Integración”, el capítulo 7: “Cuidado interprofesional: legislación e integración”, de Bernardo Alarcón, plantea una interesante discusión sobre la gestión del cuidado como cuerpo legislativo exclusivo para la profesión enfermera y muestra algunas limitaciones teóricas a la hora de delimitar campos de competencia y autonomía en las diferentes profesiones que ejecutan roles y tareas de gestión. Aborda el cuidado interprofesional como posibilidad jurídica. Esta esfera de actuación delimitada por ley, la práctica, ha sido más difícil de delimitar por las diversas formas de hacer que involucra, con un lenguaje genérico que se adaptaría a la evolución profesional, a la realidad social cambiante, sin necesidad de cambios legislativos en el tiempo. Describe también como las enfermeras en la defensa de su campo han recurrido históricamente al argumento legal como herramienta para resolver los conflictos, en desmedro de la actuación profesional o el dialogo directo.

En el capítulo 8, “Más allá del trabajo en equipo: Nuevas perspectivas de colaboración interprofesional”, de Ricardo Ayala, editor de la obra, nos encontramos con un análisis comparativo entre el concepto de trabajo en equipo como una de las formas primordiales de definición del

trabajo en enfermería que ha perdurado en el tiempo, centrado en la rutina y en la fragmentación de los roles que reproduce jerarquías, entre otros, con el trabajo colaborativo, visto como una transformación cultural que ofrece una alternativa para movilizar racionalmente los recursos para cuidar. Además, identifica cuales son las barreras, entre ellas: la construcción de una institucionalidad propia de las disciplinas y su validación, la construcción de la identidad profesional lo que redundaría en la segregación y las posibles formas en que se pueden superar como la construcción de un modelo colaborativo interprofesional que, a juicio del autor, lograría disminuir los errores clínicos, disminuir la duplicación de esfuerzos, en definitiva, potenciar la calidad del cuidado a través de la comunicación de los equipos. Este modelo de socialización debería comenzar por enseñarse desde el pregrado para desarrollar desde el inicio la identidad interprofesional en paralelo a su identidad mono profesional.

En el Capítulo 9, “El cuidado interprofesional como tema y sistema”, Tomas Koch entrega elementos teóricos para analizar la gestión interprofesional del cuidado. Como primer punto analiza a las organizaciones de salud bajo la teoría de sistemas, bajo la perspectiva de Luhmann, que ve a las profesiones como sistemas autónomos que interactúan y se distinguen de otros a través precisamente de tal o cual distinción respecto de reglas de inclusión, roles o reglamentos. Gestión

interprofesional entonces se constituiría como la interacción de varios sistemas profesionales que establecen contacto a través de la comunicación (diálogo, apertura y flexibilidad) y la investigación interprofesional, para desde ahí avanzar hacia experiencias de colaboración que permitan mecanismos de gestión interprofesional.

A modo de conclusión:

En primer lugar, como enfermera y, en segundo lugar, como académica de una Escuela de Enfermería de una Universidad Pública, este libro me parece relevante porque permite conocer los diversos puntos de vista de los profesionales, que, en mayor o menor medida, han tenido o tienen actualmente experiencia en el tema. En cierta forma se establece un dialogo indirecto que puede abrir nuevos espacios de discusión. Quedarse solo en la visión interna de la situación es peligroso a futuro, por cuanto no contribuye a enriquecer el conocimiento sobre los fenómenos.

Las enfermeras y otros gremios de la salud no podemos quedarnos estancadas en posturas rígidas que no aportan realmente a la discusión de lo que ha sido la gestión del cuidado, sin preguntarnos por las fortalezas e inconvenientes que se presentan para su aplicación práctica, o por las acciones que deberemos emprender para mejorar en conjunto la situación de salud de los chilenos, que es en definitiva nuestro objetivo común.

Cultura de los Cuidados

Se ha producido, a mi modo de ver, un proceso de contracción de la disciplina enfermera, en cierto modo porque de ser una disciplina plenipotenciaria en el cuidado de las personas ha visto su quehacer invadido por otras profesiones más nuevas, más focalizadas que han profundizado en sus marcos teóricos y en sus quehaceres, llenando de alguna manera el vacío dejado por las enfermeras en algún sentido. Por otro lado, hay un proceso de expansión de estas últimas que en algún sentido está determinado por la falta de definición legal de su ámbito de acción que les permitiría explorar nuevos rumbos, en este último punto creo que han legitimado su quehacer a través de la práctica y las enfermeras hemos dejado este desarrollo de la práctica para ampararnos en lo legal. La Enfermería por su parte ha migrado fuertemente hacia la gestión, alejándose del cuidado directo de las personas a su cargo.

La segunda parte del libro propone como se podría instaurar un esquema de trabajo interprofesional que permita una transformación de los sistemas de salud. En ese sentido, podría cambiarse o modificarse el foco en cada disciplina y migrar a resolver las problemáticas de las personas atendidas, de manera integral. Muchas veces los ámbitos de acción profesional son reducidos, no toman todos los aspectos que debieran y entonces los pacientes quedan en una desprotección, en una falta de servicios que no satisface la necesidad de salud.

¿Y qué le falta al libro? ¡Sugiero obviamente la incorporación de una enfermera! Una profesional con vasta experiencia en la gestión del cuidado, que haya sido testigo y participe en el tiempo de la Reforma de salud, sus fortalezas y debilidades, las ganancias en el tiempo, los cambios en las relaciones de poder entre las profesiones involucradas, el estilo de trabajo y, por qué no, la visión que ella tenga de cómo las otras profesiones se han empoderado del cuidado, sus puntos de vista y el manejo desde dentro del cuidado de la salud de la población.

