

# CULTURA DE LOS CUIDADOS

3<sup>er</sup> Cuatrimestre 2013 • Año XVII - N.º 37

## SUMARIO

### EDITORIAL

- La Cultura de los Cuidados y las Instituciones de Salud en Nuestros Tiempos en Latinoamérica

### FENOMENOLOGÍA

- Pietá: a representação imagética do cuidado.
- El tatuaje y la perforación en la construcción de la corporeidad

### HISTORIA

- Anayde Correa de Carvalho: herencia histórica para la Enfermería brasileña.
- Evolución de la Ley de Directrices y Bases de la Ley de Educación Nacional Law - nº 5.692/1971 la enfermería profesional en Brasil
- Aproximación al aporte nutricional de la dieta ordinaria urbana en Vitoria (Álava) en el tránsito del siglo XVIII al XIX a partir de las dietas hospitalarias

### ANTROPOLOGÍA

- Atender a los pacientes con trastornos mentales desde la perspectiva de la enfermera de atención primaria

### TEORÍA Y MÉTODO

- O cuidado do enfermeiro ao usuário de crack: reflexões sob a ótica dos princípios da teoria holística.
- Validación de la escala de evaluación del significado del cuidado

### MISCELÁNEA

- BIBLIOTECA COMENTADA



ASOCIACIÓN NACIONAL DE HISTORIA  
Y ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS



CONSEJO DE ENFERMERÍA DE LA  
COMUNIDAD VALENCIANA

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

**CONSEJO EDITORIAL**

**DIRECCIÓN/ EDITOR**

José Siles González

**COMITÉ EDITORIAL**

Luis Cibanal Juan - Carmen Solano Ruiz

**CONSEJO DE REDACCIÓN**

**COORDINADORA**

Ana Lucia Noreña Peña

**MIEMBROS CONSEJO REDACCIÓN**

Miguel Ángel Fernández Molina

Eva M<sup>a</sup> Gabaldón Bravo

Elena FerrerHernández

Flores Vizcaya Moreno

José Ramón Martínez Riera

M<sup>a</sup> Mercedes Rizo Baeza

Mercedes Nuñez del Castillo

Miguel Castells Molina

Rosa Pérez-Cañaveras

Manuel Lillo Crespo

Isabel Casabona Martínez

Departamento de Enfermería.

Universidad de Alicante

**COORDINADOR INFORMÁTICO Y PÁGINA WEB**

Pablo Díez Espinosa

**DIRECCIÓN FINANCIERA**

Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana

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

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

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

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

**COMITÉ CIENTÍFICO O ASESOR**

**Manuel Amezcua Martínez**

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

**Carmen Chamizo Vega**

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

**César Hueso Montoro**

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

**Manuel García Martínez**

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

**Guillermo Silva Magaña**

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

**Carlos Lousada Lopes Subtil**

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

**Antonio C. García Martínez**

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

**María Elisa Moreno-Fergusson**

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

**Esperanza de la Peña Tejero**

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

**Cecilio Eseverri Cháverri**

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

**Francisca Hernández Martín**

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

**Francisco Herrera Rodríguez**

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

**Amparo Nogales Espert**

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

**Natividad Sánchez González**

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

**Francisco Ventosa Esquinaldo**

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

**Marilyn Douglas**

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

**Fernando Porto**

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

**Beatriz Morrone**

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

**Ximena Isla Lund**

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

**Raquel Spector**

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

**Rick Zoucha**

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

**Taka Oguiso**

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

**Genival Fernandes de Freitas**

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

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

**INDIZADA E INSCRITA EN:**

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

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

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

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

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

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

Coordinadora RUA. Ana L. Noreña

**SUSCRIPCIONES:**

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

Alumnos Enfermería: 7,21 euros

Extranjero: 18,03 euros

**CORRESPONDENCIA:**

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

Ap 99. E-03080 Alacant - Alicante

Revista «on line»:

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

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

Título clave: Cultura de los Cuidados

Título abreviado: Cul. Cuid.

Tirada/ Producción: 3.000 ejemplares

**IMPRESIÓN Y ACABADO:**

Edita: Consejo de Enfermería Comunidad Valenciana (CECOVA)

Diseño editorial, maquetación e impresión:

AROA Diseño y Comunicación. Alicante (España)

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

## SUMARIO

<b>NORMAS DE PUBLICACIÓN</b> .....	4
Criterios de evaluación y selección de artículos.....	7
<b>EDITORIAL</b>	
La Cultura de los Cuidados y las Instituciones de Salud en Nuestros Tiempos en Latinoamérica.....	9
<i>DINORA REBOLLEDO MALPICA</i>	
<b>FENOMENOLOGÍA</b>	
Pietà: a representação imagética do cuidado.....	13
<i>FERNANDO PORTO; MERCEDES NETO E SANDRA GOULART MAGALHÃES</i>	
El tatuaje y la perforación en la construcción de la corporeidad.....	22
<i>ALBERTO GONZÁLEZ GARCÍA</i>	
<b>HISTORIA</b>	
Anayde Correa de Carvalho: herencia histórica para la Enfermería brasileña.....	30
<i>TAKA OGUISSO, PAULO FERNANDO DE SOUZA CAMPOS, EMILIANE DA SILVA SANTIAGO, LUCIANA BARIZON LUCHESI</i>	
Evolución de la Ley de Directrices y Bases de la Ley de Educación Nacional Law n° 5.692/1971 la enfermería profesional en Brasil.....	42
<i>MARTA MOTTER MAGRI, GENIVAL FERNANDES DE FREITAS</i>	
Aproximación al aporte nutricional de la dieta ordinaria urbana en Vitoria (Álava) en el tránsito del siglo XVIII al XIX a partir de las dietas hospitalarias.....	61
<i>MANUEL FERREIRO ARDIÓNS, KARMELE DÍAZ DE OTAZU VITERI</i>	
<b>ANTROPOLOGÍA</b>	
Atender a los pacientes con trastornos mentales desde la perspectiva de la enfermera de atención primaria.....	72
<i>DIELSON ALVES DE SOUSA, AMANDA LÚCIA BARRETO DANTAS, LAURIMARY CAMINHA VELOSO, ANA MARIA MENEZES NEIVA EULÁLIO AMORIM</i>	
<b>TEORÍA Y MÉTODO</b>	
O cuidado do enfermeiro ao usuário de crack: reflexões sob a ótica dos princípios da teoria holística.....	84
<i>FERNANDO JOSÉ GUEDES DA SILVA JÚNIOR, LARISSA ALVES DE ARAÚJO LIMA, IARA JÉSSICA BARRETO SILVA, GRAZIELLE ROBERTA FREITAS DA SILVA, MARIA HELENA BARROS ARAÚJO LUZ, CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO</i>	
Validación de la escala de evaluación del significado del cuidado.....	90
<i>ROSA APARECIDA PAVAN BISON, DEBORA VIEIRA ALMEIDA, JAIR LICIO FERREIRA SANTOS, ANTONIA REGINA FERREIRA FUREGATO</i>	
<b>MISCELÁNEA</b>	
BIBLIOTECA COMENTADA.....	99

## ESTRUCTURA DE LA REVISTA Y NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

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

### PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

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

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

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

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

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

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

- Para citar documentos/ artículos “on line”:

Pagani, R.. (2002) Informe técnico. El crédito europeo y el sistema educativo español. 425 Available [http://www.eees.ua.es/http://aneca.es/modal\\_eval/docs/doc\\_download/426\\_27th\\_July\\_2008](http://www.eees.ua.es/http://aneca.es/modal_eval/docs/doc_download/426_27th_July_2008).

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

## STRUCTURE OF JOURNAL AND NORMS OF PUBLICATION

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

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

### PRESENTATION OF WORK

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

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

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

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

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

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

To cite documents / articles "on line":

Pagani, R.. (2002) Technical Report. The European credit and the Spanish educational system. Available [http://www.eees.ua.es/http://aneca.es/modal\\_eval/docs/doc\\_425](http://www.eees.ua.es/http://aneca.es/modal_eval/docs/doc_425). downloaded 42627th July 2008.

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

## ESTRUTURA DA REVISTA E NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

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

### DE APRESENTAÇÃO DE TRABALHO

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

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

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

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

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

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

Para citar documentos / artigos “on line”:

Pagani, R.. (2002) Relatório Técnico. O crédito Europeu e do sistema educativo espanhol. Disponível [http://www.eees.ua.es/http://aneca.es/modal\\_eval/docs/doc\\_425.baixado\\_426\\_27](http://www.eees.ua.es/http://aneca.es/modal_eval/docs/doc_425.baixado_426_27) de julho de 2008.

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

## CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

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

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

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

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

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

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

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

## EVALUATION CRITERIA AND SELECTION OF ARTICLES

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

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

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

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

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

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

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

## CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO E SELEÇÃO DE ARTIGOS

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

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

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

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

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

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

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

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

# Editorial

## La Cultura de los Cuidados y las Instituciones de Salud en Nuestros Tiempos en Latinoamérica

Dinora Rebolledo Malpica

*Docente titular de la Universidad "Lisandro Alvarado" de Barquisimeto Venezuela*

*Dra. Por la Universidad de Alicante (Programa: Enfermería Y Cultura de los Cuidados)*.

*Cómo citar esta editorial en edición digital: Rebolledo Malpica, D. (2013) La Cultura de los Cuidados y las Instituciones de Salud en Nuestros Tiempos en Latinoamérica. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 17, 37.*

*Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.37.01>>*

*Correspondencia: Avenida las Palmas con Avenida Andrés Bello Decanato de Ciencias de la Salud. Código Postal 3001, Barquisimeto (Venezuela). Correo electrónico: dinorarebolledo@ucla.edu.ve*



La organización de los cuidados de salud institucionalizados especialmente en la Latinoamérica gira alrededor de sistemas políticos y sociales complejos, que muchas veces dejan de lado la verdadera razón de ser y existencia de tales empresas sanitarias: El paciente.

Hasta hace poco, según el modelo clásico y tradicional de las organizaciones de sanitarias, el paradigma de referencia en la atención en salud especialmente en occidente, se basaba exclusivamente en un modelo centrado en el médico y en la medicina, disciplina dominante y hegemónica en la organización de cuidados

de salud de la región. Este predominio sobre la organización de los cuidados en nuestra cultura sanitaria, llevo a planear la atención del paciente basándose en la patología del mismo. Es decir, con un enfoque del cuidado centrado en patología medicas; en el cual los pacientes son agrupados y distribuidos en es un espacio físico y clasificados por enfermedad, que le permite, según esta concepción de cuidados, obtener de ellos el máximo tiempo y el mínimo esfuerzo del equipo de salud o como lo dice Fourcault (2009) “mantenerlos es una visibilidad sin lagunas... y construir sobre ellos un saber que se centraliza”

Esta forma de organización de la atención, sin considerar otro criterio de agrupación, deja el entorno biopsicosocial del paciente fuera del contexto sanitario y lleva al cuidado a convertirse en una sencilla actividad de atención médica, haciendo un reduccionismo simple y vació del cuidado a una sola perspectiva de salud y al paciente lo disminuye a “una patología médica” o dicho de otra manera a un mero “objeto”.

Por otro lado, la cultura imperante en estos centros asistenciales es hermética y cerrada para el paciente, y se convierte en un factor

aislante del mismo. Es sabido por todos los del medio sanitario, que al ser ingresado en una institución hospitalaria, (especialmente en Latinoamérica debido a cierto sentimiento de desconfianza que el colectivo siente hacia las instituciones del estado, entre otros) el paciente se siente indefenso ya que ve interrumpida su cotidianidad, sus hábitos y sus costumbres, para adentrarse en un mundo desconocido y a veces temido. El paciente puede llegar a sentir el ingreso al centro hospitalario como un estado de “confinamiento del ser humano” con la consecuente pérdida de libertad, donde asume nuevos códigos de comportamiento. Asimismo, la jerga empleados por los profesionales de salud, así como la burocratización de los procedimientos, es decir, la cultura organizacional de las instituciones de salud, provoca en el paciente un sentimiento soledad, desconcierto y abandono, que lo lleva a una situación vulnerable y desconocida para él. Esta paradoja se ve en la separación visible que existe entre los cuidados satisfactorios y las estructuras sanitarias de nuestros tiempos.

Es importante considerar que las respuestas que el paciente tiene ante el padecimiento o enfermedad, no son solo de la patología de base, es decir, no son solo fisiopatológicas o biológicas. El paciente es un ser cultural que vive en un entorno, en una familia, y que posee sus propias estructuras sociales y culturales que condicionan su respuesta a la enfermedad; y muchas veces, estas estructuras culturales se ven desplazadas por la institucionalización de los cuidados de salud. Los pacientes deben ser vistos como un ser integral, biopsicosocial y holístico que requiere cuidados culturalmente competentes.

Por otra lado, para enfermería el cuidado es su objeto epistémico, los avances en la percepción tanto del fundamento de la práctica de

enfermería, como de su propio entorno social, y sobre todo del desarrollo de su objeto disciplinar, le ha permitido una visión ampliada de su actuación y desempeño dentro de las instituciones de salud, reconociendo su aporte al cumplimiento de los objetivos de las mismas, así como su contribución en la satisfacción de las necesidades del paciente: eje central de la existencia de dichas instituciones. Enfermería comparte con las organizaciones de salud, su objeto epistémico y de existencia, ya que mientras estas empresas existen para satisfacer las necesidades de salud de los pacientes, enfermería tiene claro que su objeto disciplinar es proporcionar un cuidado satisfactorio a esos mismos pacientes.

Bajo esta misma perspectiva, la visión del paciente como ser biopsicosocial y holístico lleva a replantear la necesidad de un cambio paradigmático en la organización de los cuidados de salud en los centros asistenciales de nuestro entorno, sobre todo con el advenimiento de los cuidados culturales, disciplina ampliamente desarrollada también desde enfermería. Los sistemas sanitarios y especialmente los profesionales de la salud, están siendo cada día mas sensibilizados a cambiar esa concepción estereotipada de la atención de salud centrada en el médico y en la medicina y los ha llevado a proponer unos cuidados centrados en el paciente.

Asimismo, el sistema sanitario de la región está cada día mas interesado en descubrir los puntos de vista émicos, personales o culturales, relativos a los cuidados. Todavía queda mucho por andar sobre esta conducta en nuestros hospitales, sin embargo, con los avances académicos y tecnológicos de las disciplina, se ha despertado una conciencia de que no se puede proporcionar cuidados al paciente de manera aislada de su contexto y que este es un

protagonista activo del proceso de cuidado, que cada día exige mas, un papel relevante en tal proceso

Hoy por hoy y bajo el auspicio de la globalización y la masificación de los medios de comunicación, no se puede seguir considerando al paciente como una caja vacía, que viene a nuestros encuentro solo para recibir, y recibir atención, sin preguntar o sin que se vea involucrado en la misma. Esta concepción del paciente como agente pasivo queda descontextualizada en las nuevas empresas sanitarias, enfocada en los cuidados culturales, ya que el paciente es un protagonista activo y participativo de su propia proceso salud-enfermedad, y pide que se reconozcan sus los valores, creencias y prácticas que están relacionadas con la salud y con el cuidado que ellos mismos se realizan, haciendo cada día más exigente y culturalmente competente el proporcionar los cuidados adecuado a este paciente, dentro de las instituciones de salud.

Al convertirse en un actor protagonista, el paciente espera recibir de los centros asistenciales a los que acude, una atención centrada en su contexto y cotidianidad de vida, es decir una atención individualizada, concentrada específicamente en su situación de salud actual pero con un enfoque holístico, sin dejar por fuera su contexto social, familiar y cultural. Solo bajo este enfoque los profesionales de enfermería están en condiciones de proporcionar un cuidado satisfactorio y congruente con las verdaderas necesidades del paciente. Por lo tanto, la organización de los cuidados institucionalizados debe estar centrada en los cuidados culturales. Esto último se observa en la aprobación de los enfoques psic - socio - culturales que en los últimos años se han extendido en los estudios e investigaciones desarrollados en las organizaciones salud de la zona.

Este cambio paradigmático en los enfoques del cuidado, ha obligado a las instituciones de salud a cambiar sus políticas de atención, haciendo que cada día mas, se tome en cuenta el contexto cultural de los paciente, garantía que permite cuidados mas satisfactorios, esto se ve reflejado en las diferentes disciplina que convergen en los centros asistenciales, ya que en sus pensum de estudio se nota el cuidado cultural como una asignatura de curso. También se nota que en algunos centros se le permite al paciente mantener su rutina de culto religioso, con normas de visitas de los lideres religiosos elegidos por el paciente, se le permite tomar sus propias decisiones sobre su cuidados, tal es el caso de los testigos de Jehová; Se les permite un acompañamiento de familiares, como el caso de madres de recién nacidos prematuros, las salas de neonatología tienen espacio para que las madres pernoten en ellas, lo mas cerca de sus hijos, e incluso se han habilitados salas de espera acondicionados para los familiares, y durante los cuidados de salud se involucra al familiar en los mismo, se le educa sobre lo cuidados mínimos, de tal manera que no se alejen del entorno del paciente, esto contribuye a la estabilidad social, cultural y emocional del paciente durante su recuperación. Por otro lado, se le permite al paciente traer a su unidad de hospitalización sus objetos personales, para crear un ambiente lo mas parecido posible a su propio entono familiar y por ultimo, pero muy importante, que por encima de todo se cuida la identidad personal, al no ser sustituida ésta por un número de cama o por el nombre de una patología.

Por otro lado, cada día existen más publicaciones científicas referidas a la sensibilización de los cuidados culturales en los profesionales de la salud, que vienen de otros espacios geográficos y de la región misma. Entre los de

afuera, cabe destacar la revista de Cultura de los Cuidados, editada por la universidad de Alicante. Es decir, que se ha despertando una conciencia de hacer de la atención de salud un cuidado cultural que permita el reconocimiento del otro, respetando las experiencias, conocimientos y actitudes que el paciente trae consigo al momento de entrar a los centros de salud.

Esta conciencia ha llevado a la comunidad científica que investiga sobre los cuidados a crear una plataforma teórica y científica sólida del cuidado cultural, tal cual es el caso de Madeleine Leininger, Rachel Spector, Larry Purnell y desde España, José Siles, entre otros, quienes se han dedicado en los últimos años a mostrar como el objeto epistémico de enfermería se fortalece desde la visión de

los cuidados culturales. En Latinoamérica aun queda mucho por andar, sin embargo, se evidencia, como ya se dijo, el despertar de la conciencia de los cuidados culturalmente competente.

Bajo esta perspectiva, se puede decir que los modelos de organizaciones de los centros asistenciales de nuestros tiempos y de la región latinoamericana están pasando por un momento de transición cultural, que le permite centrar la atención en el paciente con un enfoque cultural más que en disciplinas hegemónicas, profesionales de salud o asuntos burocráticos. Permitiendo reconocer el valor en el otro y llegar a saber qué prácticas podrían preservar, cuáles negociar y cuales reestructurar, con el fin último de proporcionar unos cuidados culturalmente satisfactorios.



# Fenomenología

## Pietá: a representação imagética do cuidado<sup>1</sup>

### Pietá: la representación de la imagen del cuidado

### Pieta: the image representation of care

Fernando Porto<sup>1</sup>; Mercedes Neto<sup>2</sup> e Sandra Goulart Magalhães<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Doutor em Enfermagem com pós-doutoramento pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

<sup>2</sup>Doutorandas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro do grupo de pesquisa LACENF.

*Cómo citar este artículo en edición digital: Porto, F; Neto, M; Goulart Magalhães, S. (2013) Pietá: a representação imagética do cuidado. Cultura de los Cuidados.17, 37. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.37.02>>*

Correspondencia: Fernando Porto. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Av. Pasteur, 296 - Urca - Cep 22290-240.

Correo electrónico: Fernando Porto [ramosporto@openlink.com.br](mailto:ramosporto@openlink.com.br)

Correo electrónico: [marmagri@gmail.com](mailto:marmagri@gmail.com). Teléfono: 5511989248960 - 551146202842



#### ABSTRACT

Reflection on the experience of care over time by the notions of care and time of the philosopher Paul Ricoeur. To this end, we used the image representation of Michelangelo's Pietá (1498), which resulted as a sign of respect Nursing decoded esteem, care, recognition of human value in themselves and in others, to overcome hatred, conflict, ignorance, by saying of love and justice, as conditions of realiza-

tion of humanity as a contribution to building the image of the nurse.

**Key words:** Nursing, Nursing History and Image.

#### RESUMEN

La reflexión sobre la experiencia de los cuidados a través del tiempo por las nociones de la atención y el tiempo del filósofo Paul Ricoeur. Con este fin, se utilizó la representación de la imagen de la Pietá de Michelangelo (1498), que se tradujo como una señal de estima respecto de Enfermería decodificado, la atención, el reconocimiento del valor humano en sí mismos y en otros, a superar el odio, el conflicto, la ignorancia, al decir de amor y justicia, ya que las condiciones de realización de la humanidad como una contribución a la construcción de la imagen de la enfermera.

**Palabras clave:** Enfermería, Historia de la Enfermería y la imagen.

<sup>1</sup>Trabalho apresentado no III Simpósio Ibero-Americano de História da Enfermagem na mesa redonda intitulada "História y Fenomenología: la vivencia de los cuidados a través del tiempo". Alicante, 24 de novembro de 2011.

## RESUMO

Reflexão sobre a vivência do cuidado através do tempo pelas noções de cuidado e tempo do filósofo Paul Ricoeur. Para tanto, se utilizou a representação imagética de Pietá de Michelangelo (1498), que resultou como um signo da Enfermagem decodificado no respeito estima, solicitude, reconhecimento do valor humano em si e no outro, para superar o ódio, o conflito, o desconhecimento, pela afirmação do amor e da justiça, como condições de realização da humanidade, como contribuição para a construção da imagem da Enfermeira.

**Palavras-chave:** Enfermagem, História da Enfermagem e Imagem.

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Nos últimos tempos, do ano 2000, a análise da vivência do cuidado tem despertado nos pesquisadores de Enfermagem um sentido do bem estar, otimismo, esperança, entre outros fatores, seja de forma individual ou em grupo. Isto tem conduzido atitudes capazes de fazer alterações para o estímulo da criatividade e conhecimento, objetivando a participação dos envolvidos no cuidado para o alcance de mudança positiva, considerada como uma das tendências atuais (Borges e Silva, 2010).

Para tanto, a vivência do cuidado na formação do Enfermeiro torna-se relevante como estratégia pedagógica da ação no campo do Ensino Clínico ou Ensino Prático, no Brasil. Neste sentido, a vivência clínica na formação do enfermeiro foi objeto de análise, por meio da produção intelectual, no período de 2001 a 2006, na investigação intitulada “A vivência clínica na formação do enfermeiro”. Esta identificou, no Catálogo de Dissertações e Teses do Centro de Estudos e Pesquisas da Associação Brasileira de Enfermagem – Nacional, o total de 132 estudos re-

ferentes à vivência do cuidado (Landim, Silva e Batista, 2011).

O total da produção intelectual sobre a vivência clínica na formação do enfermeiro se encontra distribuída pelos estados brasileiros, a saber: São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Goiás, Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Bahia, Rio Grande do Norte, Ceará e Pernambuco, tendo em sua maioria a abordagem qualitativa. Ao final, dentre os resultados, os autores destacaram que, a vivência clínica é essencial para a formação do enfermeiro, possibilitando a competência clínica mediante articulação da eficiência e humanização (Landim, Silva, Batista, 2011).

Em outro estudo intitulado “Posicionamiento de linea de investigacion histórica: Magíster en Enfermería, Universidad de la Frontera Temuco Chile” a vivência do cuidado emergiu como categoria de análise, na perspectiva fenomenológica, por meio de análise de 18 pesquisas (2008-2011), ao desvelar a construção investigativa histórica dos mestrandos do Programa de Mestrado em Enfermagem, Gestão do Cuidado, que se inclui na linha de pesquisa histórica na área da saúde, relacionada à produção investigativa e sua difusão (Riveros e Riveros, 2011).

Cabe destacar que, vivência em alemão é “erlebings”, que ao ser traduzido para a língua portuguesa, significa experiência vivida e experiência viva. A expressão designa toda atitude ou expressão da consciência, muito utilizada nas obras do alemão Dithhey como noção de instrumento fundamental da compreensão histórica e, em geral, da compreensão inter-humana, como unidade de atitude e conteúdo. Do mesmo modo, Husserl considerou como um fato da consciência entendido, como consciência em toda a sua plenitude concreta (Abbagnano, 2007).

Maria Cecilia de Souza Minayo discutiu os fundamentos da pesquisa qualitativa no estudo intitulado “Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa”, ao refletir sobre as suas bases estruturantes, fazendo o contraponto com as ciências compreensivas ao re-visitare alguns filósofos e sociólogos no sentido de compreender de forma crítica a realidade no campo da linguagem (Minayo, 2011).

Destaca-se para o presente estudo a concepção de vivência. A pesquisadora ao discutir esta concepção se apoiou nos autores Dilthey, Gadamer, Heidegger e Schütz. Em síntese, a vivência é a experiência vivida e humana contida na formação da atuação de sua totalidade pela força psíquica, considerando que vivência e experiência se distinguem. A experiência se constitui de critério individual responsável pela caracterização do real articulada às condições históricas, que faz da vivência uma experiência individual carregada de sentido coletivo (Minayo, 2010; Siles & Solano 2011).

Dito também como, o aprendido vivido pelo indivíduo e pelo grupo, expressado como sentido comum, instrumento primordial da narrativa das experiências e das vivências. Nesta perspectiva, o sentido comum representa o padrão cultural de grupo, que o indivíduo está vinculado e as suas tipificações, modos de viver, embasado na experiência e vivência (Minayo, 2011).

Ressalta-se que a palavra representação é um termo ambíguo. Por um lado, faz da realidade representada à evocação da ausência; por outro, torna visível a realidade representada, ao sugerir sua presença. Mas a contraposição pode ser também invertida, ou seja, a representação como presente, ainda, que sucedânea, e à realidade ausente que se pretende representar (Ginzburg, 2001).