¿Entonces, como empezamos el cambio? En el ámbito individual:

A mi modo de ver, las enfermeras transitamos de un modelo disciplinar a uno interdisciplinar, no es un cambio dicotómico. Ud. fortalezca su disciplina, estudie, base su práctica en teorías y modelos propios, en la evidencia, en la investigación, hágase partícipe y usuaria del propio conocimiento enfermero para que pueda exponer y fundamentar cambios. Sea consciente de lo que saben las enfermeras, de lo que hacen y de lo que podrían llegar a ser; solo así se podrá posicionar en equipos multiprofesionales, será respetada y tendrá la última palabra en lo que al cuidado se refiere, pero tendrá claridad de lo que hacen los otros profesionales y cómo todos juntos pueden llegar a la meta de cuidar. No necesitará ampararse en la ley, porque también estará legitimada en la práctica.

En el ámbito institucional:

Las instituciones universitarias deben enseñar el modelo interdisciplinar, en la teoría y en la práctica, en hospitales clínico docentes donde los estudiantes trabajen juntos desde el inicio de sus carreras, donde todas las disciplinas sean respetadas y tengan el mismo peso, sin que ninguna tenga el monopolio. Cambiemos el modelo de trabajo en equipo, por trabajo colaborativo, que permitiría entonces a las enfermeras tener una identidad propia, pero a la vez una identidad interprofesional, cuando trabajamos interdependientemente. Al investigar en gestión interprofesional, podría avanzarse en definiciones más consistentes del campo ocupacional y tomar el campo para investigar lo que está sucediendo, desarrollar la línea de investigación de gestión del cuidado de manera más interprofesional, que es lo que se está pidiendo en todos los fondos concursables en el país. Una solución que podría contribuir al problema sería formar centros de estudio, que son campos de aplicación multidisciplinar donde confluyen

aquellos que están involucrados en problema, con una mirada más amplia, relevante que está fuera de la disciplina como ideología.

En relación al cuerpo legislativo que nos rige: Revisitar la noción de la gestión del cuidado, darle contenido a la definición para evitar que sigan existiendo los conflictos de roles, superposición, abandono, disputa y problemas de interpretación de la ley. Por último, no debe verse esta publicación como una crítica directa, sino como una oportunidad de visualizar cómo han evolucionado las profesiones, cómo se ven a sí mismas, de qué manera pueden contribuir al cuidado, su apertura a formas de colaboración interprofesional y cómo ven a la enfermería en este mismo punto. Entonces, no hay que tenerle miedo a la visión externa de la profesión, entre ellas habrá valiosas consultas, dudas, visiones y sugerencias que harán de la contribución la riqueza y sistematización del método.

Breve Reseña sobre el Contexto Social, Histórico y Cultural de la Novela “Kartápolis, la Enfermera del San Simón”

Brief Review about Social, Historic and Cultural Context of the Novel “Kartápolis, la Enfermera del San Simón”

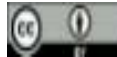
Breve Revisão do Contexto Social, Histórico e Cultural do Romance “Kartápolis, la Enfermera del San Simón”

Cristo Manuel Marrero González

Enfermero en el Servicio Canario de la Salud. Área de salud de Tenerife (España). Doctor por la Universidad de La Laguna. Miembro del Grupo de Investigación de Cuidados al Final de la Vida de la Universidad de La Laguna. Twitter @cristomarrero

Cómo citar esta reseña en edición digital: Marrero González, C. (2020). Breve Reseña sobre el Contexto Social, Histórico y Cultural de la Novela *Kartápolis, la Enfermera del San Simón*. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 24(57). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.24>

Correspondencia: Calle Infante Juan Manuel 16, 38010. Santa Cruz de Tenerife. Tenerife. España.
Correo electrónico: cmmarrerogonzalez@gmail.com



Recibido: 21/11/2019

Aceptado: 19/03/2020

ABSTRACT

This is a review about the novel "Kartápolis, la Enfermera del San Simón" by PhD José Siles González. It is not a complete literary analysis, so I do not directly summarize the plot, but rather I write about the social, historical and cultural novel's context.

Key words: Kartápolis, José Siles, context, narrative

RESUMEN

Se trata de una reseña sobre la novela "Kartápolis, la Enfermera del San Simón" del autor el doctor José Siles González. No se trata en sí de un análisis literario completo ya que no resumo ni abordo la trama ni el argumento de forma

directa, sino que abordo el contexto social, histórico y cultural de la obra.

Palabras clave: Kartápolis, José Siles, contexto, narrativa.

RESUMO

Trata-se de uma revisão sobre o romance "Kartápolis, la Enfermera del San Simón" do professor de universidade José Siles González. Eu não trato de fazer um análise literário, mas sim um análise sobre o contexto social, histórico e cultural do romance.

Palavras-chave: Kartápolis, José Siles, contexto, narrativa.



Siles, J. (2017) *Kartápolis. La enfermera del San Simón*. Salamanca: Editorial Amarante.

Introducción. Propósito principal de esta reseña.

El objeto del presente documento es el de describir de forma humilde, personal y reflexiva, las impresiones que me han producido leer la novela del doctor José Siles González. Para ello voy a reflexionar sobre el contexto social, histórico y cultural en que se produce la obra en España. No concibo este breve manuscrito como un comentario literario, ya que no voy a centrarme ni en el

argumento ni en la trama, solo, como he mencionado en describir desde mi visión el contexto y situación en el que se ambienta la novela. Haré también breves descripciones de algunos personajes principales desde mi enfoque como ser vital, como lector y como estudiante de Antropología Social y Cultural.