No entendimento que a vivência é a experiência vivida e humana, característica do real e articulada às condições históricas, que faz dela uma experiência carregada de sentido coletivo, como instrumento da narrativa de experiências e de vivências, como sentido comum das tipificações dos modos de viver.

Para tanto, acredita-se que as narrativas, quando apresentadas pela linguagem imagética, podem possibilitar representações da vivência do cuidado através do tempo. Neste sentido, nas linhas que se seguem, o objetivo foi discorrer sobre a vivência do cuidado, por meio da representação imagética, através do tempo.

A justificativa para a realização deste deve-se a proposta no avanço do conhecimento da história e do cuidado, como uma das formas de contribuir na construção da História do Cuidado. Ademais, ele possibilita uma interface com outras áreas do conhecimento, o que pode contribuir na cultura dos cuidados.

## PAUL RICOEUR

Para discorrer sobre a vivência do cuidado, por meio da representação imagética, através do tempo, adotou-se a noção de cuidado e tempo de Paul Ricoeur (1913-2005). Fenomenólogo de formação, que traduziu para o francês as ideias diretrizes para uma fenomenologia de Husserl, preocupado em atingir e formular uma teoria da interpretação do ser, ou seja, o da extração e da interpretação do sentido (Japiassú, 1996).

Convencido de que o pensamento moderno tornou-se interpretação, revisou a problemática da hermenêutica, passando a entendê-la como a teoria das operações de compreensão em sua relação com a interpretação dos textos. Ricoeur entendia o símbolo como expressão de nossa experiência funda-

mental e situação no ser. Ademais, reintroduziu o estado nascente da linguagem, elaborando a filosofia da linguagem capaz de elucidar as múltiplas funções do significado humano (Japiassú, 1996).

Isto se deve, porque o símbolo conduz a pensar. Este pensamento consiste em decifrar o sentido oculto no sentido aparente pela visão antropológica, que contribuiu de forma corrosiva na psicanálise freudiana. Sua proposta de filosofia conduziu a atividade. Como tal, considerou-a como tarefa que e ao mesmo tempo concreta, temporal e pessoal com pretensões à universalidade (Japiassú, 1996).

### NOÇÃO DE CUIDADO E TEMPO DE PAUL RICOEUR

Ricoeur adotava a noção de cuidado pelo respeito, estima, solicitude, reconhecimento do valor humano em si e no outro, para superar o ódio, o conflito, o desconhecimento, pela afirmação do amor e da justiça, como condições de realização da humanidade.

Nesta perspectiva, Ricoeur defendia que se fazia necessário um movimento duplo, que parte da ética do respeito que segue a fenomenologia da simpatia, retornando à ética, coordenando as duas, para alcançar o outro, podendo ser estranho a quem se cuida, por outro lado, trata-se de um nosso semelhante (Cesar, 2011).

O cuidado com o outro é o respeito a ele, pela sua natureza como fim em si, no entendimento que não se trata da realização de desejo de quem cuida, mas sim de quem é cuidado. Desta forma, ao se recuperar a simpatia, com cuidado e afeto, no âmbito do respeito ao outro, se articula o respeito imbricado à simpatia e reconhecimento do valor humano em si e no outro, como uma das formas de se superar o

ódio e o desconhecimento, enquanto superação do conflito (Cesar, 2011).

Ricoeur cita que, na composição da noção do cuidado, a estima é o reconhecimento e atenção ao outro. Trata-se do fundamento do bem-viver, da amizade, da reciprocidade, da superação a violência. Dito em outras palavras, é o caráter insubstituível do outro enquanto pessoa (Cesar, 2011).

A solicitude é outro elemento que compõe a noção de cuidado. Esta se encontra no plano das relações inter-pessoais expressada na vida social, como: a igualdade e equidade, pois a justiça se sobrepõe. Neste sentido, a solicitude e respeito se destacam por meio da ética (Cesar, 2011).

Em suma, a noção de cuidado, para Paul Ricoeur se desdobra no tempo das relações do respeito, estima, solicitude, reconhecimento que estabelece o denominador comum em si própria, que ocorre e se aprofunda na recorrência dos temas multifacetados (Cesar, 2011).

Ricoeur entende o tempo, por meio da sua arquitetura, não como a fenomenologia do tempo vivido, nem com pelos exercícios de narrativa popular ou erudita, mas sim na ordem do pensável que ignora o sentido dos limites. Isto não quer significar que, a história pode se isolar na idéia de um espaço de extensão sem horizonte de expectativa, pois é por meio dos tempos que a história acumula os resultados e ao somar formam uma combinação favorável (Ricoeur, 2007).

### PIETÁ: REPRESENTAÇÃO IMAGÉTICA

Para representar a imagética da vivência do cuidado, optou-se pela imagem da Pietá, de autoria de Michelangelo. Trata-se de uma escultura, nascida de um bloco de pedra Carrara, em 1498 de 1.74m encomendada pelo

cardeal francês San Diogini, representa a figura isolada de Maria, que tem nos braços o corpo de Cristo, logo após a retirada da cruz (Porto e Oguisso, 2011).

Nesta perspectiva, a imagem artística da escultura de Pietá (figura n. 1), por ser verossímil, remonta a passagem bíblica de mãe com seu filho nos braços. Esta escultura apresenta fisionomia de Maria extremamente jovem e calma, representando, possivelmente, a humanidade. A mão direita da madona sustenta com força o corpo inerte de seu filho, evidenciado pelos dedos abertos, dando relevo às costelas do Cristo. A fisionomia dele é de um homem abandonado, mas sereno (Barreto e Oliveira, 2004).

A opção na escolha se deve ao motivo por acreditar que, essa imagem possa representar um dos símbolos da vivência do cuidado através do tempo, que também por verossimilhança inspirou outras obras de arte, em especial, pela postura corporal adotada Maria com Cristo nos braços.

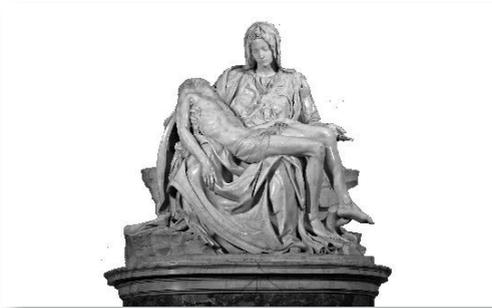


Figura 1 - Pietá de Michelangelo (1498)

A escultura é de estrutura triangular, bem como apresenta tamanho distinto da figura masculina, acomodada nos braços da mulher, que em relação à imagem feminina, transmite a mensagem de caridade e bondade, como o sentimento de piedade ao próximo e salvadora do mundo (Barreto e Oliveira, 2004; Porto e Santos, 2008).

Destarte, acredita-se que nada mais emblemático, que a imagem de Maria com Cristo em seus braços, como aliviadora do sofrimento da humanidade. Uma imagem que ignora o sentido dos limites na ordem do pensável, ao ponto de ser musa inspiradora para outras obras de arte por ser verossímil pela postura corporal.

No período da I Guerra Mundial (1914-1918) a Cruz Vermelha criou uma representação plástica de uma mulher denominada “Mãe do Mundo” (figura n. 2) veiculada na imprensa ilustrada brasileira acompanhada do texto, como o excerto, a saber: “mãe que embla nos braços e aconchega ao coração um soldado ferido, deitado na maca... nunca a arte encontrara uma tão comovedora interpretação plástica da humanista associação [Cruz Vermelha]” (Revista da Semana, 1918, 6).



Figura n. 2- Mãe do Mundo

Em 1935, durante a realização da III Conferência Pan-Americana da Cruz Vermelha, no Rio de Janeiro, a Empresa de Correio e Telégrafo Brasileiro emitiu um selo comemorativo (Figura n. 3) no formato retangular de 0,40 x 0,22 cm, tendo ao centro a figura de uma mulher, ostentando elementos simbólicos semelhante aos trajés da Enfermeira da Cruz

Vermelha Brasileira, principalmente, no que se refere o véu e o símbolo institucional, com a inscrição em latim *In Pace et in bello caritas* - Na paz e na guerra (Várzea, 1995).



Figura n. 3- Selo da série III Conferência Pan-americana da Cruz Vermelha no Rio de Janeiro.

O selo tem a imagem de uma mulher em trajes que se remete à enfermeira da instituição com um ferido nos braços. A postura corporal dos personagens na composição da imagem é a mesma encontrada no alto da torre do Palácio da Cruz Vermelha Brasileira, no Órgão Central, localizado no Rio de Janeiro, que se aproxima da arte plástica veiculada na imprensa ilustrada denominada Mãe do Mundo (Figura n. 4) (Porto, 2009).



Figura n. 4 - Torre do Palácio da Cruz Vermelha Brasileira - Órgão Central - Rio de Janeiro (BR).

Em Madri, na Espanha, foi erguido o monumento em homenagem à Enfermeira Duquesa Vitória, oriunda do corpo de Enfermeiras da Cruz Vermelha Espanhola. A iniciativa para se erguer o monumento foi em 1925 de

autoria dos escultores natural de Oviedo, em Astúrias, Julio Gonzalez e Garcia Póla. O monumento está localizado à frente da fachada entre os dois arcos que formam o portão principal do antigo Hospital Central da Cruz Vermelha<sup>2</sup>, atual Hospital de San José e Santa Adela, na Avenida de la Reina Victoria, em Madrid (Figura n. 5).



Figura n 5: (esquerdo) imagem da fachada do antigo Hospital Central da Cruz Vermelha, atual Hospital de San José e Santa Adela com o monumento a Enfermeira Duquesa Vitória (direito) imagem da estátua da enfermeira com um ferido de guerra em seus braços (Miralles-Sangro e Scribano, 2005)

O monumento é composto de quatro personagens em escultura que exige uma distância não muito longa para a sua contemplação. O primeiro patamar é apoiado no chão, o qual sustenta o monumento em uma pedra retangular de cerca de três metros de altura, contendo a inscrição onde se lê: “La Duquesa de la Victoria insigne bienhechora de los soldados heridos y enfermos por la campana de Marruecos la nación agradecida” (Miralles-Sangro e Scribano, 2005).

O corpo central do monumento é caracterizado por um forte sentido teatral. O grupo, de tamanho natural, expressa o valor de uma enfermeira que cuida de um soldado ferido

<sup>2</sup> O Hospital Central da Cruz Vermelha, chamado San José e Santa Adela, foi construído entre 1924 e 1928 pelo arquiteto Manuel Pastor Cardenas, em terrenos de propriedade da Companhia Urbanizadora Metropolitana, que foram doados à Cruz Vermelha. Stands em um piso em forma de “U” estruturado em torno de um jardim aberto à Avenida da Rainha Vitória a ser paga com fundos obtidos a partir de um saque especial da Loteria Nacional. A Direção-Geral da caridade deu a Suprema Assembléia da Cruz Vermelha, a Administração do Hospital, mais tarde conhecida como Hospital San Jose e San Adela.

em batalha. A duquesa de Victoria é a enfermeira, trajando uma pelerine, embaixo dela o uniforme com um avental (fac-símile de número seis) (Miralles-Sangro e Scribano, 2005).

A postura corporal da enfermeira é de acolher em seus dois braços um homem ferido de guerra. O sentimento para quem o olha é de expressão de dor, mas sem prejuízo do conforto ao ferido. O soldado encontra-se caído em terra próximo a sua espingarda, apoiado em sua mochila, pedindo ajuda à enfermeira para salvar sua vida (Miralles-Sangro e Scribano, 2005).

No terceiro patamar do monumento, uma grande “front”eira de palma com folhas, símbolo do martírio, no qual sustenta uma grande cruz na cor vermelha sobreposta, onde se lê:

Este monumento fue inaugurado el 29 de junio de 1926 por S.M. la reina doña Victoria Eugenia bajo cuyo alto patrocinio alentados por su augusto ejemplo realizaron su piadosa y patriótica obra los hospitales de la cruz roja de toda Espana.

Destaca-se que, em 1920, por meio de um decreto real, o rei Alfonso XIII criou uma unidade militar com denominação “Tercio de Extranjeros”. Anos depois, em 1925, passou a ser chamada de “The Legion”, quando se construiu o monumento, em 1937 (Miralles-Sangro e Scribano, 2005).

## REPRESENTAÇÃO IMAGÉTICA DA VIVÊNCIA DO CUIDADO ATRAVÉS DO TEMPO

A imagem de Pietá quando encomendada pelo cardeal francês San Diogini, ele provavelmente transmitiu ao autor da obra da escultura, Michelangelo, detalhes de postura, vestes e outros que o artista, por meio de sua sensibilidade e também influencia de sua própria experiência, materializa a Pietá.

Esta escultura, como obra de arte, influenciou outras, como as expostas anteriormente pela verossimilhança da postura corporal em tempos diferentes, acredita-se pelo referencial de Ricoeur, transmitir o respeito, estima, solicitude, reconhecimento do valor humano no sentido de superar o ódio, o conflito, o desconhecimento, pelo amor e justiça como a vivência do cuidado, em que o tempo faz emergir a memória de quem a vê, a bondade e caridade, para com a humanidade.

Nesta compreensão, a bondade e a caridade podem ser entendidas também pelo perdão, mas antes de discorrer sobre este entendimento, se faz necessário certa digressão pela noção do trabalho de lembrança e trabalho de luto (Ricoeur, 2011).

O trabalho da lembrança é o uso crítico da memória levado à linguagem – narrativa. Esta é a arte de narrar, contar história... Em contar a outrem histórias do passado, mas do ponto de vista do outro. O passado consistiu em contá-lo a outro e do ponto de vista do outro, assumindo a importância decisiva, quando se trata dos acontecimentos fundadores da História e da memória comuns. O trabalho de luto consiste em desligar-nos por graus do objeto de amor - o qual é também objeto de ódio -, até ao ponto em que poderá ser de novo interiorizado, num movimento de reconciliação semelhante ao que opera em nós o trabalho de lembrança. É na convergência das noções do trabalho da lembrança e de luto, que ocorre o perdão, além do domínio religioso, em virtude da sua generosidade.

Esta generosidade, que a narrativa da imagem da Pietá, transmite ao leitor pelas expressões faciais e postura corporal da imagem da escultura. Ricoeur relata que o trabalho interpretativo do leitor assume o caráter propriamente ético, na medida em que lhe permite

averiguar o cumprimento ou não do pacto de leitura. Por isso, faz-se necessário estabelecer, teoricamente, o que implica interpretar um texto, em que consiste esta tarefa de leitura que a ele é solicitado (Ricoeur, 2007).

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas reflexões teóricas feitas sobre a vivência do cuidado, por meio da representação imagética da escultura de Pietá de Michelangelo, através do tempo, optou-se pelas noções de cuidado e tempo de Paul Ricoeur, considerando as limitações sobre na abordagem fenomenológica, que se tratou ser um desafio e exercício intelectual por caminhos antes não trilhados.

A narrativa na linguagem imagética da escultura da imagem da Pietá é uma das possibilidades da representação da experiência vivida ou viva do cuidado, como uma das formas de expressão da consciência, que fundamentou a compreensão histórica de quem encomendou e a materializou a obra que ao longo do tempo vem representando, para a Enfermagem como um signo do cuidado.

Esta compreensão histórica representada na relação entre mãe e filho, que ao final da vida acalenta o corpo morto em seu colo. Postura corporal que no coletivo pode, em síntese, ser a representação narrativa simbólica sobre o cuidado, seja pelo olhar doméstico da mãe que cuida do seu filho, ou então, da Enfermagem que cuida do sujeito que é cuidado.

Esta narrativa imagética articulada à noção de cuidado de Ricoeur, por meio do respeito ao próximo, estima de reconhecimento ao outro, a solicitude representada na relação de mãe e filho, pela ética na vida social, foi a possibilidade de se fazer compreender a si mesmo pela generosidade do perdão e não pelo esquecimento.

O esquecimento que a memória reserva para se (re)construir a História do Cuidado, que também reserva significado em perceber e intuir, mesmo que em escala reduzida pela verossimilhança da realidade.

Esta verossimilhança, por meio dos rastros, às vezes, a mente humana pode não aceitar inteiramente como o real, pois cabe a ela conhecer o que é possível de se assimilar como fenômeno, em que a generosidade do perdão, possui significado muito além do domínio religioso através do tempo.

Neste sentido, o fenômeno do cuidado, ainda, tem muito a ser desvelado nas dobras do tempo e da filosofia, que a história, enquanto vivência é conhecimento. Aqui entendido como possibilidade de versões e interpretações para a trajetória do cuidado que é de interesse na área da saúde, mas, em especial, para a Enfermagem pelo que faz como ação ou intervenção, seja na promoção ou na reabilitação do sujeito que é cuidado.

Enfim, nesta perspectiva se tentou buscar outros significados para a vivência do cuidado, porém, em linguagem imagética como na representação da escultura de Pietá, podendo quiçá ser ela mais um dos signos do cuidado, que se vem tentando se desvelar, por meio do investimento imagético, o processo de construção da imagem da Enfermeira.

### REFERENCIAS

- Abbagnano, N.(2007) Dicionário de Filosofia: São Paulo(Brasil): Martins Fontes.
- Barreto, G e Oliveira, MG. (2004) A arte secreta de Michelangelo: uma lição de anatomia na Capela Sistina. São Paulo(Brasil): Arx.
- Borges Z e Silva ME. (2010) Promover a esperança da família e resiliência. Práticas apreciativas. Investir Enferm Educ. 28 (2): 250-257
- Cesar, CM.(2008) A noção de cuidado em Paul Ricoeur.

- In: Caderno de resumo do V Encontro Lusobrasileiro de Bioética. UCP Porto (Portugal). Disponível: [WWW.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Constant%C3A7a%20Marcondes.pdf](http://WWW.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Constant%C3A7a%20Marcondes.pdf). Capturado em 13 de novembro de 2011.
- Ginzburg, C. (2001) Representação – a palavra, a idéia, a coisa. In: Olhos de madeira – nove reflexões sobre a distância. São Paulo (Brasil). Companhia das letras: 85-103.
  - Japiassú, H. (1996) Dicionário de Filosofia, Rio de Janeiro (Brasil). Zahar: 236-237.
  - Landim, SA, Silva, GTR e Batista, NA. (2011) A vivência clínica na formação do enfermeiro. In: Rev. Brasileira de Enfermagem. Brasília (Brasil). 64(3):558-62.
  - Minayo, MC. (2010) Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. In: Rev. Salud Colectiva. Buenos Aires (Argentina). 6(3): 251-261.
  - Miralles-Sangro, MT e Escribano, MD. (2005) La enfermera em el monumento madrilenno (1908-1936). Granada (Espanha): In Revista Index Enfermeira. 14(51). Disponível em [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962005000300014&14&1...](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300014&14&1...) Capturado em 10 de junho de 2008.
  - Porto, F e Oguisso, T. (2011) Os elementos simbólicos do monumento à Anna Nery no Rio de Janeiro (Brasil). In: Rev. Gaúcha de Enfermagem. Rio Grande do Sul (Brasil). (no prelo).
  - Porto F, Santos TCF. (2008) A Enfermeira brasileira na mira do cliq fotográfico (1919-1925). História da Enfermagem – lutas, ritos e emblemas. Rio de Janeiro (Brasil). Águia Dourada: 25-188.
  - Porto, F. (2009) Enfermagem: Cruz Vermelha e Anna Nery [relatório de pesquisa de pós-doutoramento]. São Paulo (Brasil). Universidade de São Paulo.
  - Revista da Semana. (1918) O altruismo da mulher brasileira. Rev Semana. Rio de Janeiro (Brasil). (19) 39: 06.
  - Riveros, ER e Riveros, ER. (2011) Posicionamiento de linea de investigacion histórica: Magíster en Enfermería, Universidad de la Frontera Temuco Chile. In: Historia y desarrollo de la profesión y de enfermería científica. Disponível: [www.esenfc.pt/.../exportAbstractPDF.php?id...](http://www.esenfc.pt/.../exportAbstractPDF.php?id...) Capturado 2 de outubro de 2011.
  - Ricoeur, P. (2007) A memória, a história, o esquecimento. Campinas (Brasil). Unicamp.
  - Ricoeur, P. (2011) O perdão pode curar? Disponível: [www.lusosofia.net](http://www.lusosofia.net). Capturado em: 1 de novembro de 2011.
  - Siles, J. e Solano, C. (2011) A história cultural e a estética dos cuidados de enfermagem. Rev Lat Am Enfermagem; 19(5): 1096-1105. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000500006&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000500006&script=sci_arttext&tlng=es)
  - Várzea MPN. (1995) As mulheres de bronze [dissertação]. Rio de Janeiro (Brasil). Departamento de História da Pontifca Universidade Católica do Rio de Janeiro/PUC-RJ.

# El tatuaje y la perforación en la construcción de la corporeidad

Tattoo and piercing as elements of corporal building

Tatuagem e piercing na construção do corporal

Alberto González García

*Doctor en Historia de la Enfermería. Facultad de Enfermería de Cuenca. Universidad de Castilla-La Mancha.*

*Cómo citar este artículo en edición digital: González García, A. (2013) El tatuaje y la perforación en la construcción de la corporeidad. Cultura de los Cuidados.17, 37. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.37.03>>*

*Correspondencia: Alberto González García- Facultad de Enfermería de Cuenca. Universidad de Castilla-La Mancha. Camino del Pozuelo s/n, 16071 Cuenca. Tlfno. 969.17.91.00, extensiones 4641, 4640  
Correo electrónico: [alberto.gonzalez@uclm.es](mailto:alberto.gonzalez@uclm.es)*



## ABSTRACT

Tattooing and body piercing are a reflection of the human need to decorate their body. Young people create significant senses that create other identities. The target of this research is to reveal the meaning of the tattooed skin to understand this social phenomenon. We understand these practices as a network of meanings, expressed in attitudes and feelings, which is crossed by the gender, the experience of pleasure VS pain and resistance to the dominant aesthetic. We have selected a sample of six men and six women of all clients served in 2009 on a tattoo and piercing Clinic to conduct in-depth interviews. There is a difference between feminine and masculine, both in de-

sign and corporal areas such as the decision leading to tattooing or piercing, and attributed meaning. Women choose these body practices with an aim of playing and seduction, they feel under the gaze of society, like men, but men do not feel as strongly beauty standards than women. Customers feel discrimination in the family and work, and they explain that tattoos and piercings are not valued as an artistic element in society.

**Key words:** body, body image, tattoo, piercing.

## RESUMO

Tatuagem e piercing são um reflexo da necessidade humana para decorar o seu corpo. Os jovens criam significativa de sentidos diferentes que contribuem a criar outras identidades. O objetivo desta pesquisa é revelar o significado da pele tatuada para entender este fenômeno social. Compreendemos essas práticas como uma rede de significados, expressos em atitudes e sentimentos, que é atravessado pelo gênero, a experiência de prazer-dor e resistência à estética dominante. Foi selecionada uma amostra de seis homens e seis mulheres de todos os clientes atendidos em 2009 em uma clínica de tatuagem e piercing para con-

duzir entrevistas em profundidade. Há uma diferença entre feminino e masculino, tanto em design e áreas perturbadas como a decisão que leva à tatuagem e piercing e atribuiu significado. As mulheres escolhem essas práticas corporais com o objetivo de reprodução e sedução, sentem-se sob o olhar da sociedade, na mesma que os homens, mas eles não sentem tão fortemente os padrões de beleza. Os usuários sentem a discriminação na família e no trabalho, e explicou que tatuagens e piercings não são valorizadas como um elemento artístico na sociedade.

**Palavras-chave:** corpo, imagem corporal, tatuagem, piercing.

## RESUMEN

El tatuaje y la perforación corporal son un reflejo de la necesidad del ser humano por decorar su cuerpo. Los jóvenes crean significantes de sentidos diferentes que contribuyen a crear otras identidades. El objetivo de esta investigación es desvelar los significados bajo la piel tatuada para comprender este fenómeno social. Entendemos estas prácticas como un entramado de significados, expresados en actitudes y sentimientos, que se encuentra cruzado por el género, la experiencia del placer-dolor y la resistencia ante las estéticas dominantes. Hemos seleccionado una muestra de seis hombres y seis mujeres del total de usuarios atendidos durante el año 2009 en una Clínica de tatuaje y perforación, para realizar entrevistas en profundidad. Existe una diferenciación entre lo femenino y lo masculino, tanto en los diseños y zonas alteradas, como en la decisión que lleva al tatuaje y perforación y significado atribuido. Las mujeres eligen estas prácticas corporales con un objetivo de reproducción y seducción, se sienten bajo la mirada de la sociedad, igual que los hombres,

pero ellos no sienten con la misma fuerza las normas de belleza. Los usuarios sienten discriminación en los ámbitos familiar y laboral, y explican que los tatuajes y las perforaciones no son valorados como elemento artístico por la sociedad.

**Palabras clave:** cuerpo, imagen corporal, tatuaje, perforación.

## INTRODUCCIÓN

El tatuaje y la perforación corporal son dos de las prácticas más antiguas y comunes en las diferentes culturas, y son un reflejo de la necesidad del ser humano por decorar su cuerpo. Las técnicas nacieron desde cada cultura, que en situaciones diferentes buscaban su propia manera de expresarse (López Vergara, 2007).

Los tatuajes más arcaicos encontrados son de un cuerpo de más de 5300 años encontrado en los Alpes italianos, o los encontrados en Egipto en momias de hace 4000 años (Tripaldi, 2004). También existen ejemplos en los indígenas americanos de la era precolombina (Pérez Cachafeiro et al, 2003; Pérez Cotapos y Cossío, 2006). Las primeras muestras de perforaciones datan del año 709 a. C. (Calero Martín de Villodres et al, 2010).

La persistencia del tatuaje y la perforación durante siglos muestra la fuerte necesidad del ser humano por marcar su cuerpo (Tripaldi, 2004). Esta necesidad de autorrepresentarse, de ser agradable exteriormente a su comunidad, contiene las múltiples significaciones del sujeto en su entorno social, de forma que permite una notoriedad, una diferenciación con el otro, diferente de sí mismo, pero similar a los demás sujetos que practican la misma experiencia y que comprenden los símbolos (López Vergara, 2007). En cualquier cultura el cuerpo está íntimamente ligado a lo social, y toda

práctica social es una experiencia corporal simbólica y compartida (Esteban, 2004; Acuña Delgado, 2006).