No veo adecuado hacer un resumen de la novela en primer lugar porque no quiero hacer eso que llaman *spoiler* y en segundo lugar porque como aprendí en las enseñanzas medias, toda obra literaria hay que enmarcarla en su contexto. Cosa que no veo que se suela hacer sino ya en ediciones orientadas a estudiantes. Yo “cogí esa manía” y he aquí mi esbozo de lo que rodea a la obra. No sabría decirles el movimiento literario de la novela: creo que hoy día nadie sabe a ciencia cierta en qué nos encontramos ya que habrá que dar tiempo al tiempo a nuestros autores y autoras nacionales e internacionales. Sí que sé decirles que las narraciones son hechas con narrador externo y en otras fases o partes desde la perspectiva de cada personaje. Es una buena forma de comprender un determinado hecho desde diferentes visiones, por eso que amo la fenomenología. No obstante, he de decir que leer a José Siles recuerda a Eduardo Mendoza. Desde mi impresión.

Una serie española que aborda la temática de la novela es *Crematorio*, la cual recomiendo.

Bueno, espero que lo que voy a escribir a continuación les anime a leerla.

Sobre el autor

El doctor José Siles González es Catedrático de Historia de la Universidad de Alicante. Enfermero y profesor de Enfermería en dicha Universidad. Es además escritor de poesía, ensayo y novela. Cabe destacar de sus obras *Historia de la Enfermería* (2011) o *La Venus de Donegal* (2012).

Contexto histórico y geográfico de la trama y argumento de la novela

Kartápolis se trata de una ciudad ficticia localizada en la costa mediterránea española. Pero el hecho de que sea ficticia no significa que en el discurrir de la lectura comprendamos que puede ubicarse en la Costa Brava, en la Costa Blanca, en las Islas Baleares, en la Costa del Sol o, incluso, en las Islas Canarias. Su trama puede ser extrapolada a cualquier rincón de España en el que haya habido un auge turístico rápido. Podemos además considerar a Kartápolis como una ciudad-estado, ya que hay características propias de una polis griega con su “independencia” dentro de un estado. Algunas características que nos narra el autor son un gobierno autónomo, un código penal propio y unos servicios del estado propios, como puede ser la policía. No cabe duda de que el nombre hace alusión u homenaje a la influencia griega y fenicia que

hubo en la península ibérica antes del asentamiento romano.

Para orientarnos históricamente, hay que decir que el contexto es contemporáneo. Nos situamos a finales de la década de los 90 o en los 2000. Hay que mencionar que con el auge del turismo en España y del “boom inmobiliario”, Kartápolis pasa de ser un pueblo, una ciudad modesta y humilde con su cultura propia a convertirse en una gran urbe rica con reconocimiento internacional. Como ha venido sucediéndose en España desde la segunda mitad del siglo XX, se ha pasado de una economía de sector primaria, industrial a una economía o sociedad posindustrial o posfordista basada en crear riqueza desde el sector servicios, principalmente turismo. No aprecié economía basada en conocimiento científico o I+D+I. Sí que es cierto que es sede de una universidad, pero podemos interpretar que su mayor generación de riqueza se encuentra en la imagen internacional y en la industria turística. Existen aún ciertas fábricas de bebidas y licores, pero como he venido diciendo todo se va desplazando hacia el turismo.

Si se dan cuenta, pueden ver que Kartápolis puede ser Benidorm, Marbella, Arona, San Bartolomé de Tirajana, Torremolinos... Y de que por supuesto de ese auge turístico se ha venido viviendo principalmente en España. Pero, hagámonos una pregunta, ¿qué problemas o inconvenientes hay en ese modelo económico? Pues en primer lugar el

turismo lleva aparejada la construcción y en segundo lugar la especulación, el tráfico de influencias y la prevaricación. Convertir un pequeño pueblo humilde en una gran urbe conlleva transformar el lugar y el paisaje con la construcción. Mas no solo se transforma el paisaje o el entorno, se transforma su sociedad, sus gentes. Al aumentar el poder adquisitivo, aumenta el nivel de estilo de vida.

Debo decir que no me considero materialista histórico, ni cultural, ni económico, pero creo conveniente que para explicar la transformación de Kartápolis hay que entender que la infraestructura del lugar, sus medios económicos, y de producción, han cambiado. Se han transformado. Ya no se trata de un pueblo que vive de la mar en su mayoría, sino de las grandes ganancias que ha generado el negocio turístico la especulación. A partir de esa base o infraestructura se ha creado el modelo de producción y de generar riqueza. Además de que ha aumentado la población considerablemente porque han llegado al lugar empresarios, trabajadores y familias de muchos lugares de España y del extranjero. Se crea una industria terciaria turística que va desde hoteles a restauración pasando por grandes eventos internacionales como un torneo de tenis mundial con el cual se abre la trama de la novela. Esta nueva forma de producción junto con el aumento poblacional, crea diferentes clases sociales, posiciones sociales diferentes y jerarquías sociales. Además, claro está, la

transformación de la vida doméstica y de vida política. Y ya pues encontramos la conversión de algunas de las gentes y élites que se han consolidado en Kartápolis con sus valores y creencias: avaricia, envidia, lucha de poder, frivolidad, insensibilidad, estilo de vida snob... Que llevarán a personajes y a élites de la novela a cometer daños tanto a los prójimos, como a sí mismos: crímenes, drogadicción, hechos de obra y pensamiento de odio (xenofobia y aporofobia se sea extranjero o no) tráfico de influencias, ludopatía (dicen que es la “nueva heroína u opio del pueblo, parafraseando a Marx) y especulación que llevarán al colapso a la ciudad. Observarán que los medios de comunicación y personas de influencia mediática contribuirán a ese colapso que se va a producir por la frivolidad, el materialismo, la falta de empatía y la avaricia. Esto en cuanto al nivel de macrosistema social, pero si nos detenemos en el microsistema social de la institución sanitaria del San Simón donde se desarrolla la trama se dan también sentimientos de avaricia, de relaciones interesadas y de poder y de jerarquía social.

¿No les resulta todo esto familiar? Miren las hemerotecas. A medida que avancen en la trama van a experimentar muchos *déjà vu*. En España, pinchó la burbuja inmobiliaria y ese pinchazo dio lugar a muchos casos de corrupción política y empresarial en cualquier lugar de nuestra geografía. Kartápolis llevaba un estilo de vida snob asentado en una economía de arenas

movedizas. Nos creíamos ricos y no lo éramos. Éramos materialistas. Consumistas. No ha habido responsabilidad ni civismo en el desarrollo urbanístico.

No obstante, el autor utilizando sarcasmo y acidez a la vez denota crítica a dicha sociedad con el nombre de por ejemplo algunos lugares, como puede ser el tanatorio de la ciudad. Fíjense.

A propósito de algunos personajes de la obra

Describo a algunos personajes en torno a las impresiones que me han causado. Procuraré no hacer interrelaciones entre ellos para no caer en el *spoiler*.

Florencia Khun: el personaje más noble y de más sinceros sentimientos. La más humana dentro de aquel centro sanitario del San Simón junto a su amiga Isidora y el residente Asdrúbal. Muy criticada y estigmatizada por su vida personal y su físico. Injustas críticas. Creo que a Florencia la tendría de compañera. Florencia representa la humanidad de la Enfermería.

Prudencio Mañas y Joe MacPerson: dos grandes tenistas. La fama y la mala gestión de esta, les llevará por malos caminos. Se puede tener de todo, pero tener soledad es enfermizo.

Rodolfo Fariolani: el gran damnificado de toda esa vorágine materialista y avariciosa. Una persona que no está preparada para un mundo tan infame.

Leandro Luna: la corrupción hecha persona en el sentido de corromperse y echarse a perder como persona. El estilo de vida de Kártapolis habrá sido el causante de su mal camino.

Elvira: no nombro su apellido a posta. Solo comentaré que el interés mueve tanto a la riqueza como al poder.

Ginés Larios: antropólogo. Lo considero materialista y nihilista. Obsesionado con Freud y su obra “el Malestar de la Cultura”. Lo considero de la vertiente de Nietzsche, nihilista. Sin escrúpulos, sin ética.

Pepito Santisteban: todo lo contrario a Ginés Larios. Una persona que ya camina por la vida como un cuerpo sin alma. Me recuerda mucho al “Extranjero” de Albert Camus y a su célebre ensayo “El Mito de Sisifo”. Ve la vida como un absurdo. No diré más.

Charo Finisterre: trabajadora del San Simón. Un ejemplo de escalada en posiciones sociales por medio de lo audiovisual. Les recordará a una “estrella” de televisión. Dicho personaje televisivo de España también ha publicado libros, por cierto.

Asdrúbal: usuario/paciente/cliente del San Simón. Maltratado por la vida. El estigma es una seña que nos imponen y nos hace sufrir.

Salvador: como canta Rosalía, *dios nos libre del dinero*. Más aún si lo vemos en cualquier sitio y hacemos de chamanes a la vez. Al final supo jugar sus cartas.

Don Cirilo: la reencarnación del mal en el mundo del tráfico de influencias, del lujo y del crimen. Creo que ya he dicho bastante.

Mila Malibú: ¿quieres salir en televisión?

Habla con ella. Eso sí, en su mundo nada es gratis y no hay límites a nada.

Hay más personajes. Pero estos han sido algunos de los que más me han impresionado. El resto descúbranlos ustedes y juzguen por ustedes mismos. Yo ya creo que he hecho muchos juicios de valor. Lo mejor es valorar por uno mismo y sacar uno mismo sus conclusiones sobre un hecho o persona, en este caso personaje literario.

Recapitulación final

Como reflexionaba al principio, esta reseña es solo una humilde visión personal de un lector. No soy literato ni filólogo y no debe entenderse este documento como algo en consistencia ya que estamos hablando de una interpretación personal del contexto de la obra. Insisto en que no me considero materialista, pero he utilizado la teoría del materialismo tanto histórico como cultural para poder explicarme. Espero que mi interpretación de la novela pueda servir de guía.

BIBLIOGRAFÍA DEL AUTOR DE LA NOVELA

Siles, J. (2011). *Historia de la Enfermería*. Editorial DAE. Madrid: Difusión Avances de Enfermería..

Siles, J. (2012). *La Venus de Donegal*. Madrid: Editorial Libertarias/ Prodhufi.

Siles, J. (2017). *Kartápolis. La Enfermera del San Simón*. Salamanca: Editorial Amarante.

BIBLIOGRAFÍA PARA COMPRENDER MI VISIÓN DE LA NOVELA

Camus, A. (2005). *El Extranjero*. Madrid: Alianza Editorial.

Camus, A. (2015). *El Mito de Sísifo*. Madrid: Alianza editorial.

Cortina, A. (2017). *Aporofobia, el Rechazo al Pobre. Un desafío para la Democracia*. Barcelona: Paidós.

Freud, S. (2007). *Tótem y Tabú*. Madrid: Alianza editorial.

Freud, S. (2017). *El Malestar en la Cultura*. Madrid: Editorial Akal.

Goffman, E., & Guinsberg, L. (1970). *Estigma: la Identidad Deteriorada*. Madrid: Amorrortu.

Harris, M. (1990). *Antropología Cultural*. Madrid: Alianza editorial.