Pero las formas concretas por las cuales las sociedades expresan su relación con lo corporal son diversas y variables, es decir, que lo que distingue a unas culturas de otras es el grado de diversidad y relevancia, en parámetros técnicos, estéticos y sociales, que asignen las mismas a esta práctica (Arcos y Galindo Huertas, 2010). Sólo un análisis histórico y transcultural nos permitiría obtener en toda su complejidad un panorama completo de significados y prácticas (Esteban, 2004; López Vergara, 2007).

La visión que tradicionalmente aborda la juventud la caracteriza como un momento transitorio, sin identidad, entre dos grupos reconocidos socialmente, la niñez y la adultez, en donde se produce una pérdida de los valores sociales. Con esta perspectiva, quedan en el olvido las profundas transformaciones y los grandes cambios que ocurren en el mundo contemporáneo, los cuales se expresan en las culturas juveniles. Los procesos que articulan la cultura generacional con el cambio de época tienen su visibilidad social en la construcción social de lo joven. El valor que tiene lo joven y la experiencia de identidad vivida por los propios jóvenes los convierte en actores sociales que son un elemento identificatorio fundamental de la contemporaneidad. Nunca como ahora se ha identificado a la juventud con la permanente novedad que particulariza lo moderno; así lo joven se identifica con lo actual y adquiere el carácter de símbolo (Tripaldi, 2004; Beltrán Beltrán, 2012).

Los jóvenes de hoy forjan un nuevo mundo en la cotidianidad de sus vidas, en su vestir y actuar, en sus consumos culturales, que está determinando el inicio de otra etapa en la

historia cultural juvenil (Tripaldi, 2004). Los cuerpos de los jóvenes son un elemento generador de cultura e intención, reflejan aspectos económicos, sociales y políticos del entramado social en el que opera (Acuña, 2006). Los jóvenes están constantemente creando nuevos significados (vestuario, peinado, lugares, etc.) que poseen sentidos diferentes y que a su vez contribuyen a crear otras identidades. Precisamente estas identidades hablan del presente y de cómo los jóvenes se apropian de este momento de la historia y cómo en su vida cotidiana van construyendo el futuro. Hoy en día, por tanto, se produce una re-significación de los espacios, como espacios culturales y simbólicos, que se convierte en espacio de identificación y de expresión (García Hernández, 2004; Tripaldi, 2004).

El objetivo de esta investigación es desvelar los significados bajo la piel tatuada, los cuales nos pueden guiar en cierta forma a comprender este fenómeno social. Entendemos las prácticas del tatuaje y la perforación como un entramado de significados, expresados en actitudes y sentimientos a nivel personal/psicológico y a nivel social/comunitario. Tal entramado se encuentra cruzado por diversas categorías, entre ellas, el género, la clase social, la religión, la valoración y experiencia del placer-dolor, y la resistencia ante las estéticas dominantes (Esteban, 2004; Ortiz Gómez, 2006; López Vergara, 2007). Centrándonos en alguna de estas categorías mencionadas, nuestra hipótesis de partida es valorar hasta qué punto existen diferencias de género en la motivación de las personas a la hora de tatuar y perforar sus cuerpos. Es decir, hasta qué punto estos comportamientos que forman parte de la identidad son diferentes o similares en cada género y cómo cada grupo concibe y valora su propio cuerpo de diferente forma.



## METODOLOGÍA

Este trabajo forma parte de otro proyecto más amplio en el que se pretende conocer la actividad asistencial de una Clínica de tatuaje y perforación de la ciudad de Granada (España) durante el año 2009. Por un lado, se han extraído los datos globales de la actividad asistencial de la clínica para realizar una presentación detallada que relacione los ítems de edad, sexo, zona anatómica y fecha de tatuaje o perforación. En este caso, los datos han sido codificados ajustándonos a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Por otro lado, se realizaron un total de doce entrevistas en profundidad a personas que fueron tatuadas, en concreto seis mujeres y seis varones. En este caso, sus edades oscilaron entre los 18 y los 30 años. En relación con el número de personas entrevistadas, se ha seguido el principio de parsimonia descrito por Campbell (1955) que establece que no por utilizar más informantes tiene por qué mejorar la calidad de la información. Esto es, que elegir un mayor número de informantes no tiene por qué ser mejor, sino que es preferible emplear menos informantes pero mejor cualificados.

La búsqueda y selección de los participantes en las entrevistas en profundidad se hizo

de manera intencional, siguiendo los criterios de disposición a cooperar con el investigador, capacidad de comunicación e imparcialidad (Tremblay, 1957), conocimientos del informante sobre su propia cultura, que el informante no sea analítico al comunicar sus conocimientos (Spradley y McCurdy, 1972), y que se pueda hablar con él/ella fácilmente (Bernard, 2002).

Este trabajo, por tanto, utiliza tanto metodología cuantitativa, con un análisis estadístico descriptivo, como metodología cualitativa, con entrevistas en profundidad. Las entrevistas fueron no estructuradas, en las que el investigador se limitó a llevar al informante hacia un tema y se dejó que hablara (Álvarez Roldán, 2001). Según Gorden (1975), este tipo de entrevistas tienen mayor validez que las estructuradas, ya que se producen en una atmósfera más relajada que facilita la comunicación entre el informante y el entrevistador, son más flexibles, permitiendo adaptar las preguntas a cada tipo de informante, y hacen posible abordar temas relacionados con la experiencia inconsciente del informante.

Finalmente, se transcribió lo grabado, además de tomar notas sobre el contenido, las circunstancias y la actuación del informante durante la conversación.

## RESULTADOS

La actividad asistencial media de la clínica estuvo por encima de las 150 perforaciones al mes durante el año 2009, con periodos de especial actividad durante los meses de julio (206 perforaciones), agosto (227), septiembre (189) y diciembre (200).

El perfil de usuario de la clínica es una mujer mayor de edad (casi la mitad de las usuarias), seguido de los varones mayores de edad (que representan un cuarto de la clientela). Si

tenemos en cuenta todo el rango de edad, se observa una clara tendencia a la feminización de la clientela, ya que las mujeres suponen el 70% del total.

Las zonas anatómicas preferidas por las mujeres son el labio (26% de las perforaciones en mujeres), ombligo (19%) y nariz (17%), seguido de otras localizaciones (la más frecuente es el “surface” o perforación superficial encima del ombligo). Sin embargo, entre los varones son la ceja (22% de las perforaciones en varones), el tragus (22%), el labio (19%) y el pezón (13%) los más demandados. Estas pautas son muy similares a las encontradas en otros países europeos, si bien la frecuencia en la perforación de la lengua es inferior en nuestro país (Antoszewski et al, 2006; Bone et al, 2008; Gutsche et al, 2008; Cegolon et al, 2010). El piercing genital, pese a llamar la atención entre los jóvenes, es muy poco demandado (3% entre los varones, 1% entre las mujeres).

Una presentación más detallada que relacione la distribución de los piercings por zona anatómica y fecha de realización sugiere pautas de comportamiento específicas. De este modo, puede observarse un aumento en la frecuencia de piercings en el ombligo entre las mujeres durante los meses de mayo, junio, julio y agosto, periodo veraniego, en donde puede lucirse con mayor facilidad.

En relación a los tatuajes, existe una clara y vigente diferenciación entre lo femenino y lo masculino, tanto en los diseños, en las zonas alteradas, como en la decisión que lleva al tatuaje y perforación y en el significado atribuido. Por ejemplo, los hombres prefieren lugares visibles, expuestos y de gran extensión, tales como los brazos y antebrazos, espalda, y pantorrillas. En cambio, las mujeres prefieren zonas vinculadas a la sensualidad y el erotismo, algo más cubiertas: tobillos, vientre, zona

próxima a los senos, zona lumbar, hombros. Tal diferenciación se hace patente también en la elección del diseño. Mientras los hombres prefieren representaciones de símbolos expresamente relacionados al físico y a la demostración de virilidad (dragones, serpientes, armas), las mujeres eligen diseños más relacionados con la delicadeza: hadas, enredaderas, lunas, corazones, tribales.

Se seleccionaron un total de doce usuarios del total de personas que acudieron a la clínica para tatuarse el cuerpo para realizar las entrevistas en profundidad, seis hombres y seis mujeres. Según estos resultados, el mundo del tatuaje y de la perforación corporal continúa siendo visto hoy en día como negativo y prohibido. Los usuarios sienten una cierta discriminación por la sociedad en general, no así por su entorno de iguales, de lo cual son conscientes. Esta discriminación se ve reflejada en diversos ámbitos de sus vidas, fundamentalmente familiar y laboral (López Vergara, 2007). De este modo, generan un discurso que pueda responder ante tal segregación parcial. La explicación dada por los usuarios es que los tatuajes y las perforaciones no son valorados como elemento artístico por la sociedad, sino que estas prácticas están situadas lejos de los centros formales económicos, artísticos, higiénicos, comportamentales y políticos, perdiendo así su estatus. Aquí, es donde existe una clara visión adultocéntrica respecto a las alteraciones, dentro de la cual se desarrollan discursos fuertemente ligados a las buenas costumbres y a los deberes de los jóvenes. Creemos que estos prejuicios están originados a partir de una concepción estereotipada del cuerpo, basados en la tradición judeocristiana del mismo utilizado sólo para fines prácticos, funcionales y reproductivos (Arcos y Galindo Huertas, 2010). Además, las marcas corpora-

les son vistas como una flagelación y no como un deseo de permanencia. El cuerpo es visto simplemente como un accesorio, de tal forma que no es considerado como un objeto de experimentación e innovación por parte de las culturas juveniles (López Vergara, 2007).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En Occidente, la alteración corporal siempre ha estado encaminada hacia la demostración simbólica de ciertas características, la mayoría de ellas vinculadas hacia lo masculino, la fortaleza, y la virilidad, las cuales han sido naturalizadas socialmente (Rigol Cuadra, 2006; López Vergara, 2007). Mujeres y hombres están influidos de manera distinta en cuanto a su cuerpo y apariencia, y eso se relaciona con la definición de lo femenino y lo masculino, donde la belleza sigue estando más asociada a lo femenino y la fuerza a lo masculino, con un tratamiento diferente de la sexualidad y el deseo para hombres y mujeres (Esteban, 2004; Beltrán Beltrán, 2012).

En general, pese a que la bibliografía existente insiste en que los hombres son enseñados en la exhibición e instrumentalización de su cuerpo para la fuerza y el trabajo, en donde prevalece un canon de belleza caracterizado por el vigor varonil (Esteban, 2004), los hombres de nuestro estudio muestran una tendencia a elegir estas prácticas corporales con un objetivo de seducción, muy similar al mostrado por las mujeres. Los objetivos principales del aprendizaje corporal de las mujeres son la reproducción y la seducción, habida cuenta de que se sienten bajo la mirada constante de la sociedad (Rigol Cuadra, 2006), al igual que los hombres, aunque estos últimos no sienten con la misma fuerza el efecto de las normas de belleza, la moda en el vestir, o la necesidad del arreglo constante.

Habitualmente, se considera la forma en que las mujeres cultivan su apariencia de un modo bastante restrictivo, como una subordinación a las normas dominantes y bajo la influencia directa de los discursos hegemónicos, como si las personas fueran seres pasivos sometidos a las leyes del mercado e industrias de la belleza. Creemos, sin embargo, que no se trata de un simple seguimiento de los discursos dominantes, sino que las mujeres y los hombres gestionan su imagen negociando al mismo tiempo su lugar en la sociedad. De este modo, las personas son reguladas desde fuera, pero ellas mismas buscan ser las protagonistas directas de ese control. El cuerpo se configura como un elemento que reivindicar, que gusta de ser exhibido, y para ello debe ser cuidado con esmero y que, por tanto, centra las actividades cotidianas. Se trata el cuerpo como símbolo de estatus, juventud, salud, energía y objeto de deseo (Esteban, 2004).

La regulación de lo corporal alcanza su perfección en nuestros días a través de un doble juego, de potenciación del consumo y del fomento del autocontrol. Consumo y control que se ejercen específicamente en relación a cuatro grandes áreas: alimentación, ejercicio físico y deporte, cuidado estético y sexualidad (Beltrán Beltrán, 2012). El cuerpo es puesto en relación con la construcción social del concepto de persona. Por tanto, ejerce un papel conformador de la subjetividad de las personas como seres individuales y sociales. En este marco, la imagen corporal y el cuerpo individual y social son fundamentales en la construcción de la propia identidad y pertenencia a los diferentes grupos (Esteban, 2004).

Para comprender el tatuaje y la perforación se debe concebir el cuerpo como un mapa de inscripciones identitarias y como un espacio de comunicación y estetización, el cual permi-



te encontrar sentidos que llevan a la identificación con uno mismo y con el grupo de iguales. El cuerpo es concebido como un cuerpo estético, y en él se invierte tiempo, esfuerzo y dinero para ser exhibido, en el sentido de anotar y hacerse notar, mirar y ser mirado. Los ornamentos del cuerpo adquieren así una estética corporal. De esta forma, el cuerpo es capaz de generar por un lado una conexión grupal, en tanto que la apariencia, los adornos, la forma de vestir, se vuelven un factor de inclusión; o un elemento de exclusión social, que no considera esta forma de representación dentro de los patrones formales de comportamiento de la juventud.

Se nos presenta una gama de significados corporales, el cuerpo como superficie de inscripción, representación o mapa de la condición social, la pertenencia al grupo de iguales, la manifestación del yo; como lugar de construcción del género; como lugar de conocimiento y poder, lugar de resistencia y reinscripción, transformable, controlable desde sí mismo; como sistema de clasificación social y simbólica, como emblema; como lugar de experiencia, memoria y subjetividad (Ortiz Gómez, 2006). Las prácticas corporales son contextuales, es decir, tienen que ver con la

cultura, la clase, la etnia, el lugar, el tiempo, y el género.

El cuerpo, en definitiva, es así entendido como el lugar de la vivencia, el deseo, la reflexión, la resistencia, la contestación y el cambio social, en una interacción compleja con las dimensiones económicas, políticas, sexuales, estéticas e intelectuales.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acuña Delgado, A. (2006) Etnología de la danza rarámuri en la Sierra Tarahumara. Universidad de Granada, Granada.
- Álvarez Roldán, A. (2001) Entrevista semiestructurada sobre conductas de riesgo a adolescentes y jóvenes. Ministerio de Ciencia y Tecnología, Granada.
- Antoszewski, B.; Sitek, A.; Jędrzejczak, M.; Kasielska, A.; Kruk-Jeromin, J. (2006) Are body piercing and tattooing safe fashions? *European Journal of Dermatology* 16 (5): 572-575.
- Arcos, F.; Galindo Huertas, S. (2010) La exposición corporal y el cuidado de enfermería. *Cultura de los Cuidados* 28: 63-70.
- Beltrán Beltrán, C. (2012) La influencia de la cultura occidental en los cuidados del cuerpo relativos a la estética, a la actividad física y a la alimentación. *Cultura de los Cuidados* 34: 11-19.
- Bernard, H.R. (2002) *Research methods in Anthropology: qualitative and quantitative methods*. Walnut Creek, AltaMira Press.
- Bone, A; Nichols, T; Noah, N.D. (2008) Body piercing in England: a survey of piercing at sites other than earlobe. *BMJ* 336: 1426-1433.
- Calero Martín de Villodres, P; García Castillo, N; Basso Ruiz, C. (2010) Perforaciones cutáneas: cuidados y riesgos de complicaciones desde el punto de vista de enfermería. Ediciones Sider, Granada.
- Campbell, D.T. (1955) The informant in quantitative research. *The American Journal of Sociology* 60: 339-342.
- Cegolon, L; Miatto, E; Bortolotto, M; Benetton, M; Ma-

- zzoleni, F; Mastrangelo, G. (2010) Body piercing and tattoo: awareness of health related risks among 4,277 Italian secondary school adolescents. *Public Health* 10: 73-91.
- Esteban, M.L. (2004) *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Bellaterra, Barcelona.
  - García Hernández, A.M. (2004) El cuerpo como práctica artística y primer instrumento de los cuidados. *Cultura de los Cuidados* 15: 26-31.
  - Gorden, R.L. (1975) *Interviewing: strategy, techniques and tactics*. Dorsey Press, Homewood.
  - Gutsche, P; Schmalz, G; Landthaler, M. (2008) Prevalence of piercing in a German population. *European Journal of Dermatology* 18 (1): 26-28.
  - López Vergara, R. (2007) *Cuerpos transgresores/cuerpos transgredidos. Carne y memoria marcadas. Los jóvenes y sus prácticas de modificación corporal*. Última Década 26: 103-119.
  - Ortiz Gómez, T. (2006) *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*. KRK ediciones, Oviedo.
  - Pérez Cachafeiro, S; Atitar de la Fuente, A; Díez Pérez, M.D; Montero Vacas, N. (2003) Perforaciones inconscientes. Breve descripción del fenómeno del piercing y sus posibles complicaciones. *Atención Primaria* 32 (9): 535-540.
  - Pérez-Cotapos, M.L; Cossío, M.L. (2006) Tatuajes y perforaciones en adolescentes. *Revista Médica de Chile* 134: 1322-1329.
  - Rigol Cuadra, A. (2006) El otro cuerpo de la identidad: análisis de los modelos culturales de los trastornos del cuerpo femenino. *Cultura de los Cuidados* 19: 47-54.
  - Spradley, J.P; McCurdy D.W. (1972) *The Cultural Experience: Ethnography in Complex Society*. Waveland Press, Long Grove.
  - Tremblay, M.A. (1957) The key informant technique: a nonethnographic application. *American Anthropologist* 59: 699-701.
  - Tripaldi, A.M. (2004) *Identidades juveniles. Tatuaje y piercing en Cuenca*. Universidad de Azuay, Cuenca (Ecuador)



# Historia

## Anayde Corrêa de Carvalho: legado histórico para a enfermagem brasileira

Anayde Correa de Carvalho: historical legacy for the Brazilian Nursing

## Anayde Correa de Carvalho: herencia histórica para la Enfermería brasileña

Taka Oguisso<sup>1</sup>, Paulo Fernando de Souza Campos<sup>2</sup>, Emiliane da Silva Santiago<sup>3</sup>, Luciana Barizon Luchesi<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Enfermeira. Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Presidente da Academia Brasileira de História da Enfermagem (ABRADHENSF), 2010-12 e 2012-2014. Correspondencia: Departamento ENO, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo - SP. Correo electrónico: takaoguisso@uol.com.br.

<sup>2</sup>Historiador. Doutor em História. Pós-doutorado no Departamento de Orientação Profissional, da Escola de Enfermagem da USP. 1º Secretario da Academia Brasileira de História da Enfermagem (ABRADHENSF) - 2010-2012. Correo electrónico: pfsouzacampos@usp.br

<sup>3</sup>Enfermeira, Profa. Ms. do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro-UFTM. Doutoranda do Programa de Enfermagem Psiquiátrica, EERP-USP. Ribeirão Preto-SP, Brasil. Correo electrónico: emilianesant@usp.br

<sup>4</sup>Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Diretora de Assuntos Científicos e Culturais da Academia Brasileira de História da Enfermagem (ABRADHENSF), 2010-12 e 2012-14. Correo electrónico: luchesi@eerp.usp.br

Cómo citar este artículo en edición digital: Oguisso, T; de Souza Campos, P.F; da Silva Santiago, E; Barizon Luchesi.E. (2013) Cultura de los Cuidados (Edición digital)17, 37. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.37.04>>

Correspondencia: Taka Oguisso. Departamento ENO, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo - SP.  
Correo electrónico: takaoguisso@uol.com.br.



### ABSTRACT

The biographical narrative is one of the most traditional perspectives of the historical writings. Its methodological renovation means the rescue of the historical trajectories less known, utilizing new documental sets for this activity, such as the oral history. This paper intends to articulate within the scope of the Life Oral History, individual and collective happenings characterized by the personal experience of a nurse who lived the nursing professionalization in Brazil post-1930 – Anayde Correa de Carvalho. The outcomes of this reflection allow considering not only her interpretation about the first associative movements related

to the Brazilian nursing which she reported through an extensive documentary but also her production and life experience have contributed to conforming the professional identity of the Brazilian Nursing.

**Keywords:** Biography, Nursing Schools, Nursing History

## RESUMEN

La narrativa histórica es una de las más tradicionales perspectivas de la historia escrita. Su renovación metodológica implica rescatar trayectorias históricas poco conocidas, utilizándose para esa actividad nuevos conjuntos documentales, como es el caso de la oralidad. Este texto intenta articular, en el ámbito de la Historia Oral de Vida, acontecimientos individuales y colectivos caracterizados por la experiencia personal de una enfermera que ha vivido la profesionalización de la enfermería en Brasil, post-1930 - Anayde Correa de Carvalho. Los resultados de la reflexión permiten considerar no solamente sus interpretaciones registradas en un extenso documentario sobre los primeros movimientos asociativos de la enfermería brasileña, como su producción y experiencia de vida contribuyeron para la formación de la identidad profesional de la enfermería brasileña.

**Palabras clave:** Biografía. Escuelas de Enfermería. Historia de la Enfermería.

## RESUMO

A narrativa biográfica é uma das mais tradicionais perspectivas da escrita da história. Sua renovação metodológica implica recuperar trajetórias históricas pouco conhecidas, utilizando, para essa atividade, novos conjuntos documentais como, no caso, provenientes da oralidade. Este texto pretendeu articular, no âmbito da História Oral de Vida, aconteci-

mentos individuais e coletivos, caracterizados pela experiência pessoal de uma enfermeira que vivenciou a profissionalização da enfermagem no Brasil pós-1930 - Anayde Correa de Carvalho. Os resultados da reflexão permitem considerar não só suas interpretações registradas, em um extenso documentário, sobre os primeiros movimentos associativos da enfermagem brasileira como também sua produção e experiência de vida contribuíram para a formação da identidade profissional da enfermagem brasileira.

**Palavras chave:** Biografia; Escolas de Enfermagem; História da Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

Este trabalho teve por objetivo ensaiar um novo olhar sobre a memória da construção da identidade profissional da enfermagem no Brasil, pós-1930, contextualizar o momento histórico em que os fatos se passaram e colaborar para a preservação da memória de pioneiras da enfermagem, em especial daquelas que desenvolveram grande parte dos trabalhos nos bastidores. Ou seja, vislumbrar a história a partir da perspectiva do movimento da História Nova, dando voz aos que ficaram à margem da história, dita oficial.

Trata-se de estudo de natureza histórica e biográfica, para melhor conhecer a figura de Anayde Corrêa de Carvalho, que deixou como legado um livro chamado “Associação Brasileira de Enfermagem – Documentário – 1926-1976”, publicado em 1976, com 514 páginas (Carvalho, 1976). Ao descrever os primeiros cinquenta anos de história dessa organização, trabalho esse de cinco anos de pesquisas, reproduziu minuciosamente a própria História da Enfermagem Brasileira e das líderes que forjaram os destinos da profissão no período estudado.

A autora soube retratar e documentar com fidelidade e clareza a saga e as lutas das pioneiras da Enfermagem. Realizou o estudo com objetividade e rigoroso critério em todas as etapas da busca de documentos. Na ausência de documentos, obteve dados através de entrevistas com enfermeiras que haviam vivenciado os fatos e que ainda tinham capacidade para informar, na ocasião. Reconstruiu a história da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), tarefa que hoje seria muito difícil de refazer, ou mesmo complementar a história das décadas subsequentes, pela complexidade atual, simultaneidade e multiplicidade na ocorrência de fatos.

Apesar da importância da obra, a autora é praticamente desconhecida pelas gerações atuais da Enfermagem. Não recebeu a devida atenção por parte da maioria dos líderes da profissão, apesar de ter contribuído com seu rigoroso espírito científico e metodológico, disciplina, talento e capacidade de trabalho. Contudo, para Anayde Corrêa de Carvalho, o trabalho de cinco anos de pesquisa para escrever o livro foi considerado apenas o cumprimento de um dever e que isso não a tornava merecedora de homenagens.

Deve-se destacar que o relato da história da ABEn, da profissão e das profissionais que a conformavam à época, contidos em sua obra, ajudou a delinear a construção da identidade da Enfermagem profissional brasileira de hoje. A segunda edição dessa obra foi publicada pela ABEn, em 2006. No entanto, o conteúdo pelo qual a autora é responsável não foi alterado, houve o acréscimo de um depoimento de Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ieda de Alencar Barreira, na contracapa (Barreira, 2006) e uma Nota sobre a Autora, no final do livro, de autoria da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Taka Oguisso (Oguisso, 2006).

Por pertencer à mesma família de uma grande líder da enfermagem brasileira, na

qualidade de irmã de Amália Correa de Carvalho, colocou-se sempre na retaguarda, dando apoio e sustentação à irmã mais nova. Enquanto Amália estava no palco diante dos holofotes, na qualidade de presidente, seja da Associação Brasileira de Enfermagem, seja do Conselho Federal de Enfermagem, ou por seu trabalho como consultora de organizações internacionais de saúde ou na coordenação de programas de pós-graduação na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), Anayde Corrêa de Carvalho continuava nos bastidores, oferecendo apoio em silêncio. Mesmo sem tal intenção consciente, ajudou a construir a Enfermagem brasileira e exerceu grande influência na formação de várias gerações de enfermeiros, especialmente na área de administração/gerenciamento de enfermagem.

O interesse por conhecer, desvelar e relatar a participação de Anayde Correa de Carvalho na Enfermagem brasileira teve o propósito de produzir conhecimento sobre a vida profissional de uma das pioneiras mais ativas e atuantes, embora quase sempre de forma invisível. Seu legado mais visível é, sem dúvida, o livro por ela produzido, cuja primeira edição foi inteiramente doada à Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), considerado uma obra clássica pela literatura, especialmente em história da enfermagem. Trata-se de uma fidedigna e monumental obra sobre a ABEn, pelo volume de informações e dados coletados, com registro minucioso de meio século de vida, de lutas e conquistas da ABEn, reconhecida por Barreira (2006) como “patrimônio” que deveria ser passado às novas gerações de enfermeiros e que, em mais de trinta anos de consultas frequentes não localizou informações contraditórias”. Mesmo considerada uma “obra preciosa” e “um tesouro que pertence a todos

nós” (Barreira, 2006), sua autora continua na surdina. Portanto, este estudo busca minorar a falta de publicações sobre enfermeiras que contribuíram significativamente para o avanço da profissão e que servem de inspiração para os futuros enfermeiros, contribuindo, dessa forma, para a construção da identidade profissional da enfermagem.