Harris, M. (2003). *Materialismo Dialéctico* (pp 113-123). En *El Desarrollo de la Teoría Antropológica. Historias de las de la Cultura*. Madrid: Editorial Siglo XXI.

Kerbo, H. R. (1998). *Estratificación Social y Desigualdad: el Conflicto de Clases en Perspectiva Histórica y Comparada*. Madrid; McGraw-Hill.

Marx, K. (2013). *Manuscritos de Economía y Filosofía*. Madrid: Alianza editorial.

Nietzsche, F. (2000). *La Genealogía de la Moral*. Madrid: Alianza editorial.

Requena, M., Salazar, L., Rald, J., & Kerbo, H. R. (2013). *Estratificación Social*. Madrid: McGraw-Hill.

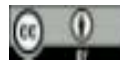
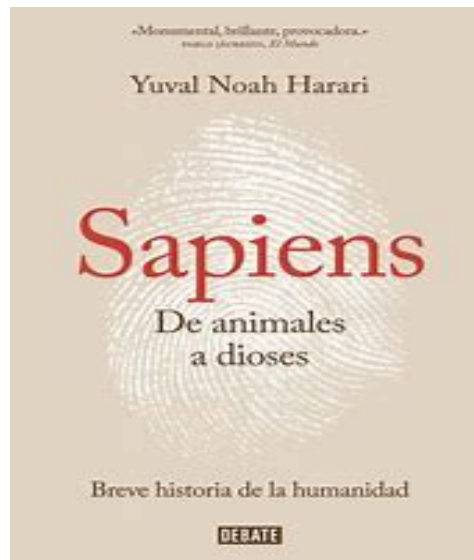
Soto Núñez, C.A., & Vargas Celis, I.E. (2017). La Fenomenología de Husserl y Heidegger. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 21(48). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.48.05>.

Reseña de *Sapiens (de animales a dioses)* de Yuval Nuah Harari**Review of *Sapiens (from animals to gods)* by Yuval Nuah Harari****Resenha dos *Sapiens* de Yuval Nuah Harari (dos animais aos deuses)****Sara Cibanal Arce**

Content Development Manager en PAVIGYM

Cómo citar esta reseña en edición digital: Cibanal Arce, S. (2020). Reseña de *Sapiens (de animales a dioses)* de Yuval Nuah Harari. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 24(57). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.25>

Correspondencia: Remitirse al correo electrónico
Correo electrónico: luis.cibanal46@gmail.com

*Recibido: 13/11/2019**Aceptado: 22/02/2020*

Harari, Y.N. (2015). *Sapiens. De animales a dioses*. Barcelona: Debate.

ABSTRACT

In this text the author essentially describes the evolution of humanity. Harari develops a structural approach that allows him to analyze the cultural roots of civilization.

Key words: Hominids, humanization, civilization, sapiens

RESUMEN

En este texto el autor describe de forma esencial la evolución de la humanidad. Harari desarrolla un enfoque estructural que le permite analizar las raíces culturales de la civilización.

Palabras clave: Homínidos, humanización, civilización, sapiens

RESUMO

Neste texto, o autor descreve essencialmente a evolução da humanidade. Harari desenvolve uma abordagem estrutural que lhe permite analisar as raízes culturais da civilização.

Palavras-chave: Hominídeos, humanização, civilização, sapiens

Pocas son ya las librerías en las que este libro no haya estado (o todavía esté) en la sección de Top Ventas o de libros recomendados en la categoría de no-ficción. Millones de personas han sido cautivadas por la dialéctica del autor y celebridades como Barack Obama, Mark Zuckerberg o Bill Gates lo recomiendan. Es curioso que un libro de “historia” haya resultado tan interesante y haya sido vendido en tantos países, pero lo cierto es que es mucho más que un libro de historia.

Yuval Noah Harari (1976) es profesor de historia en la Universidad

Hebrea de Jerusalén. Se especializó en historia medieval e historia militar, pero tras doctorarse en Historia por la Universidad de Oxford, pasó al campo más amplio de la historia del mundo y los procesos macrohistóricos. Con otros títulos como *Homo Deus* o *21 lecciones para el siglo XXI*, se ha ganado la fama de ser uno de los autores más aclamados de lo que va de siglo.

Si esta obra ya era interesante antes del confinamiento, ahora definitivamente lo es más. Un libro que ayuda a comprender cómo y por qué hemos llegado hasta aquí. Una forma novedosa de ver la historia en la que no observamos hechos aislados, sino que todo tiene un sentido y unas consecuencias globales que nos hacen sentir pequeños y maravillados a la vez. Gracias a este libro podemos entender que la globalización tiene varias caras, siendo una de ellas la que estamos viviendo en esta crisismundial. En cada página el autor combina hechos probados, desde hallazgos arqueológicos hasta acontecimientos históricos relevantes con reflexiones que nos traen al momento presente. No es una narración lineal, como podemos prever en un libro histórico, sino que es una reflexión filosófica basada en la historia y la evolución humana. Cada hecho y acontecimiento narrado en *Sapiens* se relaciona con otros muchos

Cultura de los Cuidados

aspectos, dándole sentido y consecuencias.

Comenzando desde la prehistoria, el autor va desvelando cómo la evolución no siempre ha sido a mejor ni nos ha beneficiado a nivel individual, pero sí como especie. Una explicación del ser humano desde el punto de vista evolutivo que nos ayuda a entender cómo hemos logrado a ser la especie que ha conquistado la Tierra, eso sí, arrasando todo a su paso. Con cada revolución (empezando por la cognitiva, siguiendo por la agrícola hasta la industrial y la científica), el ser humano ha conseguido aumentar su población, pero también mermar su calidad de vida en muchos casos.