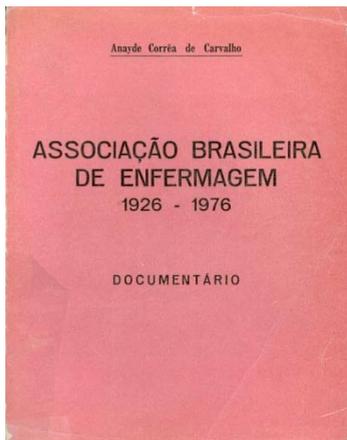


Figura 1 – O livro “Associação Brasileira de Enfermagem, 1926-1976 – Documentário”

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo de natureza histórica e biográfica, utilizando-se da metodologia da História Oral de Vida, originária dentro do Movimento da História Nova, onde o foco remete à história de vida do sujeito e possui estreita relação com o método biográfico (Meihsy, 2002). A História Nova tem como meta dar voz às pessoas, minorias sociais, entre outros, que não foram contemplados pelos holofotes da história dita oficial, mas cuja contribuição ou percepção, em relação a determinados fatos históricos, permite um novo olhar para a história, um olhar de baixo para cima, uma história de bastidores e não de palcos. Nesse sentido, são fontes para o presente estudo, não somente as entrevistas realizadas, mas, ainda,

documentos, livros, artigos e outros materiais que possam retratar a vida e obra de Anayde Correa de Carvalho.

Esse método tem estreita relação com os estudos biográficos que são um recurso metodológico para “conhecer, interpretar e representar a história da humanidade... e constitui uma maneira de relatar a história. Portanto, a construção de biografias atende ao interesse de resgatar e compreender a história da enfermagem” (Sanna, 2011).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, dentro de um projeto que atualmente consta como parte do Protocolo 888/2010/CE-EEUSP, sob o título “Memória da Enfermagem Brasileira e em São Paulo”.

A primeira entrevista foi realizada em 19 de abril de 2009, houve utilização de roteiro semiestruturado, e a entrevistada recebeu a transcrição da primeira entrevista para correções, sugestões e cortes como preconizados por Meihsy (2002).

Observando-se o não esgotamento dos temas a serem trabalhados na primeira entrevista, outras duas entrevistas foram realizadas, em 2010 e 2011, pela primeira autora para coleta de dados da biografada. Nas duas entrevistas houve a presença de Maria José Schmidt e de Irmã Maria Tereza Notarnicola, ambas enfermeiras, amigas de longa data que gozam da confiança da entrevistada e facilitaram o processo da entrevista. Apenas as versões revisadas e autorizadas pela entrevistada foram analisadas.

Nesse sentido, o presente estudo teve como desafio analisar a vida de uma líder quase invisível da Enfermagem Brasileira e deixar registrada a vida dessa profissional para as futuras gerações. Entretanto, concluído o trabalho,

Anayde Corrêa de Carvalho não concordou com a publicação, por achar que estava se expondo demais. Naquele momento, seguindo os pressupostos éticos, foi decidido hibernar o artigo. Em julho de 2013, às vésperas de completar 97 anos de idade, mantendo sua lucidez, e após pequenos ajustes e atualizações no texto, ela concordou com a publicação.

Após a coleta dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo do discurso, a fim de organizar e discutir os achados, utilizando-se, como referencial para essa análise, a técnica preconizada por Bardin (2008). Entre as categorias escolhidas para este estudo, com base nas entrevistas, encontram-se: analítica, operacional e empírica. A categoria analítica está descrita como trajetória acadêmica, trajetória profissional e visão futurista. Seria a categoria por excelência para a análise pretendida.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### Categoria trajetória acadêmica

Anayde Corrêa de Carvalho nasceu em Ribeirão Preto, no dia 20 de julho de 1916, filha de Pedro Correa de Carvalho e Elza Morandini de Carvalho, de ascendência alemã, portanto, muito rígida na educação dos sete filhos: Augusta, Mariana, Anayde, Amália, Manoel Francisco, Maria e Pedro. A mais velha, Augusta, faleceu com apenas 31 anos, em 1944, deixando três filhos pequenos. Passou sua infância na fazenda do pai e estudou no Colégio Santa Úrsula. O pai faleceu em 1956, de embolia pulmonar e a mãe em 1989, com 89 anos de idade. Após os estudos de nível fundamental nesse Colégio, completou o antigo curso normal, para formação de professores de nível primário, chegando a lecionar por algum tempo em escola primária.



Figura 2 – Anayde Correa de Carvalho, ao tempo em que iniciou sua carreira como enfermeira. Fonte: Arquivo pessoal de Anayde Correa de Carvalho. Fotografia desconhecido.

Sobre sua escolha pela enfermagem, a colaboradora explica: “Bom, na realidade eu não escolhi a enfermagem. Eu fui mais ou menos induzida por minha irmã, Amália, que já estava na Escola e dizia gostar demais do curso. Cada vez que ela vinha para casa, eram só elogios ao curso de enfermagem que estava fazendo. Achava as matérias muito interessantes e que o trabalho também era muito edificante, quer dizer, satisfazia. Então meu pai sugeriu que eu também fosse estudar enfermagem na mesma Escola (...). Fui e gostei muito do curso. Gostei também da profissão. Depois de formada, trabalhei um pouco no HC (Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo) e depois fui chamada por D. Edith (de Magalhães Fraenkel) a ir para a Bahia, na Escola de Enfermagem que havia sido recentemente criada (atual Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia). Trabalhei dois anos lá (...). depois voltei para EE (USP) e fiquei lecionando Enfermagem Médica, mas a maior parte de minha atuação na Escola foi lá, no que chamávamos, (na época) de escritório técnico. Penso que ainda deve existir (algo parecido) lá na escola, eu acho. Era uma área que se relacionava mais com o professor, providenciar paga-

mentos pelas aulas (de professores externos ou de não enfermeiros contratados), manter comunicação, fazer escalas e rodízio de aulas, enfim a parte burocrática (das atividades técnicas e docentes)”.

Parece que a vida acadêmica apresentou-se atraente para a jovem interiorana que viera de Ribeirão Preto para São Paulo com o intuito de estudar. Foi estudante da EEUSP, residindo no internato, então existente, e na entrevista recordou sobre as boas lembranças desse período, inclusive sobre a rigidez a que todas as internas estavam submetidas. Considerou ter sido uma experiência tão gratificante que, quando se tornou enfermeira docente da Escola, continuou morando nela. Sobre a rígida disciplina comenta: *“Era bom. Eu gostava. Tinha horário para tudo. Quando eu era aluna, às 10h (da noite) tinha que estar dentro da escola. E tinha uma pessoa responsável para verificar se a gente estava ou não na escola às 10h da noite. Porque às 10 horas eram apagadas todas as luzes. Dormir às 10 horas para todo mundo acordar de manhã às 6h. A obrigação era dormir 8 horas por noite. Eram 8 horas de trabalho, 8 horas de estudo e 8 horas de sono. Era uma vida muito saudável! Tanto que depois como professora eu continuei a morar na escola por mais algum tempo”*.

Sobre as diferenças entre estudantes de enfermagem de sua época e o momento atual, e o perfil das alunas de hoje, a colaboradora considerou: *“Nossa! Mas mudou demais. No nosso tempo, eu era muito disciplinadora porque assim havia aprendido. E as nossas alunas eram bem disciplinadas também. Elas ficavam direitinho nas salas de aulas, assistindo às aulas. Hoje não! Há muita bagunça nas salas de aula, e nas próprias aulas. Agora cada um vai (vestido) do jeito que quiser e senta do jeito que quiser. Eu sei lá, mudou muito. Mudou demais”*.

Em relação aos profissionais de enfermagem, a colaboradora comentou: *“Talvez tenha mudado até para melhor, porque ficou mais científico, mais relacionado com o estudo, (levando ao) maior desenvolvimento da profissão. Antes era mais relacionado com o serviço mesmo. Quanto melhor fosse o atendimento prestado ao paciente, melhor era. Hoje parece que isso mudou. Enfermeiros estão mais preocupados com estudos e pesquisas do que com a assistência. É lógico que o desenvolvimento da profissão, como ciência e como arte é muito importante, mas para o paciente a profissão (de enfermagem) representa ser alvo de cuidado e assistência (de enfermagem) e não se tornar apenas objeto de estudo ou pesquisa”*.

Houve tempo em que existia uma aura no entorno da profissão de enfermagem, tanto no sentido de preconceito em desqualificar a profissão como em santificá-la. No caso estrito dos processos de trabalho, não era fácil demonstrar à população a diferença entre os níveis hierárquicos e suas diferentes concepções de assistência. Assim, a diferenciação entre auxiliar de enfermagem, técnico e enfermeiro ainda constitui tema constante de discussões. A forma popular utilizada para diferenciar hierarquicamente as categorias era a expressão *“Enfermeira de Alto Padrão”*, que se tornou *“Enfermeira Padrão”*, ainda presente do imaginário social. A esse respeito, a colaboradora afirma: *“Eu achava isso muito ridículo. Chamar alguém de enfermeira padrão. O que é padrão? Qual o significado da palavra padrão? Eu achava muito esquisito esse negócio de enfermeira padrão. Enfermeira é enfermeira e ponto final. O que seria muito interessante era você convencer as pessoas a usar o termo técnico correto, por exemplo, dizer eu sou auxiliar de enfermagem, eu sou técnico de enfermagem...”*

A origem da expressão remete aos anos entre 1931 e 1949, quando houve a aprovação da Lei 775, de 6 de agosto de 1949 (Brasil, 1974a), as escolas de enfermagem ao serem criadas eram equiparadas ao padrão da Escola Ana Nery, como previsto pelo Decreto 20.109, de 1931 (Brasil, 1974b). Depois que a Lei 775/49 entrou em vigor, as escolas passaram a ser reconhecidas e não mais equiparadas. Em 1923, a Escola de Enfermagem Anna Nery, atualmente da Universidade Federal do Rio de Janeiro, era a escola oficial que seguia o modelo da Enfermagem moderna, implantada por Florence Nightingale, na Inglaterra, em 1860. Assim, a Escola era “*padrão*”, mas foi também a profissional que passou a ser conhecida como “*padrão*” para distingui-la de outros que não tinham formação específica.

### **Categoria trajetória profissional**

Nossa colaboradora graduou-se pela quarta turma da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), em 1949. Iniciou sua vida profissional no berçário do Hospital das Clínicas e assumiu a chefia do Centro Cirúrgico do mesmo hospital, de onde foi chamada, em 1950, para tornar-se Vice-Diretora da Escola de Enfermagem, na Bahia, fundada em janeiro de 1946. A primeira diretora dessa Escola foi Haydée Guanais Dourado, indicada por Edith de Magalhães Fraenkel, diretora da EEUSP ao Reitor da Universidade, Professor Edgard Santos. Por divergências administrativas com o reitor, Haydée Dourado afastou-se da direção e Edith de Magalhães Fraenkel foi novamente chamada para solucionar o problema, quando foi indicada Jandyra Alves Coelho, que se tornou a 2ª diretora dessa Escola, atualmente pertencente à Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Anayde Corrêa de Carvalho, a vice-diretora. Em 1951, com o afastamento

de Jandyra Coelho, Anayde tornou-se diretora da Escola, mas permaneceu no cargo o tempo suficiente apenas para que uma graduada pela primeira turma da própria Escola – Nilza Maurício Marques Garcia - pudesse assumir esse cargo. Com isso, Anayde pôde retornar como docente da EEUSP (Oliveira, 2001).



*Figura 3 - Anayde Correa de Carvalho com as colegas Wan-da Alves Baptista e Jandyra Alves Coelho, na Escola de Enfermagem da Bahia, 1950 e 1951. Fonte: Arquivo pessoal de Anayde Correa de Carvalho. Fotógrafo desconhecido.*

Mas, em 1952, viajou com bolsa de estudos da Fundação Kellogg, para os Estados Unidos, para estudar no Teachers College, da Universidade Columbia, em Nova York, de onde regressou em 1954, para assumir funções de coordenação técnica na EEUSP. Simultaneamente, ocupou ainda o cargo de presidente da ABEn-Seção de São Paulo, de 1956 a 1958, coincidentemente, o mesmo período de realização do Levantamento de Recursos e Necessidades da Enfermagem no Brasil (Oguisso, 2006). Não seria de admirar que ela tivesse oferecido apoio e retaguarda para esse trabalho também, mas, como sempre, não deixou registro sobre isso.

Na função de coordenadora técnica da EEUSP, foi convidada, em 1962, para partici-

par de um seminário para diretores e professores de cursos de pós-graduação em Enfermagem, na Jamaica, por 20 dias, patrocinado pela Organização Mundial da Saúde. Em 1963, foi novamente para os Estados Unidos para estágios e visitas de observação em escolas de enfermagem americanas, com bolsa de estudos da Fundação Kellogg. Era a preparação necessária para melhor fundamentar o programa de pós-graduação na área de administração de unidades e de serviços de enfermagem, que eram oferecidas na EEUSP, desde 1959.

Em 1970, entretanto, esse programa foi encerrado, em decorrência da implantação da Reforma Universitária (Lei 5540/1968). Embora preenchesse todos os requisitos necessários, não quis fazer o doutorado direto oferecido aos docentes da Universidade, em 1971, uma vez que seus estudos, para escrever o Documentário sobre a ABEn, já referido, não estavam ainda prontos e não haveria tempo de concluir dentro do prazo estipulado pela Universidade se quisesse fazer, com a seriedade e o rigor metodológico que imprimia em seu trabalho. Era uma tarefa aceita para fazer com responsabilidade e também por entender que esse material seria para a ABEn e não para sua titulação própria na carreira universitária.

Além disso, entendeu que, para iniciar a pesquisa de outra temática específica para uma tese de doutorado e cumprir os ditames da Universidade, não haveria tempo para fazer como entendia que deveria ser. Dessa forma, teria que interromper o trabalho que já vinha fazendo e iniciar algo novo, quebrando totalmente o ritmo que imprimia ao Documentário que elaborava. Assim, preferiu manter-se em sua situação funcional como estava e aposentar-se, em 1979. Todo o seu preparo acadêmico, experiência profissional e dedicação ao ensino e à EEUSP não foram considerados

na frieza da reclassificação funcional operada pela Universidade.

Quanto à inserção no mercado de trabalho ocorreu sem maiores problemas, pois à época, eram poucos os enfermeiros. Nossa colaboradora afirmou entusiasticamente: “... *os hospitais brigavam pela gente (...)! Fui enfermeira chefe da cirurgia antes de ir para Bahia. Depois que eu voltei, só trabalhei na escola. Não pude mais retornar ao hospital*”.

Durante o período de governo militar, a partir de 1964, houve alguns movimentos de estudantes na EEUSP e Anayde Corrêa de Carvalho testemunhou essas intercorrências: “*Foi um período muito difícil. Muito difícil mesmo. Porque um grupo de alunas era a favor da UNE (União Nacional dos Estudantes) e a favor de uma contrarrevolução, ou sei lá o que! Enfim, contra os militares. Então a escola vivia cheia de cartazes a favor da UNE ou a favor de não sei o quê e contra a ditadura, contra os militares. Tinha o grupo da direita e o grupo da esquerda. O da esquerda era muito mais atuante. E voltavam às vezes de madrugada porque ficavam lá na UNE e as da direita diziam ficar lá ouvindo aquele bafafá da UNE até se cansarem. Elas cansavam e vinham embora, e a turma da esquerda continuava, então elas votavam naquilo que era do interesse da esquerda. Então teve um período difícil da escola por causa disso, porque havia essa diferença entre o grupo da direita e o grupo da esquerda. Não havia nenhum conflito não, havia apenas preocupações das meninas da esquerda ficarem muito ativas e haver esse interesse em querer sair a toda hora, querer participar e colocar cartaz na escola inteirinha. Era esse o trabalho que dava. Eu acho que teve uma, sim, que foi detida (...) que teve problema com os militares. Eu tenho uma vaga ideia, não estou bem lembrada*”.

À pergunta sobre se havia algum tipo de

“orientação” do governo com relação às disciplinas ministradas, Anayde Corrêa de Carvalho respondeu: *“Não. Não tinha, mas eu fui chamada para falar sobre uma das professoras. Parece que uma das professoras era meio da esquerda, ou alguma coisa assim, então quando os militares tomaram o poder houve aquela estória de procurar quem era e quem não era. Eu fui chamada, eu e outras professoras fomos chamadas para falar lá. Foi uma situação muito ruim, mas, na verdade, a gente não falou nada mesmo porque eu não ia falar contra uma colega de jeito nenhum, mas foi uma situação muito desagradável”*. Sobre alguma consequência com essa colega, ela respondeu: *“Não. Não! Ela era apenas uma entusiasta da enfermagem”*.

Em uma época de conquistas de espaços e de muitos desafios, os contatos pessoais com grandes ícones da enfermagem brasileira ficaram marcados com uma mescla de carinho e orgulho especial, como pode ser observada nas falas de nossa colaboradora, que teve sua irmã mais nova, Amália Correa de Carvalho, como líder de grande projeção nacional e internacional da enfermagem brasileira. Mas, lembrou-se de muitas outras: *“A Gleite (de Alcântara), trabalhou demais pela ABEn e também pela Revista (Brasileira de Enfermagem). Outra que trabalhou muito foi a Haydée Dourado (...), a Marina de Andrade Rezende, a Waleska Paixão, diretora lá da Escola Anna Nery (...) Taka é de uma responsabilidade fora do comum (...) Ainda tem a Victoria (Secaf) que também continua na enfermagem. .. a Lore (Cecília Marx) que acho que também continua. A Irmã Tereza (Notarnicola), eu não posso esquecer o nome da Irmã Tereza que trabalhou demais também pela enfermagem toda. (...) Os tempos mudaram, pois o tempo da Dona Edith (Magalhães Fraenkel) era outro, diferente, e de Dona Maria Rosa (de Sousa Pinheiro), também”*.

### **Categoria visão futurista**

A visão de futuro demonstra a preocupação com a qualidade da assistência prestada pela enfermagem. Seria necessário que a profissão trabalhasse mais para a construção do futuro desejado, planejando a conquista de mais espaço, ... *“Eu gostaria que a enfermeira tivesse um cuidado muito maior com o paciente, que levasse mais em consideração a pessoa (...), porque hoje a parte técnica de serviço é considerado mais importante (...). Essa história de humanização é velha, (...) na Escola já falavam em humanização. A gente já falava em humanização. E essa questão é muito importante para enfermagem e tenho até a impressão de que enfermagem seria mais mesmo para isso, porque o contato constante com as pessoas que tratam dele é muito importante. E não é só assim dar uma injeção e não falar com o paciente. E conversar é estabelecer comunicação”*.

Apesar de estar há décadas afastada da enfermagem, em geral, e principalmente da prática da assistência de enfermagem, é notável sua preocupação com a humanização dessa assistência e com o trato mais personalizado de cada usuário do serviço de saúde. Possivelmente, suas reiteradas cirurgias e hospitalizações que sofreu em São Paulo e também em Ribeirão Preto, estejam na raiz de suas observações.

O espaço ocupado pela enfermagem no âmbito da saúde e seu reconhecimento está presente como outra grande preocupação em seu relato, assim como surgem a figura da hegemonia médica e a relação de poder que aparecem no término da entrevista: ... *“Eu acho essa parte importante, ser a ponte. Porque o médico fala e a enfermeira interpreta, porque ela é que está mais perto do paciente, eu acho isso importante. Eu acho certo. (...) Às vezes eu acho que a enfermeira quer avançar um pouquinho*

na função do médico. Não é de hoje que eu ouço falar que a enfermeira faz prescrição, prescrição dos cuidados de enfermagem, prescrever isso, prescrever aquilo. Não basta prescrever. É preciso que o cuidado seja efetiva e devidamente realizado, senão pela própria enfermeira, pelo técnico ou auxiliar com supervisão. Portanto, a tarefa do enfermeiro não termina com a prescrição do cuidado, mas com o cuidado prestado como se deve. Deveria haver mais preocupação e vigilância com essa atenção ou assistência direta de enfermagem ao paciente”.



Foto 4 – Anayde Correa de Carvalho em fotografia de maio de 2013. Fonte: Arquivo pessoal Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Taka Oguisso. Fotógrafo: Marcos Antonio Vieira.

Assim, para a nossa colaboradora, é preciso que profissionais de enfermagem na área assistencial direcionem mais sua atenção para a devida assistência aos pacientes, alvo principal da profissão. E os docentes devem ensinar e dar o exemplo de como cuidar dos pacientes com a devida ciência, arte e técnica, sem descuidar do ideal que deveria permear todas as ações de enfermagem. Como um conselho para as próximas gerações, Anayde Corrêa de Carvalho diz: “Agora é que é a estória. Depende muito de a pessoa querer, ou não. Se a pessoa tiver tendência, eu aconselho que faça. Se ela disser: não sei se faço ou se não faço, diria:

não faça. O que você quer saber é se eu acho (a enfermagem) uma profissão boa? Eu acho. Eu acho uma profissão muito boa mesmo. Eu achava melhor a enfermagem no tempo em que a enfermeira cuidava mesmo do paciente, tratava o paciente como gente, como pessoa humana. Hoje a coisa é um pouco diferente. As pessoas fazem as coisas assim... digamos benfeitas, mas sem considerar o paciente como pessoa. É a impressão que eu tenho. O que falta é mais consideração com o paciente. Não pensar tanto na ficha, no desenvolvimento tecnológico da profissão; pensar mais no paciente como ser humano digno de receber toda atenção e consideração. É exatamente isso! Eu já estive internada várias vezes, então a gente sente a diferença entre uma pessoa e outra. Tinha uma que vinha e falava ‘oi e coisa e tal’. Tinha outra que vinha aplicar injeção e não falava nem ‘oi, nem nada’. Então há uma diferença muito grande nisso. É quando você chega e diz para o paciente: ‘Bom dia, como amanheceu?’ Ou chegar e dar uma injeção, ou fazer um tratamento e depois sair sem dizer nada. É essa diferença, que eu acho”.

Sobre isso, ela aponta que existe diferença na equipe de enfermagem entre o auxiliar e o técnico de enfermagem: “Tem. A enfermeira tem uma postura diferente. Ela entra no quarto e também pergunta. Mas o problema é que raramente aparece. Antigamente, veja bem, eu não trabalhei em hospital particular, eu só trabalhei no HC, que era bem diferente. Você tinha que dar o cuidado de enfermagem. Você tinha 40 pacientes para cuidar. Você tinha de visitar todos os pacientes, todos os dias e saber como eles estavam, dando atenção e ouvindo o paciente. Agora hoje, no hospital particular onde eu estive, a enfermeira entrava. Eu fiquei lá uma semana e a enfermeira entrou uma única vez, que eu vi. Então é uma diferença muito grande. Hoje você tem o aumento de trabalho,

*parece que elas têm pouco tempo para dar essa atenção. Por isso há uma grande diferença sim. Bem, eu estou falando assim, sem atuar. Eu estou falando o que eu vejo, mas se eu continuasse a atuar na prática talvez eu pensasse diferente, não sei”.*

A história descrita acima marca a trajetória acadêmica e profissional de uma personalidade marcante da História da Enfermagem que veio do interior de São Paulo, mas ainda assim uma grande cidade - Ribeirão Preto - para estudar enfermagem na capital, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Depois iniciou sua trajetória profissional na assistência de enfermagem no Hospital das Clínicas, e tornou-se uma importante docente, tendo colaborado diretamente com Edith de Magalhães Fraenkel e com Maria Rosa de Sousa Pinheiro, as duas primeiras diretoras da EEUSP, mas, estava sempre na retaguarda, para dar consistência e cobertura técnica e administrativa a todos os atos delas como dirigentes educacionais.

Eis a história de uma enfermeira incomum, aquela que buscava não aparecer, nem ficar sob a luz de holofotes, nem títulos acadêmicos, nem honrarias, apenas trabalhar para que outros pudessem aparecer e fazer boa figura. É a história de uma profissional, preocupada com o cuidado de enfermagem que deve ser prestado a cada paciente. Embora a colaboradora enfatizasse a atividade burocrática no assim chamado “escritório técnico” da Escola, ela ministrava também a disciplina “Administração aplicada à Enfermagem” e, como boa administradora, sabia organizar e implantar sistemas de trabalho e sabia ensinar alunos da graduação e pós-graduação, sendo, por isso mesmo, escolhida várias vezes como paraninfa de turmas, fatos que sua modéstia não lhe permite mencionar. Todavia, artigo de sua au-

toria (Carvalho, 1968) foi publicado na Revista da Escola de Enfermagem da EEUSP, onde se identifica como professora de Administração aplicada à Enfermagem. Essas são as características da colaboradora deste estudo: Anayde Corrêa de Carvalho.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Faz-se necessário continuar e aprofundar estudos para a construção da identidade profissional da enfermagem, ainda latente e semioculta. As trajetórias profissionais de figuras como a da enfermeira retratada demonstram quanto ainda se tem que progredir, não apenas para consolidar a imagem da identidade profissional como também para construir o próprio futuro da enfermagem, da forma desejada pela classe. Robert Olson (1997) já afirmava que o “grande desafio não é prever o futuro, mas sim construí-lo”. Cada um dos profissionais de enfermagem precisa crer que é possível criar e construir esse futuro desejado para a Enfermagem e desenvolver estratégias para alcançar as metas que levarão a esse porvir ansiado. Uma tendência que se delineia para o futuro da Enfermagem é a necessidade e, talvez, obrigatoriedade de uma avaliação e reavaliação periódica e sistemática dos conhecimentos teóricos e práticos da enfermagem, como requisito para a continuidade no exercício da profissão, não apenas dos enfermeiros como de todos os membros da equipe de enfermagem.

É preciso, portanto, reafirmar que é importante consolidar a imagem de humanidade, tecnicidade, modernidade, intelectualidade e cientificidade que Florence Nightingale trouxe à profissão. Para a entrevistada, a esses aspectos seria importante acrescentar ainda “*fé inabalável e amor profundo pela profissão*” como citou Anayde Corrêa de Carvalho no discurso de 1968, em homenagem a Edith de Magalhães

Fraenkel, dizendo que a vida dela era uma “*fervorosa devoção à enfermagem*” (Carvalho, 2012).

Anayde Corrêa de Carvalho demonstrou latente preocupação com a questão da humanização da assistência de enfermagem, apontando o excesso de trabalho burocrático que consome o tempo da enfermeira, que precisa priorizar mais o estar ao lado do paciente e de cuidar ela mesma. Nessa ação de cuidar é igualmente importante que a enfermeira seja a ponte entre o saber médico e o paciente. É o que ensina Anayde Corrêa de Carvalho.

Além de desenvolver o nível de excelência da ciência de enfermagem, através de pesquisas e estudos, é necessário assegurar competência técnica no exercício da profissão aliado ao espírito humanitário. Para isso é preciso acrescentar mais calor humano, em cada gesto da ação de cuidar, em cada palavra e até mesmo no tom de voz, e transmitir através da expressão corporal a tranquilidade, segurança e empatia de quem realmente gosta do que faz e faz porque gosta.

## REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2008) Análise de conteúdo. Edições 70, Rio de Janeiro.
- Barreira, I.A. (2006) Depoimento escrito. En Associação Brasileira de Enfermagem – Documentário, 1926-1976 (Carvalho, A.C.), 2ª edição, ABEn, Brasília, pp. contracapa.
- Brasil. (1974a) Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949. Dispõe sobre o ensino de enfermagem no País e dá outras providências. En Enfermagem, legislação e assuntos correlatos (Ministério da Saúde ed.), 3ª.ed. Fundação Serviços de Saúde Pública, Rio de Janeiro v.I, pp.154-157.
- Brasil. (1974b) Decreto nº 20.109, de 15 de junho de 1931. Regula o exercício da enfermagem no Brasil e fixa as condições para a equiparação das escolas de enfermagem e instruções relativas ao processo de exame para revalidação de diplomas. En Enfermagem, legislação e assuntos correlatos (Ministério da Saúde ed.), 3ª.ed. Fundação Serviços de Saúde Pública, Rio de Janeiro v.I, pp.68-72.
- Carvalho, A.C. (1968) Plano de cuidados como uma das funções do enfermeiro-chefe. Revista da Escola de Enfermagem da USP 2(1), 108-117.
- Carvalho, A.C. (1976) Associação Brasileira de Enfermagem: Documentário, 1926-1976. ABEn, Brasília.
- Carvalho, A.C. (2012) Edith de Magalhães Fraenkel 2ª Ed, organizada por Oguisso, T. e Nichiata, L.Y.I. FA-PESP/EE/USP, São Paulo.
- Meihy, J.C.S.B. (2002) Manual de História Oral. 4º ed. Loyola, São Paulo.
- Oguisso, T. (2006) Nota sobre a autora. En Associação Brasileira de Enfermagem – Documentário, 1926-1976 (Carvalho, A.C.), 2ª edição, ABEn, Brasília, pp. 475-6.
- Oliveira, M.I.R. (2001) Emergência e inserção da Escola de Enfermagem na comunidade acadêmica da Universidade da Bahia, 1946 a 1956. En Memorial da Escola de Enfermagem 1946-1996. (Dumet, J.D.), Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, pp. 17-49.
- Olson, R. (1997) Future directions: reports on future techniques for nursing: Geneva 1997. Institute for Alternative Futures, New York.
- Sanna, M.C. (2011) Biografia. En Pesquisa em História da Enfermagem (Oguisso, T., Souza Campos, P.F. y Freitas, G,F. org.), Manole, Barueri pp.302-303.

# Evolución de la Ley de Directrices y Bases de la Ley de Educación Nacional Law - nº 5.692/1971 la enfermería profesional en Brasil

Developments of the Guidelines and Bases for National Education Law - nº 5.692/1971 in nursery teaching at a professional level in Brazil

Desdobramentos da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº 5.692/71, no ensino profissionalizante em enfermagem no Brasil

Marta Motter Magri<sup>1</sup>, Genival Fernandes de Freitas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Aluna do Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP. Enfermeira do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

<sup>2</sup>Professor Associado do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP. Orientador do trabalho objeto da presente investigação.

*Cómo citar este artículo en edición digital: Motter Magri, M; Fernandes de Freitas, G. (2013) Desdobramentos da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº 5.692/71, no ensino profissionalizante em enfermagem no Brasil. Cultura de los Cuidados.17, 37. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.37.05>>*

Correspondencia: , Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo - SP. Correo electrónico: [marmagri@gmail.com](mailto:marmagri@gmail.com). Teléfono: 5511989248960 - 551146202842



## ABSTRACT

The guarantee of historical memory of the level education in nursing, in the 1970s, was the object of this investigation. This study aimed to describe and analyze the socio-political and historical circumstances in which Law no. 5,692, of August 12, 1971, about Guidelines and Bases of National Education was promulgated, and discuss the changes and developments of this teaching professional nursing. This is a descriptive study, qualitative,

exploratory and social-historical nature, based on documentary analysis. We opted for the Micro-history to give support to the theoretical discussion of the results of this investigation as analyzing historical documents from the perspective that, although you can not see the entire society from a social sni-ppet, you can see something of the reality social involving human fragment examined. The delimitation of the historical sources of the study includes the Collection of the Historical Archives of the Brazilian Nursing Association - São Paulo Section (ABEn/SP), the Collection of documents on the ABEn / SP, in the Central Cultural History of Iberian-American, of the School of Nursing of University of São Paulo and Series Documents of the Ministry of Education and Culture. From this LDB no. 5.692/71, the nursing education was fully integrated into the national system of education and its enactment occurred during the

military dictatorship and the ideology of the “economic miracle.” According to this ideology, the Brazilian educational system should suit the developmental economic model, with personnel training at the technical level, to increase and cheapen human resources to work. The ABEn/SP, as a representative body of the political and ideological interests of professionals, led discussions on the issues of human resources training in nursing, and in the 70’s more than half the number of nursing was mostly without special training. Also due to this fact, there were government initiatives to try to reverse this situation. Despite the issues of nursing education they are not explicit in the text of the LDB No. 5.692/71, the results of this study revealed that the legislation had studied developments in policy decisions in the context of vocational education and consequently impacted on the training of nursing.

**Keywords:** History of Nursing; Nursing Education; Nursing Legislation.

## RESUMEN

La garantía de la memoria histórica de la enseñanza a nivel medio de la formación profesional en enfermería, en la década de 1970, fue el objeto de esta investigación. Tuvo como objetivos describir y analizar las circunstancias socio-políticas e históricas en que la Ley N ° 5692, de 12 de agosto de 1971, Directrices y Bases de la Educación Nacional fue promulgada, bien como discutir los cambios y la evolución de esta enseñanza en enfermería profesional. Se trata de un estudio descriptivo, cualitativo, exploratorio y de naturaleza histórico-social, basado en el análisis documental. Se optó por la Micro-historia para dar apoyo a la discusión teórica de los resultados de esta investigación, pues el análisis de documentos históricos, desde el punto de vista de que mientras no sea

posible veer la sociedad entera a partir de un fragmento social, es posible veer algo de la realidad social que envuelve el fragmento humano investigado. Así, la delimitación de las fuentes históricas del estudio incluye la colección de los Archivos Históricos de la Asociación Brasileña de Enfermería - Sección São Paulo, la Colección de documentos sobre la ABEn / SP, existente en el Centro Histórico Cultural de la Enfermería Ibero Americana y las Series de Documentos del Ministerio de Educación y Cultura. A partir de esta LDB No. 5.692/71, la educación de enfermería se integró plenamente en el sistema nacional de educación y su promulgación se produjo durante la dictadura militar y la ideología del “milagro económico”. Según esta ideología, el sistema educativo brasileño debería adaptarse al modelo económico de desarrollo, con la capacitación del personal a nivel técnico, para aumentar y abaratar los recursos humanos para trabajar. A ABEn, como órgano de representación de los intereses políticos e ideológicos de los profesionales de enfermería, dirigió los debates sobre las cuestiones de la formación de recursos humanos en esa area, siendo que en los años 70 más de la mitad del número de personal de enfermería estaba prácticamente sin formación específica. También debido a este hecho, hubo iniciativas del gobierno para tratar de revertir esta situación. A pesar de los problemas de la educación en enfermería que no están explícitos en el texto de la LDB N ° 5.692/71, los resultados de este estudio revelaron que la legislación estudiada tuvo desdoblamientos en las decisiones políticas en el ámbito de la enseñanza profesional y, por consiguiente impactó en la formación de enfermería.

**Palabras clave:** Historia de la Enfermería; Educación en Enfermería; Legislación de Enfermería.

## RESUMO

A garantia da memória histórica do ensino em nível profissionalizante em enfermagem, na década de 1970, foi o objeto dessa investigação. Teve como objetivos descrever e analisar o contexto sócio-político e as circunstâncias históricas em que a Lei nº 5.692, de 12 de agosto de 1971, das Diretrizes e Bases da Educação Nacional, foi promulgada, bem como discutir as mudanças e desdobramentos dessa no ensino profissionalizante em enfermagem. Trata-se de estudo descritivo, qualitativo, exploratório e de natureza histórico-social, com base em análise documental. Optou-se pela Micro-história para dar sustentação teórica à discussão dos resultados dessa investigação, pois a análise dos documentos históricos, sob o prisma de que, embora não seja possível enxergar a sociedade inteira a partir de um fragmento social, é possível enxergar algo da realidade social que envolve o fragmento humano examinado. A delimitação das fontes históricas do estudo compreende o Acervo do Arquivo Histórico da Associação Brasileira de Enfermagem - Seção São Paulo; o Acervo documental sobre a ABEn/SP, existente no Centro Histórico Cultural da Enfermagem Ibero-Americana da Escola de Enfermagem da USP e a Série Documenta do Ministério da Educação e Cultura. A partir dessa LDB nº 5.692/71, o ensino de Enfermagem foi totalmente integrado ao sistema nacional de Educação e sua promulgação ocorreu durante a Ditadura Militar e a ideologia do “milagre econômico”. De acordo com essa ideologia, o sistema educacional brasileiro deveria adequar-se ao modelo econômico desenvolvimentista, com treinamento de pessoal de nível técnico, visando aumentar e baratear os recursos humanos para o trabalho. A ABEn, como entidade representativa dos interesses políticos e ideológicos dos profissionais da

área, liderava os debates sobre as questões da formação dos recursos humanos na enfermagem, sendo que na década de 70 mais da metade do contingente de enfermagem era majoritariamente sem formação específica. Também por conta dessa realidade, houve iniciativas governamentais para tentar reverter essa situação. Apesar das questões do ensino da enfermagem não se encontrarem explicitadas no texto da LDB nº 5.692/71, os resultados deste trabalho revelaram que a legislação estudada teve desdobramentos nas decisões políticas no âmbito do ensino profissionalizante e, conseqüentemente, impactou sobre a formação dos profissionais de enfermagem.

**Palavras-chave:** História da Enfermagem; Educação em Enfermagem; Legislação de Enfermagem

## INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como foco a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional no 5.692, de 12 de agosto de 1971 e os possíveis desdobramentos dessa legislação na formação, em nível médio profissionalizante, em enfermagem.

Para os profissionais que lidam com o ensino nesta modalidade, por um longo período de tempo, não era clara a legislação que regulava a formação e o exercício profissional de nível médio em enfermagem, fato observado também por Aguilar e Dantas (1999) e Caverni (2005). Desta maneira, foi analisada a Lei no 5.692, de 12 de agosto de 1971, das Diretrizes e Bases da Educação Nacional, com enfoque nas modificações que trouxe para o ensino profissionalizante em enfermagem, e tem como objeto os impactos e desdobramentos dessa legislação na formação profissionalizante nas escolas de Enfermagem, bem como no pro-



cesso de desenvolvimento da enfermagem na sociedade brasileira.

Como afirmam Aguilar e Dantas (1999), a Legislação Educacional no Brasil prevê e estabelece normas e critérios que norteiam tanto a educação geral quanto a formação profissional. Segundo esses autores, a formação profissional na área de enfermagem, atualmente, é definida pelo sistema educacional, como de nível médio, (habilitações profissionais) ou ensino superior. A expectativa quanto ao ensino de nível médio em enfermagem, em seus primórdios, seria a formação em número suficiente para substituir a grande massa sem preparo formal para o trabalho que atuava em diversas partes do país.

A enfermagem brasileira, ao longo de sua história, teve um contingente significativo de mão de obra não qualificada, ou seja, sem preparo formal. As mudanças na qualidade do ensino e preparo educacional na assistência de enfermagem foram estruturadas a partir de 1930. A partir de 1940, a área da saúde teve grande destaque e crescimento devido à conquista pelos trabalhadores de direitos sociais dentro da sociedade industrial. Cada vez mais era necessária a capacitação de mão de obra qualificada para assumir os cuidados de uma assistência voltada ao modelo hospitalar.

Nesse contexto, era necessário um número maior de pessoal auxiliar, pois as enfermeiras eram convocadas a assumir as atividades administrativas, em um modelo de saúde individualizada e hospitalocêntrica (Aguilar, Dantas, 1999).

A primeira legislação que organizou o ensino de enfermagem em nível nacional (abrangendo o nível superior e médio) foi a Lei Federal no 775, de 06 de agosto de 1949. Apesar dos esforços para ser implantado no Brasil o modelo anglo-americano de enfermagem, através desta legislação foi oficializado o curso de auxiliar de enfermagem, criando uma categoria parcialmente habilitada para executar atividades de enfermagem. Esta foi, portanto, a legislação educacional vigente até 1961 (Santos et al., 2002).

A nova Constituição brasileira foi promulgada em 18 de setembro de 1946. O projeto da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional elaborado já era uma exigência da Constituição Federal de 1946, a qual determinava caber à União sua fixação. O anteprojeto da lei, de início, foi encaminhado à Câmara Federal, em 1948. Porém, entre emendas e engavetamentos e substitutos, só viria a se tornar lei em 1961 (Fausto, 1995).

A LDB no 4.024/61 previa uma descentralização burocrática do ensino, criando, entre outras coisas, um órgão colegiado denominado Conselho Federal de Educação (CFE), que estabelecia os currículos mínimos dos cursos de ensino superior e médio. O CFE publicava periodicamente a revista Documenta, onde eram registrados todos os pronunciamentos, pareceres e legislação geral complementar, para a administração da educação no nível federal. Amparado por essa prerrogativa, foi promulgado em 1961 o Decreto no 50.837, que regulamentou a Lei no 2.604, de 17 de se-

tembro de 1955, quase seis anos após sua promulgação, definindo todas as categorias que poderiam exercer legalmente a enfermagem (Monteiro, 2009; Oguisso, 2002).

O nível técnico de enfermagem surgiu na década de 1960 como uma proposta governamental em parceria com a entidade representativa da enfermagem, ABEn. As funções de supervisão de pequenas unidades e de cuidados de doentes graves que não eram atendidos satisfatoriamente nem por auxiliares, por falta de preparo, e nem por enfermeiros, devido a seu reduzido número, levou a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) a solicitar ao CFE, em 1965, a regulamentação do Curso Técnico de Enfermagem. (Lima, Apollinário, 2011; Oguisso, 1977).

Na década de 70, sabe-se que as entidades governamentais, preocupadas com o pessoal do setor de saúde, pois havia grande contingente inadequadamente despreparado, foram firmados diversos acordos entre o Brasil e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Desta maneira foram criadas e viabilizadas as estratégias que apoiariam o desenvolvimento de processos de qualificação profissional (Oguisso, 2002).

Até a promulgação da LDB no 5.692/71, a Enfermagem apresentava características próprias e não era vinculada ao sistema de ensino no país. A partir dessa legislação, o ensino de Enfermagem foi totalmente integrado ao Sistema de Ensino Nacional.

Assim, os objetivos da presente investigação foram descrever e analisar o contexto sócio-político e as circunstâncias históricas em que a Lei nº 5.692, de 12 de agosto de 1971, das Diretrizes e Bases da Educação Nacional, foi promulgada; bem como discutir mudanças e desdobramentos dessa legislação no ensino profissionalizante em enfermagem.

### REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, exploratório, de natureza histórico-social, com base em análise documental. A pesquisa documental qualitativa é feita a análise do conteúdo de um texto, em busca de significados, patentes ou ocultos, para interpretar a intencionalidade da construção do texto, valores e intenções do autor, além do contexto sociocultural do produtor da mensagem, que devem ser analisados como produto da sociedade que os fabricou, influenciados pelas forças ideológicas dominantes no poder, na época de sua construção (Chizzotti, 2010; Porto, Freitas, González, 2009).

Neste estudo foram utilizadas como fontes as Legislações de ensino; atas das reuniões da Associação Brasileira de Enfermagem seção São Paulo (ABEn/SP) que tinham relação com o objeto de pesquisa; Anais da Revista Brasileira de Enfermagem; acervo documental sobre a ABEn/SP localizado no Centro Histórico Cultural da Enfermagem Ibero-Americana da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CHCEIA/EEUSP); e a série Documenta do Ministério da Educação e Cultura (MEC). Optou-se pela técnica da micro-história para fundamentar a análise dos resultados dessa investigação, porque esta possibilita um olhar mais aprofundado sobre o objeto do estudo, contextualizando os impactos e desdobramentos possíveis da legislação estudada, analisando melhor os contextos sociopolíticos e econômicos da época. Assim, o referencial da micro-história é um suporte para discutir esses impactos da LDB no 5.692/71 para o ensino profissionalizante da enfermagem, tendo em vista uma política educacional como uma das metas da ABEn/SP. A Micro-história, como um desdobramento do pensar, amplia

o significado dos documentos, “rompe com a antiga ideia que dotava os textos e as obras de um sentido intrínseco, absoluto e único” (Chartier, 1990, p. 37).

Para Revel (1998), a micro-história se propõe enriquecer a análise social, tentando compreender como pequenos detalhes individuais dão acesso às lógicas de grupo. Desta maneira a definição da escala de análise é essencial para este método. Este autor ainda afirma que a escolha da escala particular de observação não consiste apenas em “(...) representar a realidade constante em tamanho maior ou menor, e sim transformar o conteúdo da representação (ou seja, a escolha daquilo que é representável)” (p. 20). Desta maneira, a variação de escala permite ao investigador passar de uma história para outra. Assim, levou-se em consideração, para a seleção de documentos selecionados para a análise, não somente os de relevância para a legislação desse estudo, mas os que nos permitem visualizar a lógica política do recorte histórico.

Em suma, optou-se pela Micro-história como ferramenta para dar sustentação teórica à discussão dos resultados dessa investigação, pois analisando os documentos históricos sob o prisma de que, embora não seja possível enxergar a sociedade inteira a partir de um fragmento social, é possível enxergar algo da realidade social que envolve o fragmento humano examinado.

Quanto aos locais de coleta de dados, cabe pontuar que a delimitação das fontes históricas do estudo compreende o Acervo do Arquivo Histórico da Associação Brasileira de Enfermagem - Seção São Paulo; o Acervo documental sobre a ABEn/SP, existente no Centro Histórico Cultural da Enfermagem Ibero-Americana da Escola de Enfermagem da USP e a Série Documenta do Ministério da Educação e Cultura.

## RESULTADOS

A primeira legislação que regulou o ensino em nível técnico no Brasil foi o Decreto nº 16.300 de 1923, que aprovou o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), com as normas de ensino da enfermagem na Escola anexa ao Hospital Geral de Assistência do DNSP, posteriormente chamada de Escola de Enfermagem Anna Nery.

A Lei nº 775, de 06 de agosto de 1949, que dispunha sobre o ensino de enfermagem no país, trouxe reconhecimento legal a estes cursos, determinando requisitos mínimos para sua organização e funcionamento. A duração era de dezoito meses e tinha como requisitos que os participantes deveriam possuir o curso primário concluído ou aprovação no exame de admissão do 1º ano ginásial ou aprovação no exame de habilitação que a escola determinasse. A idade mínima era de 16 anos para matrícula, com atestado de idoneidade moral, sanidade física e mental e de vacinação (Oguisso, 2002).

É importante observar que foram quase 13 anos para a consolidação do processo legislativo da primeira Lei de Diretrizes e Bases, de 1961, com início da sua discussão em 1948. Assim, a Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, estabelecia que o ensino médio seria ministrado em dois ciclos: o ginásial e o colegial, e abrangeria, entre outros, os cursos secundários, técnicos e de formação de professores. A regulação dos cursos de nível médio em enfermagem seria feita pelos Conselhos de Educação, nas esferas estaduais e federais, como disposto nesta mesma legislação, em seu parágrafo único, do art. 47: “Os cursos técnicos de nível médio não especificados nesta lei serão regulamentados nos diferentes sistemas de ensino” (Monteiro, 2009).

Através do Parecer nº 279/62 do CFE, de 11 de novembro de 1962, as Escolas de Au-

xiliares de Enfermagem foram classificadas como de nível médio, além de delegar para a esfera estadual a competência de sua criação e autorização. Neste mesmo parecer foi sugerida a criação das “Escolas médias de Enfermagem” com exigência do curso ginásial completo. Esta mesma indicação seria aprovada pelo CFE em 1964, estabelecendo normas básicas para a constituição do curso que foram concretizadas através dos Pareceres no 129/64 e no 89/64 (Brasil, 1974).

Através da Portaria Ministerial nº 106/65 estabeleceu-se o currículo mínimo do curso de auxiliar de enfermagem, levando em conta os pareceres do CFE acima citados. Desta maneira, houve a regulamentação do curso de auxiliar de enfermagem no Sistema Federal de Ensino e o mesmo foi fixado como curso ao nível de 2º ciclo, porém sem a exigência da 1ª e 2ª séries do nível ginásial como pré-requisitos. Algumas escolas poderiam se dedicar à formação específica do auxiliar de enfermagem, desde que o candidato tivesse o certificado de aprovação nas cinco disciplinas gerais. A duração do curso era de dois anos letivos, de 180 dias e a idade mínima para ingresso no curso seria de 16 anos (Santos, 1997).

Pelo Parecer nº 171/66, de 11 de março de 1966, do CFE, foi aprovado o primeiro Curso Técnico de Enfermagem no Sistema Federal a ser instalado na Escola de Enfermagem Anna Nery, com grade curricular expressa e pré-requisitos específicos (Brasil, 1974). Para o Estado de São Paulo, a Resolução nº 45/66, de 05 de dezembro de 1966, definiu o tempo de duração do curso de técnico de enfermagem, fixando-o em três anos, além de instituir as disciplinas obrigatórias<sup>9</sup> e as disciplinas específicas<sup>10</sup>. Os estágios eram obrigatórios a partir do segundo semestre, em todas as disciplinas específicas do currículo adotado (Mon-



teiro, 1979). Em 1968, foi definido no sistema de ensino do Estado de São Paulo o Curso de Aprendizagem de Enfermagem, que formaria os auxiliares de enfermagem, através da Resolução do CEE no 4/68. Nesta resolução eram estabelecidas a duração de duas séries anuais, com disciplinas do primeiro ciclo do ensino médio, disciplinas específicas do ensino técnico e práticas educativas. A idade mínima de 16 anos para o ingresso era condição para o curso, além do certificado de conclusão do curso primário. Nesta Resolução também eram fixadas as disciplinas obrigatórias e a obrigatoriedade dos estágios com um mínimo de 200 horas (Monteiro, 1979).

Em 10 de janeiro de 1970, foi emitido o Parecer no 75/70 da Câmara de ensino primário e médio, com título de “Normas para cursos de auxiliar de enfermagem”. Neste Parecer era exposta a situação da área de saúde naquela década de 70, com diferenças extremas entre regiões e distribuição de profissionais de enfermagem, cobrando medidas para o aprimoramento profissional e mostrando que o ensino de enfermagem estava muito longe de atender ao mínimo exigido pela população do país (Brasil, 1974).

O referido Parecer coloca, ainda, que a política do CFE quanto ao assunto era de estimu-

lar e dirigir o aprimoramento do curso auxiliar de enfermagem, mas que havia necessidade de medidas mais proativas para a solução desta situação. Desta maneira, era acrescentado o “curso intensivo” de auxiliar de enfermagem em regime experimental, com exigência de certificado de conclusão da 4ª série do ginasial para matrícula, com idade mínima de 18 anos. O curso teria período letivo único de 11 meses, com carga-horária mínima de 1.080 horas, em tempo integral e com a ministração exclusiva das disciplinas específicas (Brasil, 1974).

No Estado de São Paulo, foi a Deliberação CEE nº 07/70 que instituiu o curso, nos moldes do Parecer acima citado, com a condição do mesmo ser aberto junto aos estabelecimentos mantenedores de cursos de Enfermagem. No teor desta deliberação ainda é colocada como condição para abertura de novas classes de cursos intensivos após 1973 a aprovação pelo CEE (Monteiro, 1979).

A LDB no 5.692/71 reformulou o ensino de 1º e 2º graus causando a profissionalização universal e compulsória do ensino secundário. De acordo com esta legislação o currículo pleno deveria conter uma parte de educação geral e outra de formação especial, focada em aquisição de aptidões e conhecimentos para o trabalho. Esta legislação fixa o objetivo geral da educação de 1º e 2º graus um propósito: “proporcionar ao educando a formação necessária ao desenvolvimento de suas potencialidades como elemento de autorrealização, qualificação para o trabalho e preparo para o exercício consciente da cidadania.” Portanto, no que concerne à escola, prover conteúdo e métodos que possibilitem, além da cultura geral básica, uma real educação para o trabalho e, de outro lado, formas de relacionamento humano em seus aspectos autoritários e inibitórios (Oguisso, 2002; Romanelli, 1995).