Que un cazador-recolector fuera más feliz o tuviera una mejor alimentación que un agricultor no resultó ser útil, si el agricultor conseguía duplicar o triplicar la población en unos pocos años. Este hecho ha marcado la evolución humana durante siglos, ya que las sociedades que más han crecido no han sido ni las más felices ni las más saludables. Al fin y al cabo esto lo vemos hoy en día, cuando nuestras sociedades “del bienestar” han provocado un aumento del estrés, de una gran cantidad de enfermedades crónicas asociadas al mismo y no parece que seamos más felices que algunas tribus de África. Otro punto que aborda Harari son los imperios y el dinero. Nos hace reflexionar sobre el hecho de que el

dinero, las leyes, los estatus sociales o la propiedad son realmente mitos compartidos por un grupo de la población, pero no son reales. De hecho, el dinero solo tiene valor porque todos le damos ese valor; un billete carece de cualquier valor intrínseco, es simplemente una convención entre todas las sociedades. En este sentido compara los gobiernos o las empresas con la religión, estableciendo ciertos paralelismos que nos demuestran que hoy en día los “mitos” y las “convenciones” compartidas han desplazado a otros aspectos más reales como la naturaleza.

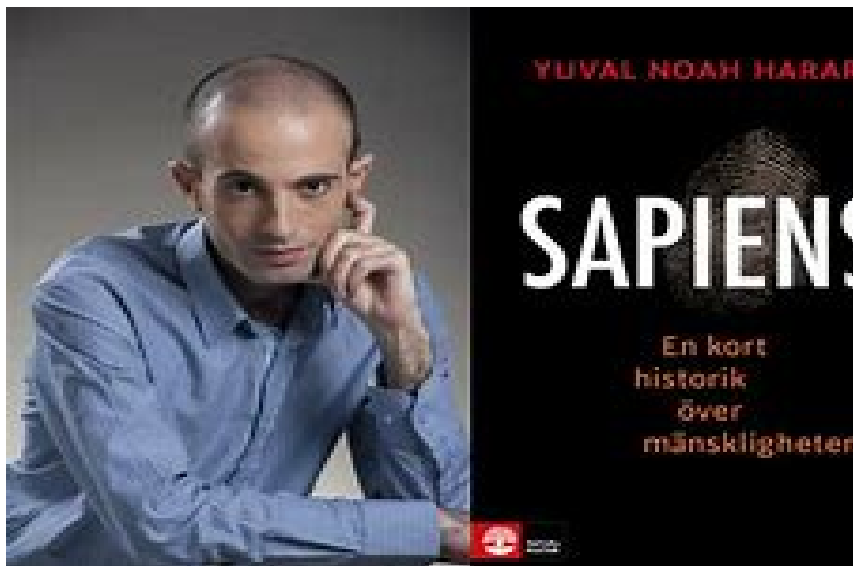
La última parte del libro es, sin duda, una de las más interesantes porque apunta hacia un futuro incierto y abierto a miles de oportunidades: la revolución científica. Harari analiza de una forma crítica e imparcial todos los avances científicos existentes y previsibles en los próximos años. Proyectos para crear la “amortabilidad” o cómo la tecnología tiene un impacto cada vez mayor en nuestras vidas son algunos de los aspectos que el autor trata. En medio de todos estos aspectos históricos, el autor también trata algunos temas más controvertidos como la hegemonía del sexo masculino, la domesticación de los animales y su uso actual para el consumo humano con todo lo que ello conlleva o el cambio climático.

Hay muchos aspectos de la historia, sin embargo, que el autor pasa

por encima. Era obvio en un libro de 500 páginas que trata de una “breve historia de la humanidad”. Lo más destacable de Harari es su tono provocador, sus reflexiones sobre temas que muchas veces son tabú o el hecho de que es capaz de posicionarse como abogado del diablo para tratar cualquier asunto. Después de leer este libro la reflexión que me queda es que ojalá la historia se aprendiera así, de una forma holística, filosófica y reflexiva. Este no es un libro que nos enseñe cuántas guerras ha habido o cuántos territorios conquistó el Imperio Británico. Es un libro que nos muestra que el ser humano es fascinante y a la vez peligroso, que hemos

sido capaces de crecer porque hemos antepuesto el bien común al individual (incluso en las sociedades más capitalistas) y que nuestros “mitos” ahora son para nosotros más reales que un océano o el sistema solar.

Sin duda, es un libro que que todos deberíamos leer al menos una vez en la vida.



Reseña del libro de Elena Santainés Borreda: *Florence Nightingale en la obra de Federico Rubio*

Review of the book by Elena Santainés Borreda: *Florence Nightingale in the work of Federico Rubio*

Resenha do livro de Elena Santainés Borreda: *Florence Nightingale na obra de Federico Rubio*

José Siles González

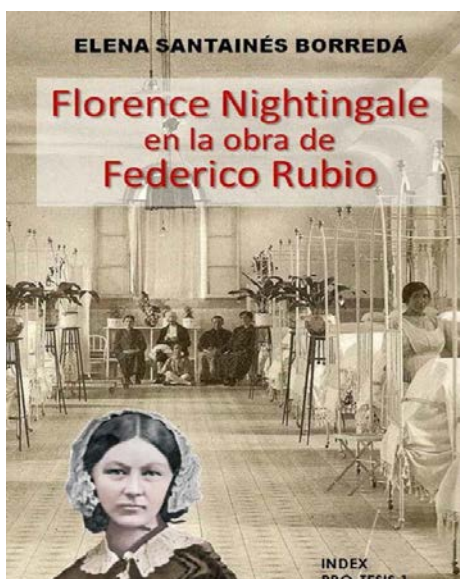
Catedrático de Universidad. Departamento de enfermería. Universidad de Alicante

Cómo citar esta reseña en edición digital: Siles-González, J. (2020). Reseña del libro de Elena Santainés Borreda: *Florence Nightingale en la obra de Federico*, *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 24(57). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.26>

Correspondencia: Departamento de enfermería. Universidad de Alicante. 03080 Alicante
Correo electrónico: jose.siles@ua.es



Recibido/aceptado: Reseña invitada



ABSTRACT

In this review, the author describes the characteristics of an interesting contribution to Spanish nursing historiography. The subject treated is demonstrated as follows: The incidence of Florence Nightingale in the thought and work of Federico Rubio, especially in the School of Nursing St. Elizabeth of Hungary.