O CFE era incumbido de fixar as matérias do núcleo comum para cada nível limitando-se, no entanto, à definição dos seus objetivos e à sua amplitude. Os CEEs ficariam responsáveis de relacionar as disciplinas que comporiam a parte diversificada dos currículos. Desta maneira, com o Parecer do CFE no 853/71 e a Resolução no 08/71, fixou-se o núcleo comum para todos os níveis no território nacional. Este mesmo Conselho fixou um mínimo a ser exigido na parte diversificada em cada habilitação profissional de 2º grau, através do Parecer no 45/72 (Romanelli, 1995).

Apesar das legislações acima aprovadas, em 1976 foi aprovado Parecer no 3.814/76 do CFE sobre as habilitações profissionais na área da saúde, estabelecendo inclusive modelo de currículos mínimos, que deu origem às Resoluções nos 07/77 e 08/77. Através da Resolução do CFE no 07/77, de 18 de abril de 1977, manteve-se o mínimo de matérias para a formação especial que havia sido ditado no Parecer no 3.814/76, além de fixar um mínimo de 2.760 horas para habilitação de técnico em enfermagem (com 1.100 horas reservadas à parte de educação geral e 1.660 horas à parte de formação especial, destas sendo 600 horas para estágio) (Brasil, 1974).

A resolução no 08/77 permitia a formação do auxiliar de enfermagem a título transitório e emergencial ao nível de 1º grau, tanto no ensino regular quanto supletivo. Para o Estado de São Paulo a regulação das normas para a formação do técnico e auxiliar de enfermagem se deu com o Parecer do CEE no 25/77, onde era estabelecida a habilitação de técnico de enfermagem com duração mínima de 2.900 horas (1.200 horas reservadas à educação geral e 1.700 horas para a parte de formação especial, das quais pelo menos 800 horas eram destinadas a estágios) e a habilitação parcial



de auxiliar de enfermagem com duração mínima de 2.200 horas (1.090 horas reservadas à educação geral e 1.110 horas para a parte de formação especial, das quais pelos menos 600 horas destinadas a estágios). Para os cursos supletivos eram ministradas as cargas-horárias da formação especial (Monteiro, 2009; Brasil, 1974; Oguisso, 2002).

Através da Lei no 7.044, de 18 de outubro de 1982, que alterava os dispositivos da LDB nº 5.692/71 referentes à profissionalização do ensino de 2º grau, tornava-se facultativa a profissionalização nesta modalidade de ensino. Portanto, nesta legislação é uma opção do estabelecimento de ensino a formação profissionalizante, direcionada para o trabalho. Assim, para o ensino em enfermagem de 2º grau, não houve mudanças; mas marca o fim do período histórico em que a o foco do ensino em nível nacional era a formação profissional (Santos, 1997).

Na coleta de dados junto à ABEn/SP foi localizado o documento intitulado “Padrões de Atribuições do Pessoal de Enfermagem”, datado de 16 de julho de 1972, e emitido pelo Departamento de Recursos Humanos para a Saúde (DRHUS). O documento mencionado explicitava que aquele Departamento, criado em 1970, no âmbito do Instituto Presidente

Castello Branco como órgão da Fundação Instituto Oswaldo Cruz, do Ministério da Saúde, tinha a preocupação de definir estruturas ocupacionais, em diferentes áreas da saúde, e se propunha a estabelecer perfis das atribuições inerentes a cada nível funcional de ocupações e profissões. Neste documento, ainda, são descritos os padrões de atribuições e exemplos de tarefas típicas dos enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, visitadora sanitária e atendente de enfermagem.

Através deste documento, podemos observar certa preocupação governamental em reforçar as diferenças entre os diversos níveis de enfermagem, e de fazer o mesmo com outras profissões que possuíam níveis auxiliares, como a Nutrição, Odontologia, entre outras. O documento referido foi elaborado por enfermeiras do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação e Cultura (MEC), do INAMPS, da Secretaria de Saúde do Estado da Guanabara e da ABEn - Seção Guanabara.

Quanto ao contexto político da época, o pensamento dos governantes e sociedade em geral para com a enfermagem na década de 60 era o aumento no quantitativo do pessoal de enfermagem, para atuar no crescente número de hospitais que surgiam. Nesta década eram vividos os anos de Guerra Fria, num mundo bipolar dividido entre as potências Estados Unidos e União Soviética. O presidente Jânio da Silva Quadros assumiu o governo do país em 1961, iniciando vínculos comerciais e diplomáticos cada vez mais extensos com a União Soviética, desagradando os americanos e setores políticos brasileiros. Em agosto de 1961, o presidente renunciou ao cargo, como manobra política, que não comoveu a população. Assumiu a Presidência do Brasil o vice-presidente, João Goulart, apesar da pressão dos militares para novas eleições (Ghiraldelli, 1991).

Durante o governo de João Goulart, de 1961 a 1964, os Estados Unidos passaram a desconfiar das supostas aproximações de alguns segmentos sociais brasileiros de ideais comunistas. Dado o anúncio de uma política de reforma agrária, além do temor dos americanos e de uma parcela da elite mais conservadora da sociedade brasileira (como os militares e empresários), via-se o risco do controle das multinacionais pelo governo e de uma política de proteção à classe operária. Desta maneira, houve o golpe militar em 01 de abril de 1964 orquestrado pela burguesia dominante e executado pelos militares (Ghiraldelli, 1991; Fausto, 1995; Romanelli, 1995).

Na esfera econômica, a industrialização brasileira seguiu um modelo concentrador de renda, que se deu a partir de um processo de modernização introduzido pela modificação dos padrões de consumo de uma camada restrita da população. O Estado era obrigado a se posicionar favorável à sustentação de uma camada social com poder aquisitivo para consumo (classes altas e médias), enquanto a classe trabalhadora convivia com o arrocho salarial, mantendo o país com mão de obra barata (Romanelli, 1995). Desta maneira o desenvolvimento do Brasil dependeu de uma série de condições políticas e sociais para que a economia se expandisse da maneira planejada. Portanto foi necessário um reforço do poder executivo, aumentando o controle feito pelo Conselho de Segurança Nacional (CSN), a centralização da administração pública, coibindo quaisquer manifestos ou protestos em nível nacional. Nessa perspectiva, ainda, cabe pontuar que a compartimentalização da produção e do trabalho, em qualquer âmbito, eliminou ou diminuiu os “perigos” da integração social dos trabalhadores e visão crítica do conjunto do sistema produtivo (Romanelli, 1995).

No final da década de 60 o Brasil vivia o auge da ditadura, em meio ao decreto do Ato Institucional nº 5 (AI-5). Viviam-se os anos dourados do “milagre econômico”, com interesse de aumentar Produto Interno Bruto (PIB) para dividi-lo, o que de fato nunca ocorreu. O mesmo milagre que significaria um endividamento brasileiro com o Fundo Monetário Internacional (FMI) em 10 anos. Nos 21 anos de governo ditatorial houve aumento importante das desigualdades sociais (Ghiraldelli, 1991; Fausto, 1995).

A ditadura militar durou 21 anos, com início em 1964 e término em 1985. Neste período a repressão, privatização do ensino, exclusão de boa parcela das classes populares do ensino elementar de boa qualidade, institucionalização do ensino profissionalizante, tecnicismo pedagógico e desmobilização do magistério através da abundante e confusa legislação educacional foram os legados da ditadura na área da educação (Ghiraldelli, 1991).

Para garantir apoio da sociedade em geral no período pós-golpe, era necessário que além da força militar houvesse base ideológica nesta “revolução”, para evitar um levante popular maciço. Para tal, além dos partidos oficiais foram criados os “Partidos ideológicos” que eram responsáveis pelo combate às organizações populares com visões opostas. Estes eram grupos conservadores que, no início da década de 60, conquistaram a direção intelectual e moral da sociedade, como o Instituto de Pesquisa e Estudos Sociais (IPES) e o Instituto Brasileiro de Ação Democrática (IBAD). Estas organizações eram responsáveis por cursos, boletins informativos mensais, filmes e programas de TV, incentivando a ideologia do “desenvolvimento com segurança” (Ghiraldelli, 1991).

No início da década de 60, o IPES já organizava fóruns sobre educação, formulando

projetos de política educacional, sob a supervisão da Agency for International Development (AID). Em 1968, tornou-se imperativa sua volta pelo aumento de forças políticas da oposição (dissidentes da própria ditadura, movimento estudantil e membros do partido comunista), sendo então organizado um fórum onde publicamente foram expostos os planos governamentais. A política educacional do país ficou exposta às determinações dos técnicos americanos da AID, através dos doze acordos MEC-USAID (Ghiraldelli, 1991).

Em linhas gerais, as diretrizes pregavam a necessidade da escola atrelada ao mercado de trabalho e o ensino universitário reservado às elites. A profissionalização da escola média conteria as aspirações ao ensino superior. Este era mais um passo para alinhar o sistema educacional à ideologia econômica e política vigente. Era um passo também para uma reorganização legislativa da educação, que precisava ser coerente com os acordos firmados (Alves, 1968).

O sistema educacional deveria ser adequado ao modelo econômico desenvolvimentista, desta maneira a estratégia utilizada foi a do treinamento do pessoal docente e técnico, com aumento de recursos materiais e a reorganização do currículo, com vistas ao treinamento, no nível desejado para preencher as categorias ocupacionais das empresas em expansão, adequando assim a educação às necessidades do desenvolvimento. Portanto, se delineava um cenário em que a demanda por profissionais de nível médio crescia em ritmo mais alto que a oferta (Romanelli, 1995).

As condições de vida da população na época continuavam a piorar, pelo aumento das desigualdades e diminuição dos investimentos nas políticas sociais. O milagre econômico entra em falência em 1974, culminando com

a crise do petróleo. O aumento da inflação e da dívida externa, a dependência do FMI e a diminuição do PIB foram o cenário do final da década de 70. O aumento do desemprego e dos impostos, e a desvalorização dos salários levaram a um cenário onde a maioria da população estava empobrecida pela desigualdade na distribuição de renda (Ghiraldelli, 1991; Kletemberg et al, 2011).

Na saúde brasileira, o enfoque curativo predominava, e estimulou a expansão da produção e consumo no complexo médico-industrial. As inovações tecnológicas na área da saúde demandaram o surgimento de novos perfis profissionais em duas áreas opostas: o profissional altamente especializado para o setor hospitalar e os profissionais de saúde coletiva para os novos programas governamentais de saúde pública. As décadas de 1970 e 1980 caracterizaram-se pelas lutas da enfermagem como categoria, cujos esforços culminaram com a Lei no 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamentou a prescrição e a consulta de enfermagem como atribuições do enfermeiro e a definição de atribuições para cada membro da equipe de enfermagem, além do prazo de dez anos para profissionalização dos atendentes de enfermagem (Kletemberg et al, 2011, Geovanini et al, 2002).

No final dos anos 1970, as Políticas Públicas privilegiavam a prática médica curativa, individual e especializada em detrimento das ações de caráter preventivo e de interesse coletivo. O Estado mediava o incremento do complexo médico-industrial privado que objetivava lucro. Em contraponto, as endemias assolavam o país no período de 1960 a 1989. A maior parcela das necessidades de saúde da população poderia ser atendida com atenção primária no domicílio, em consultórios e em postos de saúde: vacinas, clínica médica, pe-

diatria e ginecologia, educação em saúde, água potável, alimentação, dentre outros (Kletemberg et al, 2011).

Na mesma época, os sistemas de saúde de países pobres e ricos são atingidos pela crise econômico-social global, submetidos às políticas econômicas de ajuste estrutural, sofrendo graves implicações sociais. Portanto, a crise da saúde no Brasil estava inserida em um fenômeno mundial (Kletemberg et al, 2011).

O Brasil e outros países elaboraram modelos alternativos para seus sistemas de saúde, com diferentes orientações, buscando a racionalização em saúde. Sendo assim, em 1980, o Ministério da Saúde organizou VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), com a participação restrita de dirigentes da saúde pública, mas graças a fortes manifestações populares e de lutas sociais em prol da saúde, foi-se consolidando a mentalidade de saúde como um bem e não como mercadoria, o que se confirmou, posteriormente, com a criação do Sistema Único de Saúde (Kletemberg et al, 2011, Geovanini et al, 2002)

Houve estímulo à criação de Escolas de Enfermagem, (não só de graduação, mas também no ensino técnico profissionalizante) constituindo um fato perceptível nesse contexto, devido à escassez de mão de obra no mercado de trabalho. Com isso, buscou-se desenvolver as tecnologias na área hospitalar, e ampliar a porcentagem da força de trabalho especializada. O contingente de atendentes de enfermagem acompanhou essa expansão, dado o custo menor de sua força de trabalho. Somente em 1986, com a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, definiram-se as atribuições das categorias que constituíam a enfermagem, estando os atendentes de enfermagem excluídos como categoria profissional. (Kletemberg et al, 2011, Geovanini et al, 2002)



Esse complexo contexto político e econômico da história da sociedade brasileira é de extrema relevância para se compreender os meandros dos interesses que perpassam não só as questões de saúde, mas também as questões do ensino nessa área, envolvendo a formação de profissionais em diversos níveis. Dessa forma, não se pode negligenciar que tal contexto insere-se em uma conjectura política autoritária, nascedouro de uma segunda LDB, a qual influenciou, certamente, o cenário da formação dos profissionais de enfermagem em todos os níveis. Obviamente que as entidades representativas da enfermagem encontravam-se inseridas, politicamente, nesse contexto e daí a importância de se desvelar como e com que armas lidaram com as questões atinentes à formação dos profissionais.

A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) é uma organização civil de direito privado sem fins lucrativos, reconhecida de utilidade pública. Em 26 de abril de 1945 foi fundada a Seção São Paulo, que teve como primeira presidente a Enfa Edith de Magalhães Fraenkel, Docente da Escola de Enfermagem da Universidade da São Paulo (EEUSP). Em 1969, após o 1º Encontro de diretoras, professoras e interessados na formação do auxiliar de

enfermagem, foi discutida a necessidade de um local para que a formação destes profissionais fosse discutida. Em 1970, foi criado o grupo regional de trabalho integrado sobre o auxiliar de enfermagem, nomeado como “Subcomissão de Educação da ABEn/SP” (pois trabalharia sob a orientação da Comissão de Educação da ABEn/SP), que tinha como finalidade “(...) estudar problemas, situações, propor soluções, dar consultas sobre a formação dos auxiliares de enfermagem.” (Carvalho, 2008).

Os membros desta subcomissão eram as diretoras das Escolas de Auxiliares de Enfermagem do estado de São Paulo ou as assessoras. Através destas atas podemos ver a preocupação da ABEn/SP em assuntos relacionados aos auxiliares de enfermagem, especialmente quanto ao levantamento das escolas, padrão curricular (com ênfase sobre os estágios exigidos), estrutura administrativa e os recursos. Desta maneira, na ata da criação da subcomissão, já era citada como uma das primeiras atividades, que ocorreu no XXII Congresso Brasileiro de Enfermagem (de 20 a 25 de julho de 1971, em Manaus), que fosse solicitado à presidente Enfa Amália Corrêa de Carvalho uma reunião de diretoras de cursos auxiliares de enfermagem, tendo como uma das finalidades assistir a exposição sobre o projeto no 287/6.302 deu origem ao Parecer no 75/70 que tratava do curso intensivo de auxiliar de enfermagem. O curso intensivo de auxiliar de enfermagem era de especial interesse da ABEn pois ia de encontro à política da Instituição que acreditava na profissionalização da equipe de enfermagem, que nesta época constituía-se majoritariamente de pessoas sem preparo formal. Carvalho (2008) cita que “A inovação parece ter sido bem aceita pelos enfermeiros educadores, convencidos da comprovada necessidade de formação de pessoal de enfermagem a curto prazo.”(p. 197). As atas revelam

que o assunto do curso intensivo de auxiliar de enfermagem era amplamente discutido, e que, no Estado de São Paulo, o mesmo foi bem assimilado pelo sistema de ensino.

Em um ofício, com o número 09/73, enviado pela Comissão de Educação da ABEn/SP para a Enfa Maria Rosa Sousa Pinheiro Neste documento, de valor histórico para a profissão da enfermagem, podemos observar o convite da Comissão de Educação da ABEn/SP, na figura da enfermeira Yolanda Lindemberg Lima, para o “I Seminário Estadual sobre curso supletivo de qualificação profissional do auxiliar de enfermagem em regime intensivo”, que foi realizado de 10 a 15 de junho de 1971. Através do documento referido fez-se menção ao convite enviado à Enfermeira (Enf<sup>fa</sup>) Maria Rosa Sousa Pinheiro, Diretora da EEUSP, solicitando a presença da Enfa Moema G. Barbato neste evento.

Através deste ofício pode-se observar a relevância da LDB no 5.692/71 para a formação do nível médio em enfermagem. O documento acima denota a preocupação em realizar discussão do assunto com os profissionais da época, com participação de autoridades como o Secretário da Saúde e participantes da Coordenação Nacional do Programa Intensivo de Preparação de Mão de Obra (PIPMO) – Área da Saúde.

Portanto, percebe-se que essa discussão sobre a formação no curso intensivo de Auxiliar de Enfermagem, segundo as normativas da segunda LDB, de 1971, interessava à sociedade como um todo, invocando colocações e disputas sociais não só dentro da categoria da enfermagem, trazendo para o debate autoridades públicas de destaque.

Na IV Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1967, que teve como tema principal “Recursos Humanos para as Atividades de Saúde”, a formação de pessoal de nível téc-

nico foi um dos temas que integrou a agenda. Naquela oportunidade foram ressaltadas a responsabilidade do Ministério da Saúde na formação dos profissionais de Saúde e do pessoal de nível médio e auxiliar. As entidades governamentais preocupadas com o pessoal despreparado do setor de Saúde, firmaram, na década de 70, o Acordo para desenvolvimento de Recursos Humanos entre o Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), no qual foram criadas as estratégias que apoiavam o desenvolvimento de processos de qualificação profissional. O Programa de Preparação Estratégica para Pessoal de Saúde (PPREPS), foi criado com a finalidade de realizar intervenções em momentos históricos do setor de saúde no país no âmbito da educação (Silva, 2002; Costa, 2003; Klettemberg et al, 2011).

Assim, o PPREPS testava estratégias e modelos que geravam qualificação profissional garantindo o acesso da população a serviços de Saúde livre de riscos e a cidadania de um contingente de trabalhadores excluídos do sistema educacional. Este iniciou suas atividades em 1976, visando a melhoria da qualidade da formação de pessoal de Saúde, levando em conta as necessidades e possibilidades dos serviços, através da progressiva integração de capacitação na realidade do Sistema de Saúde (Silva, 2002; Costa, 2003).

No documento “Metas para o novo decênio da saúde”, emitido 10 de outubro de 1974, podemos ver reafirmada a necessidade de aumentar a produção de recursos humanos em enfermagem, sobretudo da equipe “que se ocupa do cuidado direto às pessoas”, que seria a equipe de nível médio em enfermagem. Este documento é uma resolução, da 11ª reunião plenária, do XIX Conferência Sanitária Pan-americana.

Este documento corrobora com a necessidade do aumento de pessoal de enfermagem, especialmente em cargos de assistência direta ao paciente, que seria exatamente o pessoal de nível médio de enfermagem, foco deste estudo.

O Programa de Formação em Larga Escala de pessoal de Nível Médio e Elementar para os serviços básicos de saúde (PLE), não só configurou como uma política pública, mas também como estratégia de formação, experiência pedagógica, movimento ou ideia visando qualificar uma força de trabalho empregada no setor saúde, propondo a democratização do sistema de saúde, bem como mudanças na prática profissional dos trabalhadores deste setor. O PLE surgiu em 1981, fruto do processo de reformulação dos serviços de saúde que visavam a extensão de cobertura. (Bassinello, Bag-natto, 2009).

Foram localizados, junto à ABEn/SP, documento da Secretaria do Estado de Saúde, de São Paulo, que mencionam o referido PLE, descrevendo as características do projeto.

Em maio de 1950 era formada a primeira Associação de auxiliares de enfermagem, sob o nome de Associação Nacional de Auxiliares de Enfermagem (ANAE), com sede no Rio de Janeiro. A palavra Associação foi logo depois modificada para União, formando a sigla utilizada UNAE. A UNAE e a ABEn mantinham contato, sendo que em determinada ocasião foi proposto que os auxiliares pudessem se associar à ABEn, fato que nunca ocorreu devido ao Estatuto da entidade (Carvalho, 2008).

Através da série Documenta foram achados três pareceres de reivindicações da UNAE junto ao CFE, no 26/71, no 169/71 e no 778/72. Os três se relacionam ao mesmo assunto, que seria o curso intensivo de auxiliares de enfermagem. A UNAE se posicionava contra a criação dos cursos intensivos de auxiliares de

enfermagem, reivindicando que a carga-horária era insuficiente e que os alunos tinham uma carga-horária semanal muito elevada, levando-se em consideração o curso normal. Quanto ao primeiro ponto, o curso intensivo de auxiliar de enfermagem tem a mesma carga-horária dos cursos normais, porém sem a parte das disciplinas obrigatórias, apresentando o certificado de conclusão do ciclo ginasial. Portanto, este ponto não era realmente um ponto de discussão. Sobre a distribuição de carga-horária semanal, o curso deveria ser dado em onze meses, à escolha das escolas a distribuição de carga-horária diária. Era contra-argumentado que o público alvo dos cursos intensivos seriam pessoas já engajadas no mercado de trabalho e com pouco tempo disponível para realização do curso. Outro ponto discutido pelo CFE, era a grande necessidade de que fosse formado pessoal de enfermagem qualificado, em um cenário da década de 70, com cuidado prestado por pessoas sem qualificação.

### DISCUSSÃO

Após a análise de cada documento, tanto interna como externamente, passou-se à exploração documental, indagando-se sobre o contexto da formação documental: quem teria elaborado cada documento e o cenário político da sua construção. Assim, a seleção do corpus documental do presente estudo exigiu análises e comparações entre legislações que antecederam ou que sucederam à LDB no 5.692/71, objeto dessa investigação.

Na presente investigação, na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 5.692, de 12 de agosto de 1971, houve o interesse de se discutir a formação profissionalizante nas escolas de enfermagem em nível médio, bem como o contexto da sociedade brasileira da

época, bem como circunstâncias e vicissitudes históricas, da criação dessa legislação, além das aquisições e desdobramentos nesse importante nível da formação em enfermagem.

A LDB no 5.692/71 demorou somente um ano para ser promulgada. Muito diferente foi a situação da LDB anterior, no 4.024/61, que foi promulgada somente treze anos após o início da discussão do projeto. Isso é compreensível se contextualizamos a LDB de 1971 no entorno da Ditadura Militar, pois de acordo com Ghiraldelli (1991), esta LDB de 1971 implementou a profissionalização para o ensino secundário. Em junho de 1970, iniciada a discussão sobre o projeto de lei que originaria a LDB de 71, teve como cenário político o AI-5 (mecanismo político de repressão) e a ideologia do “milagre econômico”, segundo a qual o crescimento econômico do país resultaria em benefícios para a coletividade social, o que de fato não aconteceu, pois a ditadura militar brasileira (como todas as ditaduras latino-americanas) propugnava pela concentração de renda, da defesa do interesse do capital e da propriedade privada.

A ideia da promulgação da LDB de 71, bem mais rapidamente do que a anterior, justificava-se, desse modo, pelo fato da repressão às lutas sociais que tentavam forjar uma oposição ao governo militar da época. Nessa direção, ainda, o papel escolar era atrelado ao mercado de trabalho e o ensino universitário reservado às elites. A profissionalização da escola média conteria as aspirações ao ensino superior, sendo este mais um passo para alinhar o sistema educacional à ideologia econômica e política vigente. Era um passo também para uma reorganização legislativa da educação, que precisava ser coerente com os acordos firmados. Kletemberg et al (2011) também afirma que os documentos que definiram a política educa-

cional brasileira tinham suas vigas mestras nos acordos MEC-USAID, que influenciaram em todas as áreas da educação brasileira.

Percebemos nítido alinhamento do sistema educacional aos propósitos internacionais, especialmente americanos. Assim, a reorganização do currículo para a formação profissional tinha em vista esse propósito de treinamento no nível desejado para ampliar as categorias ocupacionais das empresas em expansão, adequando-se a educação às necessidades do desenvolvimento, favorecendo o capital estrangeiro (Romanelli, 1995).

Ainda segundo este autor, naquele cenário sócio-econômico da década de 70, havia um descompasso entre a demanda por profissionais de nível médio e a oferta desse tipo de agente. A política governamental, que ao mesmo tempo incentivava a profissionalização por intermédio da formação de mão de obra em nível profissionalizante, foi influenciada pela ideia da formação de mão de obra mais barata para as empresas como incentivo, mormente naquele contexto do chamado “milagre econômico”. Ou seja, visava-se a formação mais rápida de mão de obra, em grande escala, e que não representasse um ônus econômico maior para as ditas empresas, a fim de atraí-las.

Como revelam os resultados, referentes ao contexto da enfermagem no início da década de 1970, 70% do pessoal de enfermagem contratado nos serviços de saúde não tinha formação. (Oguisso, 2002) Desta maneira, ao longo desta década houveram várias tentativas de profissionalizar o pessoal de enfermagem. Uma destas tentativas foi o Programa de Formação em Larga Escala de pessoal de Nível Médio e Elementar para os serviços básicos de saúde (PLE). Este, não só se consolidou como uma política pública, mas também uma estratégia de formação, visando qualificar a força

de trabalho empregada no setor saúde (Bassinello, Bagnatto, 2009).

As condições para a realização do referido projeto seriam o não afastamento do trabalhador de seu ambiente de trabalho. Essa política era compreensível, pois se a mão de obra era escassa, essa deveria ser explorada duplamente, sendo exigida maior qualificação por um lado, além de assegurar continuidade do trabalho por outro. A LDB nº 5.692/71 e a Resolução do CEE no 23/83 ampararam este projeto, em consonância com o pensamento de Gryshek et al (2002), alinhado às diretrizes da OPAS para o ensino em nível médio em enfermagem.