Keywords: Nursing history, Federico Rubio, Florence Nightingale, St. Elizabeth of Hungary School.

RESUMEN

En esta reseña, el autor describe las características de una interesante aportación a la historiografía enfermera española. La temática tratada así lo demuestra: La incidencia de Florencia Nightingale en el pensamiento y la obra de Federico Rubio, especialmente en la Escuela de Enfermería Santa Isabel de Hungría.

Palabras clave: Historia de la enfermería, Federico Rubio, Florencia Nightingale, Escuela Santa Isabel de Hungría.

RESUMO

Nesta revisão, o autor descreve as características de uma interessante contribuição para a historiografia espanhola de enfermagem. O assunto tratado é demonstrado da seguinte forma: A incidência do Florence Nightingale no pensamento e trabalho de Federico Rubio, especialmente na Escola de Enfermagem Santa Isabel da Hungria.

Palavras-chave: História da enfermagem, Federico Rubio, Florence Nightingale, Escola Santa Elizabeth da Hungria.

Elena Santainés, joven doctora de la Universidad de Valencia que viene trabajando desde años la línea de historia de la enfermería y aspectos relativos al género y construcción social de la realidad de los cuidados, nos sorprende con la publicación de un nuevo libro sobre historia de la enfermería. Se trata de una aportación que va a provocar cierto impacto tanto por su originalidad como por su pertinencia, pues pone en solfa aspectos todavía desconocidos de la enfermería española del siglo XIX.

En este libro, Santainés aborda un hecho tan crucial como lo es la influencia de Florencia Nightingale en la obra de Federico Rubio, centrándose en dos de las

grandes obras del eminente cirujano: el Instituto de Técnica Operatoria y la Escuela de Enfermería Santa Isabel de Hungría. Del rigor metodológico no hay mas que señalar que este texto se deriva de la realización de su tesis doctoral (merecedor de la máxima calificación por parte de un tribunal independiente) y, por ende, la claridad expositiva y el manejo del lenguaje de la autora lo hacen de lectura accesible al común de los mortales que tengan cierto interés en la historia de la enfermería.

Los tres primeros capítulos están dedicados a un clarificador recorrido por el contexto científico europeo decimonónico, su incidencia en España y una imprescindible visión de la enfermería de la época explicitando las líneas maestras de las reformas emprendidas por Florencia Nightingale. En el tercer capítulo se dedica a la descripción de la vida y obra de Federico Rubio centrándose en la creación de la Escuela Santa Isabel de Hungría.

El cuarto capítulo tal vez sea el más esencial del libro, pues está dedicado al análisis de las influencias de Nightingale en el Instituto de Técnica Operatoria y en la Escuela de Enfermería Santa Isabel de Hungría. Posteriormente se analizan de forma fundamentada y con profusa documentación las influencias de Nightingale en los principios de enfermería en el contexto español y se realiza una interesante aportación mediante la que se intenta contextualizar la ideología de Florencia Nightingale y su influjo en la Escuela de Enfermería Santa Isabel de Hungría. En definitiva, un libro imprescindible para historiadores de enfermería que deberían leer tanto los estudiantes como los profesionales de enfermería.

Llamada de artículos para número especial de International Journal of Environmental Research and Public Health

Call for papers for special issue of International Journal of Environmental Research and Public Health

Chamada de artigos para a edição especial do International Journal of Environmental Research and Public Health

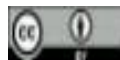
José Siles González

Catedrático de Universidad. Departamento de enfermería. Universidad de Alicante

Cómo citar esta llamada de artículos de número especial en edición digital: Siles-González, J. (2020). *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 26(57). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.26>

Correspondencia: Llamada de artículos para número especial de International Journal of Environmental Research and Public Health Departamento de enfermería. Universidad de Alicante. 03080 Alicante

Correo electrónico: jose.siles@ua.es



Special Issue "A Focus on Healthcare from the Perspective of Gender, Culture, Management, and the Economy"

- [Print Special Issue Flyer](#)
- [Special Issue Editors](#)
- [Special Issue Information](#)
- [Keywords](#)
- [Published Papers](#)

A special issue of [International Journal of Environmental Research and Public Health](#) (ISSN 1660-4601). This special issue belongs to the section "[Health Care Sciences & Services](#)".

Deadline for manuscript submissions: **31 October 2021**.

Special Issue Editors

Prof. Dr. José Siles Gonzalez [Website](#)

Leading Guest Editor

Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Alicante, 03690 Alicante, Spain

Interests: nursing history; anthropology of care; nursing based on narrative; health, context, and culture; dialectical structural model of care; anthropology of education

Prof. Dr. Carmen Solano Ruiz [Website](#)

Assistant Guest Editor

Department of Nursing, Faculty of Health Sciences University of Alicante, 03690 Alicante, Spain

Interests: clinical anthropology; anthropology of care; gender and health; intercultural care; anthropology of education

Prof. Dr. Paulo Joaquim Pina Queirós [Website](#)

Assistant Guest Editor

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851 Coimbra, Portugal

Interests: nursing history; theory; method of care; epistemology

Prof. Dr. Benito Yañez-Araque [Website](#)

Assistant Guest Editor

Department of Physical Activity and Sports Sciences, University of Castilla-La Mancha, 45071 Toledo, Spain

Interests: healthcare and hospital management; occupational risks prevention; corporate social responsibility; quality management; marketing; strategy; corporate governance; business intelligence; innovation; human resources; sports management

Special Issue Information

Dear Colleagues,

The literature has highlighted the organization and provision of health-oriented care in societies over time, along with the implications for gender equality. In turn, care throughout history (both paid and unpaid) has been fundamental to both human wellbeing and economic and social development. In other words, what is of particular interest to the care economy is the relationship between the way societies have organized their members' healthcare and the management of the functioning of the health economic system. Therefore, gender and culture are foundations of individual and social identity, which condition the various forms of interaction in the care administration relationship between the professional and the patient/family. In recent years, emphasis has been placed on the study of the so-called care economy from the perspective of gender, culture, and healthcare management.

The objective that we propose in this Special Edition is to bring together the latest research framed in the culture of care, its evolution in societies, care economics, and care management, highlighting the gender perspective. Likewise, we propose to do this through the adoption of transdisciplinary approaches that prioritize in these studies relational analysis in the context of health scenarios, ideologies, and people.

Therefore, studies are justified in relation to health and illness, the culture of care, and the profile (sex/gender) of the care provider. This Special Issue seeks studies with different quantitative and qualitative methodologies, as well as studies of mixed methods. Reviews following quality criteria will also be considered. We particularly welcome research projects that adopt a multisectoral and transdisciplinary approach.

Manuscript Submission Information

Manuscripts should be submitted online at www.mdpi.com by [registering](#) and [logging in to this website](#). Once you are registered, [click here to go to the submission form](#). Manuscripts can be submitted until the deadline. All papers will be peer-reviewed. Accepted papers will be published continuously in the journal (as soon as accepted) and will be listed together on the special issue website. Research articles, review articles as well as short communications are invited. For planned papers, a title and short abstract (about 100 words) can be sent to the Editorial Office for announcement on this website.

Submitted manuscripts should not have been published previously, nor be under consideration for publication elsewhere (except conference proceedings papers). All manuscripts are thoroughly refereed through a single-blind peer-review process. A guide for authors and other relevant information for submission of manuscripts is available on the [Instructions for Authors](#) page. *International Journal of Environmental Research and Public Health* is an international peer-reviewed open access semimonthly journal published by MDPI.

Please visit the [Instructions for Authors](#) page before submitting a manuscript. The [Article Processing Charge \(APC\)](#) for publication in this [open access](#) journal is 2300 CHF (Swiss Francs). Submitted papers should be well formatted and use good English. Authors may use MDPI's [English editing service](#) prior to publication or during author revisions.

Keywords

- gender and health
- intercultural care
- health economics
- health education
- hospital management
- health promotion
- healthcare
- clinical anthropology
- anthropology of education

Published Papers

This special issue is now open for submission.

https://www.mdpi.com/journal/ijerph/special_issues/Healthcare_GCME

International Journal of Environn x +



← → ↻ 🏠 🔒 https://www.mdpi.com/journal/ijerph/stats 🗨️ ☆ ⌵ 🗄️ 👤


MDPI 🗨️ ☰

Search:

Journals / IJERPH / Journal Statistics

**IMPACT
FACTOR
2.849**



**International Journal of
Environmental Research
and Public Health**

Journal Menu

- [IJERPH Home](#)
- [Aims & Scope](#)
- [Editorial Board](#)
- [Reviewer Board](#)
- [Topic Board](#)
- [Instructions for Authors](#)
- [Special Issues](#)
- [Sections & Collections](#)
- [Article Processing Charge](#)
- [Indexing & Archiving](#)
- [Editor's Choice Articles](#)
- [Most Cited & Viewed](#)
- [Journal Statistics](#)
- [Journal History](#)
- [Journal Awards](#)
- [Society Collaborations](#)
- [Conferences](#)
- [Editorial Office](#)

Journal Browser

▼

▼

IJERPH Statistics

Overview

International Journal of Environmental Research and Public Health in Numbers

International Journal of Environmental Research and Public Health (ISSN: 1660-4601)

Founded: 2004 (Volumes: 17)

20,419 articles published so far

4098 articles have been cited 10 times or more (h-10 index)

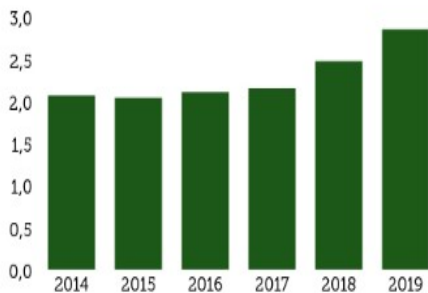
Impact Factor

Current Impact Factor: 2.849

5-year Impact Factor: 3.127

JCR category rank: 105/265 (Q2) in 'Environmental Sciences' (SCIE); 58/193 (Q2) in 'Public, Environmental & Occupational Health' (SCIE) and 32/170 (Q1) in 'Public, Environmental & Occupational Health' (SSCI)

Impact Factor of IJERPH



Year	Impact Factor
2014	2.1
2015	2.1
2016	2.1
2017	2.2
2018	2.5
2019	2.8

Citations & Articles for IJERPH

 **Universitat d'Alacant**
Universidad de Alicante
Facultad de Ciencias de la Salud