As diretrizes mencionadas foram firmadas por entidades governamentais, como o Ministério da Saúde, cujo interesse era o desenvolvimento do pessoal do setor de Saúde. Para superar a inadequação do preparo do pessoal de nível médio em enfermagem, firmou-se o Acordo para desenvolvimento de Recursos Humanos entre o Brasil e a OPAS, no qual foram propostas estratégias que apoiavam o processo de qualificação profissional. Neste âmbito instituiu-se o Programa de Preparação Estratégica para Pessoal de Saúde (PPREPS), que corroborava a qualificação da mão de obra em nível médio de enfermagem (Silva et al, 2002; Costa, 2003).

Ainda no bojo destas políticas de qualificação de mão de obra em enfermagem, o documento “Metas para o novo decênio da saúde”, datado de 10 de outubro de 1974, reafirmou a necessidade de aumentar a produção de recursos humanos, sobretudo da equipe “que se ocupa do cuidado direto às pessoas”, que seria a equipe de nível médio em enfermagem.

Os projetos supracitados (tanto o PREPPS quanto o PLE) reforçavam a necessidade da qualificação de mão de obra, já que o contin-

gente de enfermagem na década de 1970 era majoritariamente sem formação específica, pois havia uma discussão no bojo da sociedade sobre o direito a uma assistência de enfermagem que proporcionasse benefícios à população e a isenção de riscos (Oguiso, 2002).

A participação da ABEn nas questões políticas da formação dos profissionais de nível médio em enfermagem é histórica. Esta entidade foi e continua sendo pioneira nas propostas educativas de formação de pessoal de enfermagem.

Se na década de 60 a assistência médica individualizada prestada pela previdência, direta ou indiretamente, passava, evidentemente, por um momento de grande expansão, nas décadas seguintes não foi diferente, exigindo da área da enfermagem maior participação nesse “jogo histórico-social”. Fato este que “exigia da enfermagem maior participação frente a questões de saúde, quando, então, surgiu a necessidade de maior disciplinamento do trabalho” (Monteiro, 2009, p. 96). Nesse sentido, a ABEn, como entidade representativa dos interesses políticos e ideológicos dos profissionais da área, avocou para si sua responsabilidade histórica, no sentido de continuar participando do debate sobre as questões da formação dos recursos humanos na enfermagem.

Os resultados obtidos e apresentados anteriormente denotam o especial interesse da ABEn na formação de nível médio em enfermagem, pois quando analisadas as Atas da Subcomissão de Educação da ABEn/SP, evidenciaram-se lutas dos membros desta entidade para que fossem discutidos os termos do curso intensivo de auxiliares de enfermagem. Como ditos nos resultado este curso propunha a redução de 18 meses para 11 meses, sendo ministrado o conteúdo de formação profissional, como já citado anteriormente (Carvalho, 2008).



A LDB no 5.692/71 foi a legislação que baseou o ensino no país por quase três décadas, até a promulgação da LDB atual ou vigente. A LDB de 1971 trouxe ao sistema de ensino nacional como principal característica a profissionalização universal. O currículo seria regulado em instância regional pelo CEE, e teria como normas nacionais o que estivesse regulamentado pelo CFE.

No tocante à discussão da educação de nível profissionalizante em enfermagem, na ABEn/SP, particularmente, se constituiu um grupo para discutir estas questões, a partir de 1994, chamado GIEMEn. No regimento deste discutiam-se suas finalidades destacando-se o intercâmbio entre instituições formadoras de profissionais de enfermagem em nível médio. Para tanto este grupo propunha a realização de fóruns de discussões permanentes do ensino neste nível (Caverni, Sanna, 2002, p.263).

Em síntese, os desdobramentos e impactos da LDB nº 5.692/71 revelam a forte participação política dos profissionais da enfermagem, guiados pelas normativas da ABEn, no campo da educação profissionalizante em enfermagem. Esta participação não se dá somente pelo discurso dos enfermeiros por intermédio da “voz autorizada” da ABEn, mas também, de

outros coletivos como GIEMEn e União Nacional dos Auxiliares de Enfermagem (UNAE), cujo escopo maior era congregar as discussões sobre a formação e o exercício de auxiliares de enfermagem.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Confrontando-se com a LDB nº 5.692/71 as legislações de ensino antecedentes, percebem-se nuances e diferenças relativas ao objetivo geral desta última que consistia em proporcionar ao educando a formação necessária ao desenvolvimento de suas potencialidades como elemento de auto-realização, qualificação para o trabalho e preparo para o exercício consciente da cidadania.

Como fora discutido antes, questiona-se esta proposição da formação para o “exercício consciente da cidadania”, pois o cenário político da década de 70 era de um estado de repressão política, o que certamente refletia na prática do ensino em todos os níveis, inclusive no profissionalizante.

No que diz respeito ao desenvolvimento da profissão como um todo, tanto a LDB nº 4.024/61, quanto a LDB nº 5.692/71, contribuíram, sim, para as discussões sobre o currículo mínimo de nível médio em enfermagem. Estas legislações diretivas da educação nacional, certamente, foram importantes para a regulamentação do ensino.

A LDB no 5.692/71, portanto, é um documento que nos informa quem eram os sujeitos que detinham a legitimação para produzi-la, representando um dos jogos de forças presentes nas relações sociais. Esta LDB corrobora o sistema político da época, cuja ideologia mascarava interesses econômicos e ideológicos ditatoriais.

O sentido dos estudos das legislações do ensino nacional, mormente da LDB nº

5.692/71, solidifica mais e mais a enfermagem como uma das profissões mais necessárias socialmente, seja pelas necessidades sociais em saúde crescentes naquela época, seja no contexto atual. A enfermagem continua contribuindo para as estratégias de melhoria da saúde da pessoa humana e da coletividade.

Apesar das questões do ensino da enfermagem não se encontrarem explicitadas no texto da LDB nº 5.692/71, os resultados deste trabalho revelaram que ela influenciou outras legislações sobre o ensino profissionalizante desta área, e, conseqüentemente, a formação dos profissionais.

### REFERÊNCIAS

- Alves, M.A. (1968) Beabá dos MEC-USAID Ed Gernasa Rio de Janeiro.
- Bassinello G.A.H., Bagnato M.H.S. (2009) Os primórdios do Projeto Larga Escala: é tempo de rememorar. Rev. Bras. Enf. 62(4): 620-626
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação serviço de Saúde Pública (1974). Enfermagem: Legislação e assuntos correlatos. . 3ª Ed. Vol I, II e III, Rio de Janeiro.
- Carvalho A.C.D. (2008) Associação Brasileira de Enfermagem – 1926/1976: Documentário: 2ª Ed., Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem.
- Caverni L.M.R. (2005) Curso Técnico de Enfermagem: uma trajetória histórica e legal – 1948 a 1973. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP.
- Chartier R. (1990) A história cultural. Entre práticas e representações. Trad. Galhado MM. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Chizzotti A. (2010) Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais. 3ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes.
- Costa M.F.B.N.A.C. (2003) A inserção do técnico de Enfermagem no mercado de trabalho da Baixada santista: fatores dificultadores e facilitadores. Dissertação. São Paulo.
- Dantas R.A.S.; Aguilar, O.M. (1999) O ensino médio e o exercício profissional no contexto da Enfermagem Bra-

- sileira. Rev. Latino-am. Enf. 7(2):25-32.
- Fausto B. (1995) História do Brasil. São Paulo: Ed da Universidade de São Paulo.
  - Ghiraldelli P.J. (1991) História da Educação. São Paulo: Ed Cortez.
  - Kletemberg D.F., Vieira M., Bertoncini J.H., Padilha M.I., Borenstein M.S. (2011) O Fascínio da ciência na área de saúde 1960-1990. In: Enfermagem: História de uma profissão. Padilha M.I, Borenstein M.S., Santos I (Orgs). Difusão editora. São Caetano do Sul.
  - Lima E.C., Appolinário R.S. (2011) A educação profissionalizante em enfermagem no Brasil: desafios e perspectivas. Rev. Enferm. Universidade do Estado do Rio de Janeiro 19(2):311-6
  - Monteiro M.B.L. (1979) Secretaria de Educação do Estado de São Paulo, Coordenadoria de Estudos e Normas Pedagógicas. Estrutura e funcionamento dos cursos supletivos de qualificação profissional na área de enfermagem.
  - Monteiro, B.A. (2010) Diretrizes e Bases da Educação Nacional e escolas de enfermagem da década de 1960: uma visão histórica. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São paulo
  - Oguisso T. (1977) Considerações sobre a legislação do ensino e do exercício do técnico de enfermagem e do auxiliar de enfermagem. Rev Bras Enf. 30: 168-174
  - Oguisso, T. (2002) História da legislação do ensino médio profissional de enfermagem. Rev Paul Enf. 21(1): 160-170
  - Porto F, Freitas G.F, González J.S. (2009) Fontes históricas e ético-legais: possibilidades e inovações. Rev Cultura de los Cuidados; Universidad de Alicante (España), Año XIII; N. 25: 46-53.
  - Revel, J. Microanálise e construção do social. In: Revel J. Coord. (1998) Jogos de escala: a experiência da microanálise. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, p.15 -38
  - Romanelli O.O. (1995) História da educação no Brasil – 1930/1973. 17ª Ed, Petrópolis. Rio de Janeiro, Ed Vozes.
  - Santos E.F, Santos E.B., Santana G.O., Assis M.F, Menezes, R.O. (1997) Legislação em enfermagem: Atos normativos do exercício e do ensino. São Paulo. Editora Atheneu.
  - Santos M.R., Trezza M.C.S.F, Candiotti Z.M.C., Leite J.L. (2002) Circunstâncias de oficialização do curso de auxiliar de enfermagem no Brasil: estudando as entrelinhas de Lei 775/49.Rev Latino-am Enf. 10(4): 561-570.
  - Silva J.A. (2002) Estratégias de Qualificação e inserção de trabalhadores de nível médio na área da saúde. In Negri B., Faria R., Viana A.L.D. organizadores. Recursos Humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas. Ed. Da Unicam.



# Aproximación al aporte nutricional de la dieta ordinaria urbana en Vitoria (Álava) en el tránsito del siglo XVIII al XIX a partir de las dietas hospitalarias

Approximation to the nutritional contribution of the ordinary urban diet in Vitoria (Alava) in the transit from the 18th century until 19th century based on the hospital diets

Aproximação para a contribuição nutricional da dieta normal urbana em Vitoria (Alava) no trânsito do século XVIII para o século XIX baseado nas dietas hospitalares

Manuel Ferreiro Ardións<sup>1</sup>, Karmele Díaz de Otazu Viteri<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Historiador, Doctor en historia por la UPV/EHU. Enfermero en Osakidetza. Correo electrónico: mferreiro@euskaltel.net

<sup>2</sup>Diplomada en Enfermería. Diplomada en Nutrición y Dietética. Correo electrónico: Karmele.diazdeotazuviteri@osakidetza.net

Cómo citar este artículo en edición digital: Ferreiro Ardións, M; Díaz de Otazu Viteri, K. (2013) Aproximación al aporte nutricional de la dieta ordinaria urbana en Vitoria (Álava) en el tránsito del siglo XVIII al XIX a partir de las dietas hospitalarias.

Cultura de los Cuidados.17, 37. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.37.06>>

Correspondencia: Manuel Ferreiro Ardións. C/San Vicente de Paúl 8 - 2ºA. 01001 Vitoria-Álava.

Correo electrónico: mferreiro@euskaltel.net



## ABSTRACT

Given the fact that hospital diets could be similar to a prototype belonging to urban artisans' ordinary diet lasting from the Ancient Regime to contemporaneity, five hospital diets have been analysed in the city of Vitoria (Spain) in order to determine if the caloric intake and the macronutrient intake could pose a risk factor in the acquisition, course and

convalescence of infectious diseases according to the proposal of Livi Bacci. Conclusion the end result is all diets that were analysed caloric needs at the expense of consumption of bread, which makes this food a key factor in the appearance of an immunological risk caused by malnutrition. As a secondary effect, these has been an increase in the consumption of meat as compared to what bibliographic sources and the lack of potatoes in the ordinary diet prior to 1826 has been proved.

**Keywords:** Ordinary diet, hospital diet, hunger, nutrition, 19th century.

## RESUMO

Com base na consideração de que as dietas hospitalares poderia ser comparado a um protótipo da dieta do ordinário dos artesãos urbanos comuns no trânsito do Antigo Regime a contemporaneidade, foi analisar cinco dietas de hospital na cidade de Vitoria (Espanha)

para determinar se a ingesta calórica e dos macronutrientes poderia representar um fator de risco na aquisição, curso e convalescência de doenças infecciosas de acordo com a proposta de Livi Bacci. Como uma conclusão geral foi obtido que todas as dietas analisadas cobertas as necessidades calóricas mínimas enquanto a expensas do consumo de pão, o que faz deste alimento um fator determinante no surgimento do risco imunológico de desnutrição. Secundariamente, foi obtido um maior consumo de carne do que foi dito por fontes bibliográficas e foi encontrada a ausência da batata na dieta normal antes de 1826.

**Palavras-chave:** Dieta do ordinário, dieta de hospital, fome, nutrição, século XIX.

### RESUMEN

Partiendo de la consideración de que las dietas hospitalarias podrían asimilarse a un prototipo de dieta ordinaria de los menestrales urbanos en el tránsito del Antiguo Régimen a la contemporaneidad, se ha procedido a analizar cinco dietas hospitalarias en la ciudad de Vitoria para determinar si el aporte calórico y de macronutrientes podría suponer un factor de riesgo en la adquisición, curso y convalecencia de enfermedades infecciosas según la propuesta de Livi Bacci. Como conclusión general se ha obtenido que todas las dietas analizadas cubrían los requisitos calóricos mínimos si bien a expensas del consumo de pan, lo que convierte a este alimento en factor clave en la aparición del riesgo inmunológico por desnutrición. De manera secundaria, se ha obtenido un mayor consumo de carne de lo señalado por fuentes bibliográficas y se ha constatado la ausencia de la patata en la dieta ordinaria con anterioridad a 1826.

**Palabras clave:** Dieta ordinaria, dieta hospitalaria, hambre, nutrición, siglo XIX.

### INTRODUCCIÓN

El hambre en la Historia, como objeto historiográfico de primer orden en cuanto variable fundamental en la producción de crisis de mortalidad, ha sido replanteada en los últimos años abriéndose nuevas perspectivas a su estudio e influencia en la evolución humana (Pérez Moreda, 1991). De estos nuevos enfoques nos ha interesado profundizar en aquél que vincula bidireccionalmente hambre y enfermedad desmontando mitos todavía asentados entre muchos historiadores quienes sólo perciben -y fisiopatológicamente muchas veces de manera errónea- unidireccionalmente la existencia de hambrunas como factor colaborador -si no suficiente- en la aparición de sucesos epidémicos, en la estela del falso tópico de que “el hambre precede a la fiebre”, obviando no sólo la mutua interrelación sino la reciprocidad, esto es, el influjo de la enfermedad sobre el hambre.

Hoy no hay duda de que la relación entre hambre y enfermedad debe enfocarse desde concepciones de interacción y bidireccionalidad. Siguiendo a Pérez Moreda, “el sinergismo entre desnutrición e infección expresa una relación recíproca, que refuerza los efectos de cada una de esas variables en presencia de la otra”, (Pérez Moreda, 1991), por lo que la unión de ambas en tiempo epidémico incrementa la mortalidad por encima de la achacable a la virulencia del microorganismo causal y a la de la propia desnutrición.

Es evidente que dada la variabilidad etiológica y clínica de los procesos infecciosos, así como a las diferentes necesidades nutricionales en las fases prodrómica, clínica y de convalecencia, debe individualizarse el estudio de cada caso, pero, a modo de orientación para poblaciones históricas, Livi Bacci, analizando las complejas relaciones entre nutrición, infección y mortalidad, establece como umbral

de peligro una dieta diaria habitual de 2.000  $\pm 10\%$  calorías, por debajo de la cual la mortalidad podría ir aumentando (Livi Bacci, 1988), entre otras razones por la depresión inmunológica subsecuente que aumentaría la susceptibilidad de aquellas poblaciones frente a las infecciones.

Partiendo de esta aseveración, nos ha interesado tratar de confirmar en nuestro entorno geográfico si la dieta ordinaria cubría esas necesidades como potencial factor a tener en cuenta a la hora de estudiar el impacto de los diferentes procesos epidémicos que acontecieron en nuestra zona, especialmente el de las epidemias de cólera durante el siglo XIX en cuanto suceso mayor inmediatamente posterior a nuestro entorno temporal a estudio y porque es un ejemplo muy gráfico de la influencia de la enfermedad sobre el hambre: el cólera produjo hambre directamente entre sus afectados con su manifestación clínica, la desnutrición, mediada por el cuadro gastroentérico característico y por la deshidratación inherente; pero también indirectamente sobre la población general por sus repercusiones sobre la producción (elevada morbilidad en época estival de cosecha), sobre la distribución (cordones sanitarios) y sobre los salarios (paralización manufacturera y comercial).

Al respecto, entendemos por dieta ordinaria aquella que pueda considerarse como de consumo habitual entre los estratos mayoritarios de la población vitoriana: artesanos, pequeños comerciantes, asalariados, etc., y no la de las clases más acomodadas y nobiliarias, que precisamente son las que han dejado mejor testimonio de sus hábitos en la mesa. Se parte de los siguientes objetivos:

- Identificar y describir la dieta ordinaria de la población vitoriana en el periodo a estudio.

- Cuantificar el valor calórico de dicha dieta y de sus macronutrientes y relacionarlo con las tesis de Livi Bacci.

- Aportar datos objetivos sobre cuestiones en discusión como el consumo de carne o la introducción de la patata para consumo humano en la dieta habitual de los vitorianos.

## MÉTODOS Y MATERIALES

Se ha procedido, en primer lugar, a realizar una revisión documental y bibliográfica para identificar la composición de la dieta ordinaria en la ciudad de Vitoria (provincia de Álava, en España) entre los siglos XVIII y XIX para, después, realizar un cálculo calórico y de macronutrientes de la misma. Posteriormente, se han comparado los resultados obtenidos con las orientaciones de Livi Bacci para poblaciones históricas y con los valores recomendados para un prototipo con necesidades calóricas y proteicas elevadas, acorde a la presunción de una mayor exigencia ambiental y laboral a nuestros antepasados.

La elección del periodo a estudio tiene que ver con la fundamental aportación nutricional de la patata, que se introduce muy tempranamente en nuestra zona a través de la Real Sociedad Bascongada de Amigos del País a finales del XVIII, pero desconociéndose cuándo pasa a formar parte de la dieta habitual de los alaveses. Pretendiéndose, por tanto, aportar alguna respuesta con nuestro estudio al enmarcarlo en ese momento histórico.

La elección de Vitoria como entorno geográfico atiende fundamentalmente a la gran diferencia cuantitativa y cualitativa de la documentación aportada por dicha ciudad frente a la del resto de su provincia, habiéndose también valorado la potencial acción de fusión e integración de la ciudad frente al supuesto determinismo dietético de las otras



zonas provinciales: la zona holohúmeda de la cuenca cantábrica, basada en el maíz y las leguminosas con ganadería de autoconsumo, la Álava del secano, basada en el cereal y en la ganadería extensiva aún sin estabular, y la Rioja alavesa, ya muy especializada para entonces en la vid y gran dependiente del trueque de su producto por alimentos básicos.

A lo largo del estudio utilizamos los términos de hambre y de desnutrición como sinónimos, lo que constituiría un claro error desde concepciones clínicas actuales, pero en los modelos históricos preindustriales puede asumirse con poco riesgo que quien tenía dificultades para alimentarse pasaba hambre y estaba desnutrido. Es más, desde la evidencia científica actual del papel jugado por los diferentes nutrientes en la salud, incluso quien aseguraba su ingesta diaria tendría también alguna carencia nutricional, especialmente de micronutrientes.

La revisión bibliográfica partió de autores reconocidos en el estudio de la vida cotidiana de la ciudad de Vitoria en la Edad Moderna, caso de los doctores Porres e Imizcoz, completándose con la aportación del centro bibliográfico por excelencia en nuestro entorno, la Fundación Sancho el Sabio, así como de la biblioteca de la Universidad del País Vasco en Vitoria. Por su parte, la revisión documental

derivó del conocimiento previo que disponíamos de diversas colecciones documentales de los archivos locales, habiendo sido especialmente fructíferas las aportaciones del fondo Hospital Santiago en el Archivo del Territorio Histórico de Álava (ATHA) y las de la carpeta HOSP-CAR 18-5 en el Archivo Municipal de Vitoria (AMV) correspondiente al fondo del Hospicio de la ciudad.

## RESULTADOS

La revisión bibliográfica ha deparado un resultado muy pobre a la hora de definir con cierta aproximación la composición de la dieta ordinaria vitoriana. Hay más o menos un consenso en señalar como base de la alimentación a cereales panificables y legumbres, pero sin concretarlo en forma de dieta y, en general, partiendo de cálculos indirectos provenientes de cifras de producción y venta. Existen también importantes dudas respecto al consumo de carne o a la fundamental introducción de la patata en la dieta diaria de los alaveses. Sobre la carne, aunque hay quien señala grandes diferencias entre clases altas-medias y bajas en las que, *“Normalmente, el consumo de carne era muchísimo más bajo. Las proteínas de origen animal en la casa del campesino brillaban por su ausencia”* (Fernández de Pinedo, 1974), algunos autores siguiendo a Domínguez Martín aseveran *“el relativo superior consumo de carne que se producía en el País Vasco respecto a sus alrededores más inmediatos como Cantabria o Asturias”* (Arbaiza, Guerrero y Pareja, 1996). Entre quienes cuantifican su consumo, la estimación iría entre un consumo medio anual para Vitoria de 40 kg a mediados del XVIII (Porres, 1995) y 48,5 kg/año para finales del XIX (Homobono, 1980). Respecto a la patata, la cuestión principal radica en diferenciar su temprana introducción por la Bascongada a

finales del XVIII (a menudo usada en un sentido demasiado extensivo) y su efectivo consumo de manera ordinaria, lo que no está nada claro: David Palanca, basándose en el pago del diezmo, estima una presencia del cultivo de patata relativamente extenso para la década de 1760, si bien no distingue si su destino era la alimentación animal -lo más probable- o la humana (Palanca, 2012), discusión que lleva a otros autores a rehuir la cuestión presentando sólo hechos consumados: “*La patata, cultivo revolucionario introducido tempranamente, constituía el segundo producto despues del trigo [en 1857]*” (Homobono, 1980); también se remarca el papel de la invasión francesa en su implantación definitiva mientras que, para otros autores (Bilbao y Fernández de Pinedo, 1984), lo más determinante en su expansión sería la crisis de la primera guerra carlista (1833-1839).

La revisión documental ha sido por el contrario más fructífera a la hora de concretar la composición de alguna dieta tipo. Sin embargo, ha introducido un posible sesgo en el estudio ya que las dietas obtenidas pertenecen en su totalidad a estructuras institucionales vinculada a la Beneficencia Pública, pudiendo por tanto no ser representativas de la dieta ordinaria urbana. Se trata de cuatro dietas contenidas en las diferentes ordenanzas de aquellas instituciones: dos del Hospicio de finales del siglo XVIII (sin fecha concreta) y dos del Hospital de Santiago, de 1764 y 1821, así como una de las Hijas de la Caridad proveniente del contrato con el Ayuntamiento vitoriano para la gestión del Hospital Santiago, de 1826. Las cinco se extractan al final del estudio.

De estas cinco dietas, la correspondiente a las Hijas de la Caridad de 1826 es la que proporciona mayor detalle, considerándose que podría ser la que mejor se equiparase a la

alimentación ordinaria de las clases populares con recursos para un abastecimiento estable ya que, a diferencia de las anteriores, no es una imposición de la Institución sino una exigencia de las propias religiosas al Ayuntamiento.

Las dietas del Hospicio como las del Hospital son más escuetas e imprecisas por lo que, siendo evidente que la estructura se mantiene, se ha preferido unificarlas en una sola dieta para el Hospicio y otra para el Hospital. Al respecto, la ausencia de expresión de la cantidad en algún alimento de estas dietas se ha corregido adjudicando el valor referido en la de las Hijas de la Caridad.

En todos los casos no se han tenido en cuenta las modificaciones particulares señaladas para el tiempo de Cuaresma.

Los cálculos para el pan se han realizado a partir de la consideración de pan de trigo -en virtud de la extensa producción de este cereal en Álava- con un valor de 261 calorías por 100 gr. De valorar otros cereales, el aporte sería sensiblemente menor dado el peso del pan en las dietas estudiadas. Por ejemplo, de haber seleccionado de centeno, el cálculo se haría sobre la base de 230 cal. x 100 gr., lo que supondría para la dieta del hospicio una apreciable diferencia de 285 cal. menos al día.

En la expresión de legumbres del Hospicio se ha seleccionado el valor de garbanzos para equipararlo con las del Hospital y monjas, que señalan esta legumbre.

La alusión genérica de “*postre*” por parte de las Hijas de la Caridad se ha resuelto intencionadamente seleccionando el valor de una fruta (manzana) ya que llamativamente no se menciona en ninguna de las dietas el consumo de fruta, en probable relación a la dependencia estacional.

La variabilidad en las sopas de las religiosas (arroz, fideos o sémola) no ha supuesto

ninguna dificultad al poseer valores calóricos similares. El cálculo se ha realizado a partir de sémola ya que, de los tres, es el que presenta valores intermedios tanto para proteínas como para grasas e hidratos de carbono.

En la valoración de los macronutrientes, la comparación se ha realizado partiendo de las necesidades de un prototipo que se establece en: hombre de 25 años con una estatura de 170 cm. y un peso de 70 kg. que realiza una actividad cotidiana moderada-intensa. El resultado teórico actual para una dieta equilibrada sería el de un aporte calórico de 2938 calorías provenientes de 491 gr. de hidratos de carbono, 140 gr. de proteínas y 46 gr. de grasas.

Con estas premisas, los resultados obtenidos deparan unas dietas claramente por encima del límite sugerido por Livi Bacci de 2.000 calorías diarias; delimitación que aseguraría la no contribución de la alimentación en el incremento de la mortalidad por otras causas como la enfermedad infecciosa.

La dieta del hospicio, con 3.139 cal., es la más energética, seguida por la de las Hijas de la Caridad con 3.094 -ambas por encima de la dieta prototipo- y, finalmente, la de hospital de Santiago con 2.471 calorías.

	Proteínas	Grasas	Hidratos C.	Calorías
Hospicio	131 gr. (17%)	69 gr. (20,2%)	484 gr. (62,8%)	3.139
Hijas de la Caridad	159 gr. (21%)	95 gr. (28,2%)	385 gr. (50,8%)	3.094
Hospital	107 gr. (17,6%)	60 gr. (22,2%)	365 gr. (60,1%)	2.471
Prototipo actual	140 gr. (19,1%)	46 gr. (14,1%)	491 gr. (66,8%)	2.938

## DISCUSIÓN

La reducción en la descripción de dietas al ámbito institucional socio-sanitario supone una importante incertidumbre sobre su representatividad como dieta tipo urbana. En primer lugar, cabe preguntarse el grado de aplicación real de las dietas recogidas en los

diferentes ordenamientos de aquellas instituciones y, en segundo lugar, cuando menos, por su potencial paralelismo con la dieta de los menestrales urbanos de Vitoria.

Al respecto, no hay duda de que la respuesta caritativa y filantrópica en Vitoria tenía una organización y desarrollo por encima de la media nacional, destacando dos instituciones dependientes del municipio, el Hospicio y el Hospital de Santiago, que, en 1820, unificaron sus Juntas de gobierno. Ambos centros pusieron un énfasis especial en la atención de la alimentación de sus asilados, recogiendo de manera expresa y detallada los alimentos base de la dieta diaria de los pobres asilados en el Hospicio y la de los enfermos del Hospital de Santiago. Será cierto que de lo que se recomendaba en las ordenanzas a la práctica diaria pudiera haber diferencias, pero a favor de su buena correspondencia juega el que documentalmente consta una buena supervisión para el cumplimiento de aquel fin por los Semaneros de la Junta, así como por el Mayordomo y el Enfermero Mayor (Ferreiro, Lezaun, Pradell, 2006).

Por otro lado, respecto a cuánto se parecían aquellas dietas a las del trabajador urbano, las ordenanzas del Hospicio vitoriano expresan una elocuente referencia a que los labradores del contorno no lograban el mismo sustento para ellos que el dado por el Hospicio a sus pobres: *“...la ración diaria de cada uno [de los pobres] es envidiada generalmente de los labradores de todo este contorno, quienes despues de el fatigoso trabajo, en que ocupan todo el dia no logran semejante sustento”* (A.M.V. HOSPCAR 18-5). Lo que sugiere, sobre el papel, que la dieta de aquella institución estaba por encima de la habitual en la mesa de las clases más desfavorecidas. Idea por otra parte en consonancia con la defensa del papel protagonista de

la alimentación en los cuidados de enfermería documentados desde el medioevo (Sánchez y García, 1999).

Además, tal como hemos señalado, contamos también con la dieta que exigieron las Hijas de la Caridad al municipio para hacerse cargo del hospital de Santiago en 1826. En ella apreciamos que, en lo básico, no hay grandes diferencias con las del Hospital y Hospicio, si bien las pocas que existen -como las alusiones al chocolate o la mención a postre- sitúan a la dieta de las monjas un escalón por encima de aquellas.

Así mismo, los alimentos contenidos en estas dietas pertenecen al contexto cultural de nuestro entorno y probablemente poseyeran el mismo valor simbólico -además del nutricional- que para el resto de la población vitoriana (Lillo y Vizcaya, 2002).

En resumen, a partir de todo ello, hemos considerado que el conjunto de estas dietas pudieran situarse en la franja heterogénea que separaba los grupos extremos de la pobreza y la riqueza, pudiendo por tanto servir de modelo para calcular los aportes de nutrientes diarios que lograba el elemento popular de Vitoria en el paso de centuria del XVIII al XIX.

En relación a estos cálculos, los resultados obtenidos han demostrado que todas las dietas analizadas superaban el umbral mínimo de las 2.000 calorías; sin embargo, ha de resaltarse que en todos los casos la base de ese aporte energético es el pan, sin el cual las tres dietas bajarían claramente de las 2.000 calorías e incluso de 1.000 en el hospicio y hospital (739 y 670 cal. respectivamente). En este sentido, el cálculo se ha realizado computando el total del pan referido y, por tanto, considerando su ingesta completa, lo que desde una perspectiva actual cuesta considerar pues las raciones expresadas en las dietas estudiadas son de media



libra (230 gr.) por ingesta cuando, actualmente, en España apenas comemos poco más de la mitad (126 gr.) pero en todo el día (Martín Cerdeño, 2011) y con tendencia a la baja (Rizo, 1998). Con estas cifras y sobre el papel, en el Hospicio se repartía hasta 920 gr. de pan al día por asilado, casi el triple de los 350 gr. que Imizcoz y Manzanos (1997) calculan para la Vitoria del XVIII. En definitiva, e independientemente de que el consumo real de pan no fuera exactamente el teórico de las ordenanzas, resulta evidente la gran dependencia de los panificables para alcanzar los valores calóricos mínimos. Y ello cobra una trascendental importancia en el ambiente bélico del periodo a estudio, pues a la privación de mano de obra se sumó la cruel práctica de tierra quemada, lo que facilita entender el impacto de la guerra sobre la nutrición, especialmente en áreas o colectivos no productivos y dependientes de la distribución como La Rioja alavesa o los asalariados urbanos.

Desde la consideración teórica actual de una dieta equilibrada, el porcentaje de hidratos de carbono sería correcto en hospicio y hospital, pero las monjas estarían por debajo de la recomendación del 55-60%. Respecto a las grasas, todas se encuentran por debajo del 25-30% excepto las Hijas de la Caridad, que rozan el límite superior, logrando con ellas el aporte

calórico que les faltaría con los carbohidratos, pero perdiendo calidad en la fuente energética. Finalmente, todas las dietas superan el 15% de proteínas y el mínimo de 1 gr. por kg. de peso y día, llegando las monjas a sobrepasar los 2 gr./Kg./día con una dieta claramente hiperproteica. La dieta de estas últimas es por tanto, desde una concepción actual, la más desequilibrada.

En la comparación con la dieta del prototipo actual, vemos que el aporte calórico total de las tres dietas estaría más o menos acorde con las necesidades energéticas de una persona con actividad física importante, aunque proporcionalmente las tres dietas a estudio poseen un déficit de calorías provenientes de carbohidratos que compensan con lípidos, especialmente las Hijas de la Caridad. Respecto a las proteínas, la comparación siempre es compleja porque la cuantificación del prototipo actual, al atribuirle una alta actividad física, siempre considera una fisonomía atlética con altas necesidades proteicas (2gr/Kg/día), lo que en la realidad no siempre se da y menos en poblaciones históricas en cuyas necesidades calóricas totales ha de valorarse no sólo la actividad laboral o física externa, sino también un afrontamiento frente a las inclemencias meteorológicas menos dependiente de las capacidades de abrigo o calefacción actuales. Por tanto, puede considerarse lo dicho respecto a las recomendaciones de una dieta equilibrada: excepto la dieta de las monjas, excesivamente hiperproteica, las del hospicio y hospital cubrirían holgadamente las necesidades medias de proteínas.

Finalmente llamar la atención sobre tres elementos: primero, que la leche no aparece en las dietas estudiadas, lo que se comprende en la consideración hasta tiempos recientes de ser un alimento destinado sólo a la crianza o en dietas terapéuticas; segundo que el



consumo de carne teórico evidenciado es de 373,3 ( $\pm 65$ ) gr./día de media, muy por encima de los aproximadamente 100 gramos/día que calcula Rosario Porres para Vitoria a mediados del XVIII, o los 100-120 gramos señalados por Imizcoz y Manzanos para la nobleza vitoriana también en el XVIII. Por el contrario se acerca a las cifras documentadas para los canónigos de Cenarruza en algunos años de principios del XIX (la cifra más alta es 379 gr./día en 1810), “una dieta de privilegiados, sin lugar a dudas [muy alejada de la de los campesinos]” (Fernández de Pinedo, 1974); y tercero, que la patata todavía no aparece, reforzando la idea de que no será hasta la experiencia de la primera guerra carlista y el cólera de 1834 cuando comience a introducirse este tubérculo en la dieta cotidiana, en la línea de lo defendido por Bilbao y Fdz. de Pinedo, por mucho que la mención a su cultivo en nuestra provincia pueda documentarse desde finales del XVIII.

### CONCLUSIONES

De poder generalizarse estas dietas a la población general o a gran parte de ella, puede aseverarse que la población vitoriana, en el tránsito del siglo XVIII al XIX y en condiciones de producción y distribución normales -es

decir, fuera de tiempo bélico-, cubría las necesidades nutricionales por encima del límite marcado por Livi Bacci como factor de interferencia en la mortalidad. La desnutrición como elemento de inmunodepresión no sería por tanto un factor a tener en cuenta en la valoración de la mortalidad por enfermedad, caso de las epidemias de cólera que sufriría la ciudad durante el siglo XIX. Igualmente, se contaba con los necesarios aportes energéticos y plásticos -excepción de algunos minerales- para afrontar una convalecencia exitosa.

No obstante, no puede olvidarse que las dietas presentadas provienen de un marco institucional benéfico que se presume bien atendido, por lo que las apreciables diferencias halladas con respecto a lo presentado por otros autores, especialmente lo referido al consumo de carne, pone en entredicho la posibilidad de generalizar las dietas estudiadas como modelo de lo que pudo haber sido la alimentación cotidiana de los alaveses en el periodo estudiado. A favor de nuestras cifras se encuentra el testimonio directo de las dietas que, además, se mantienen similares en el tiempo (caso del Hospicio y Hospital), frente a las de los autores referenciados que realizan el cálculo de manera indirecta, a partir de cifras de compraventa de carne en las carnicerías, lo que podría inferirse como un mínimo, pues tanto la cría de ganado en los propios hogares como el abastecimiento en mercados no concejiles (caso de Vitoria) era una práctica habitual.

## ANEXOS

### Dietas del Hospicio (finales del siglo XVIII).

#### A.M.V. HOSP-CAR 18-5

*“...que se les dé, [...] de forma, que en la olla comun se le considere á cada uno de los pobres ocho onzas de baca, quatro para medio dia, y quatro para la noche, con un poco de tocino, y*

*habas blancas, ó negras, berdura, nabos, calabaza, ó lo que sea mas proporcionado al tiempo, y la del pan ha de sér treinta, y dos onzas Asturianas para cada uno; la tercera parte a la mañana, otra á medio día, y la otra ala noche, y solo á de haber la diferencia de que á los expositos, y huérfanos seles ha de dar una libra de pan, que son diez, y seis onzas castellanas, distribuida en las tres porciones, como arriba se á expresado. [...] En la Quaresma, viernes, y vigalias se les á de dar la misma racion de pan, y en lugar de la carne otra equivalente de pescado, ó bien sea abadejo, ó sardinas, ó otros pescados salados, ó frescos de poca estimación”.*

*“Por la mañana se da a cada pobre una taza de sopa con azeite, y a los que se emplean en algun trabajo racion de pan; al medio dia una buena taza de legumbre con racion de carne y tozino, y media libra de pan. A las seis de la tarde en verano y al anochecer en invierno se da la cena compuesta de racion de pan y taza de verdura cocida; y a los que quedan a trabajar por la noche se da otra racion de pan a las ocho”.*

### Dietas del Hospital Santiago. A.T.H.A. FONDO HOSPITAL SANTIAGO

Ordenanzas de 1764: *“Ha de suministrar todas las mañanas a los enfermos el desayuno que está en costumbre, como es el de sopas de aceite, ó de caldo del puchero [...] Que las raciones asignadas para cada enfermo para medio dia, que es la de un quarteron de carnero, y otro de baca con los garbanzos, aya de hacer guisar tantas medias libras como enfermos hubiere, aunque alguno ó algunos de ellos no las coman, á fin de que el caldo salga con la sustancia correspondiente [...] las raciones que sobren de los enfermos que no estuvieran en disposición de comerlas al mediodia, las deberá reservar, disponiendo, que con él se haga gigote para la noche, y se de á los enfermos, que estuvieren*



*convalecientes, ó para aquellos que pareciere no les puede hacer daño [...] omitiendo dar el huevo que se acostumbra”.*

Ordenanzas de 1821: *“recibe con peso á presencia del Mayordomo las libras de carne que se hayan traído de la carnicería a razón de media libra por cada enfermo, y a vista de ambos la recibe la cocinera y las pone en la olla con los garbanzos u otras legumbres o verduras que los facultatibos manden. [Supervisa a la cocinera cuidando de que] sazone bien las comidas y tenga siempre de repuesto caldos o gelatinas para las necesidades que puedan ocurrir; que las raciones sobrantes del medio día las reserve para la noche disponiéndola en gigote para los convalecientes y demás a quienes los facultatibos permitan tomarlos”*

**Dieta Hijas de la Caridad, 1826. A.T.H.A. FONDO HOSPITAL SANTIAGO**

“Seran alimentadas y mantenidas las Hermanas de la Caridad [...] a espensas del citado Hospital, el cual las dara habitacion [...] Y para el sustento o alimento contribuiara el Hospital diariamente a cada una de las Hermanas una onza de chocolate y cuatro onzas de pan por desayuno, dos onzas de arroz, fideos, o semola para la sopa; y si fuere de pan cuatro onzas por cada una de las comidas, dos onzas de garbanzos, una de tocino, doce de carne para

comida y cena, una libra de pan con reserva de tomar mayor cantidad si la necesitasen, medio cuartillo de vino, una onza de aceite, medio real de vellon para verdura, ensaladas, y postre; y ademas huevos u otra cosa equivalente que sea menester para las que se hallen delicadas o inapetentes: y en los dias que las Hermanas quieran o deban comer de pescado, se las dara el valor de la carne en dinero para que lo puedan emplear en lo que las acomode. Y las Hijas de la Caridad ofrecen desde ahora espontaneamente dejar a beneficio del Hospital todo lo que las sobre, o dejen de tomar de los citados articulos por no necesitarlos”.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Anónimo (1797) Ordenanzas con que se gobierna la Real Junta, y Casa de Misericordia de la M.N. y M.L. Ciudad de Vitoria. Impresas por Baltasar Manteli, Impresor de la R.S.B., Vitoria.
- ANÓNIMO (1804) Noticia histórica del gobierno económico y político de la Junta y Casa de piedad de la Ciudad de Vitoria. No consta impresor, probablemente Baltasar Manteli, Vitoria.
- Arbaiza, M; Guerrero, A; Pareja, A. (1996) Mundo rural y mundo urbano en la transición de la mortalidad vizcaína (1770-1930). Boletín de la Asociación de Demografía Histórica, XIV, II: 19-55.
- Becerro de Bengoa, R. (1877) El libro de Álava. Diputación Foral de Álava, Vitoria.
- Bilbao, L. M; Fernández de Pinedo, E. (1984) La producción agrícola en el País Vasco peninsular. 1537-1850. Tendencia general y contrastes. Una aproximación. Eusko-Ikaskuntza/Sociedad de Estudios Vascos.
- Fernández de Pinedo, E. (1974) Crecimiento económico y transformaciones sociales del País Vasco (1100-1850). Siglo veintiuno editores, Madrid.
- Ferreiro, M; Lezaun, J; Pradell, A. (2006) La enfermería y el Hospital Santiago en la Vitoria del S.XIX. Colegio de enfermería de Álava, Vitoria.
- Homobono, J. I. (1980) Estancamiento y atraso de la eco-

- nomía alavesa en el siglo XIX. Boletín de la Institución. Boletín de la Institución "Sancho el Sabio" 24:235-331.
- Imizcoz Beunza, J. M<sup>a</sup>. (Dir.) (1995) La vida cotidiana en Vitoria en la Edad Moderna y Contemporánea. Editorial Txertoa, San Sebastián.
  - Imizcoz, J. M.; Manzanos, P. (1997) Historia de Vitoria. Editorial Txertoa, San Sebastián.
  - Lezaun Valdubieco, J. (2012) Ética y valores en el hospicio de Vitoria. Ilustración y Romanticismo. «Una apuesta por la Vida y Dignidad de los Expósitos». Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, Bilbao (Tesis doctoral).
  - Lillo Crespo, M; Vizcaya Moreno, M<sup>a</sup> F. (2002) Origen y desarrollo de los hábitos y costumbres alimentarias como recurso sociocultural del ser humano: una aproximación a la Historia y Antropología de los cuidados en la Alimentación. Cultura de los Cuidados 11:61-65.
  - Livi Bacci, M. (1988) Ensayo sobre la historia demográfica europea. Población y Alimentación en Europa. Ariel, Barcelona.
  - Manzanos Arreal, P; Vives Casas, F. (2005) La vida cotidiana de las mujeres en la Vitoria de los siglos XVIII y XIX. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, Vitoria.
  - Martín Cerdeño, V. J. (2011) Consumo de pan en España. Distribución y Consumo. 21:95-99.
  - Palanca Cañón, J. D. (2012) Introducción y generalización del cultivo y consumo alimentario y médico de la patata en el País Vasco: 1760-1860. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, Bilbao (Tesis Doctoral).
  - Pérez Moreda, V. (1988) Hambre, mortalidad y crecimiento demográfico en las poblaciones de la Europa preindustrial. Revista de Historia Económica. 3:709-735.
  - Pérez Moreda, V. (1991) Alimentación, desnutrición y crecimiento económico. Reflexiones sobre la obra: El hambre en la historia. Agricultura y Sociedad 61:207-222.
  - Porres Marijuán, R. (1995) Alimentación y abastecimiento en Vitoria (siglos XVI-XVIII) En: La vida cotidiana en Vitoria en la Edad Moderna y Contemporánea. Editorial Txertoa, San Sebastián: 239-289.
  - Porres Marijuán, R. (dir.) (1999) Vitoria, una ciudad de «ciudades»: (Una visión del mundo urbano en el País Vasco durante el Antiguo Régimen), UPV/EHU, Bilbao.
  - Portillo, J. M<sup>a</sup>. (2003) Entre revolución y tradición (1750-1839). En: Historia de Álava. ed. Nerea, San Sebastián: 307-355.
  - Rivera Blanco, A.; Ortiz de Orruño Legarda, J. M<sup>a</sup>. (2002) Un siglo de cambios espectaculares. En: Vitoria y el siglo XIX. Ayuntamiento de Vitoria.
  - Serdán y Aguirregavida, E. (1985) Vitoria, el libro de la ciudad, Tomo IX, II Parte, Capítulo XVI (de 1833 a 1837). Colección Tradiciones alavesas, Editorial Amigos del Libro Vasco, Bilbao.
  - Rizo Baeza, M<sup>a</sup> M. (1998) Estudio etnográfico de los cambios alimentarios entre dos generaciones. Cultura de los Cuidados 4:26-33.
  - Sánchez González, N; García Meseguer, M<sup>a</sup> J. (1999) Alimentación, nutrición y dietética a través de la Historia de la Enfermería. Cultura de los Cuidados 5:29-32.
  - Velasco y Fernández de la Cuesta, L. (1889) Memorias del Vitoria de antaño. Establecimiento Tipográfico de Domingo Sar, Vitoria.

# Antropología

## Atender a los pacientes con trastornos mentales desde la perspectiva de la enfermera de atención primaria

Care for patients with mental disorders from the perspective of the primary care nurse

### Cuidado ao portador de transtorno mental sob a ótica do enfermeiro da atenção básica

Dielson Alves de Sousa<sup>1</sup>; Amanda Lúcia Barreto Dantas <sup>2</sup>; Laurimary Caminha Veloso<sup>2</sup>; Ana Maria Menezes Neiva Eulálio Amorim<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Acadêmico de Enfermagem da Faculdade Santo Agostinho - FSA. Teresina - PI. <sup>2</sup>Enfermeira Mestre em Enfermagem e Docente da FSA. <sup>3</sup>Psicóloga Mestre em Psicologia e Docente da FSA.

*Cómo citar este artículo en edición digital: Alves de Sousa, D; Barreto Dantas, A.L; Caminha Veloso, L; Eulálio Amorim, A.Mª.M. (2013) Atender a los pacientes con trastornos mentales desde la perspectiva de la enfermera de atención primaria. Cultura de los Cuidados.17, 37. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.37.07>>*

Correspondência: Dielson Alves de Sousa Quadra H, Casa 40, Residencial Taquari, Bairro Vale Quem Tem, Teresina, Piauí, Brasil. CEP 64057-020. Correo electrónico: [dielson\\_alves@hotmail.com](mailto:dielson_alves@hotmail.com). Tel. (086) 9446-0209 / (086) 3235-1168



#### ABSTRACT

One in four people will be affected by a mental disorder at some stage in their life, regardless of socioeconomic class, causing considerable impact on their social environment. The nurse as an integral member of the FHT is characterized as a social agent participant multidisciplinary team linked to various health practices, including mental health co-

llective and individual. This is a qualitative, exploratory and descriptive in order to identify and analyze the perception of nurses of primary care front bearer of mental disorder. Were conducted semi-structured interviews with eight nurses in ESF in the Central/North Teresina/PI who agreed to participate. The data were analyzed according to thematic analysis Minayo and grouped into three distinct categories: Stigma related Bearer of Mental Disorder; care Bearer Shares of Mental Disorder in Primary Care; Need for coordination of services. At this point it is necessary to delineate the role of each individual member of society. Perhaps the point where there is a component of subjective distress associated with any disease. Seeking to maintain a culture of care that incorporates new concepts pertaining to mental illness.

**Keywords:** Mental Health. Nursing. Care. Primary Care.

**RESUMEN**

Una de cada cuatro personas se verán afectadas por un trastorno mental en algún momento de su vida, sin importar la clase socioeconómica, causando gran impacto en su entorno social. La enfermera como miembro integrante de la ESF se caracteriza por ser un equipo de agentes sociales participantes multidisciplinaria vinculada a las prácticas de salud diferentes, incluyendo la salud mental colectiva e individual. Esta es una orden cualitativo, exploratorio y descriptivo para identificar y analizar la percepción de las enfermeras de atención frente al portador primario de trastorno mental. Se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas con ocho enfermeras en el FSE en Teresina Centro / Norte / PI que aceptaron participar. Los datos fueron analizados de acuerdo a la temática Minayo análisis y agrupados en tres categorías distintas: el estigma relacionado al portador de trastorno mental, las acciones de cuidado al portador de trastorno mental en la atención primaria; Necesidad de coordinación de los servicios. En este punto, es necesario definir el papel de cada miembro de la sociedad. Tal vez el punto en el que hay un componente de angustia subjetiva asociado con ninguna enfermedad. Tratando de mantener una cultura de atención que incorpora nuevos conceptos relacionados con la enfermedad mental.

**Palabras clave:** Salud Mental. Enfermería. Cuidados. Atención Primaria.

**RESUMO**

Uma em cada quatro pessoas será afetada por um transtorno mental em dada fase da sua vida, independentemente de classe socioeconômica, causando considerável impacto em seu meio social. O enfermeiro enquanto membro integrante da ESF caracteriza-se como agente social participante do trabalho da equipe multiprofissional vinculado às diversas

práticas de saúde, incluindo a saúde mental coletiva e individual. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva com o objetivo de identificar e analisar a percepção do enfermeiro da atenção básica frente o cuidado ao portador de transtorno mental. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 8 enfermeiros atuantes em ESF na Região Centro/Norte de Teresina/PI que aceitaram participar da pesquisa. Os dados foram analisados conforme análise temática segundo Minayo e agrupados em três categorias distintas: Estigma relacionado ao Portador de Transtorno Mental; Ações de cuidado ao Portador de Transtorno Mental na Atenção Básica; Necessidade de articulação dos serviços. Neste momento é necessário delinear o papel de cada sujeito integrante da sociedade civil. Quem sabe do ponto em que existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença. Buscando manter uma cultura de cuidados que incorpore novos conceitos pertencentes ao adoecimento mental.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Enfermagem. Cuidado. Atenção Básica.

**INTRODUÇÃO**

É sabido que o Brasil realiza, há pelo menos 30 anos, profundas mudanças na assistência pública em saúde mental. A atual Política Nacional de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde (SUS), apoiada na lei 10.216/01 e fundamentada na Declaração de Caracas, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, garantindo assim a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade possui. Ainda, tem como diretriz principal a redução gradual e

planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, com a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internações (Brasil, 2005; Brasil, 2008a).

Esse paradigma passa a ganhar um novo contorno institucional: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS poderão constituir-se, segundo a Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, e deverão estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo (Brasil, 2002; Gama, 2008; Santos, 2008; Chamma et. al., 2011)

Vários outros serviços e programas de saúde mental se organizaram e buscam consolidar seu papel como de fundamental importância na reestruturação da rede assistencial brasileira em substituição aos hospitais psiquiátricos. São eles os centros de convivência e cultura, os serviços residenciais terapêuticos, os hospitais gerais, os ambulatórios de saúde mental, a integração da rede básica com os centros de atenção diária e o programa de reinserção comunitária por meio de bolsas-auxílio (Brasil, 2003; Brasil, 2005; Moura, 2010).

Para Souza et. al., (2007) esse cenário se apresenta como um grande desafio aos pesquisadores, gestores, órgãos e instituições formadoras e usuários do serviço de saúde, cabendo-lhes, portanto, de forma democrática e pactuada, articular saberes e desenvolver estratégias de mudanças no modelo assistencial e na legislação em saúde mental, para que, gradativamente, observem-se mudanças culturais secularmente enraizadas na sociedade.



Nessa perspectiva, Townsend (2002) e Stefanelli (2011), compreendem a saúde mental como o estado de funcionamento harmônico, uma adaptação bem sucedida de estresse do ambiente interno ou externo, evidenciada por pensamentos, sentimentos e comportamentos que são apropriados para a idade e equivalentes com normas locais e culturais, sendo as pessoas capazes de reconhecer suas limitações. Da mesma forma caracterizam a doença mental por resposta desajustada aos fatores referenciados que interferem no funcionamento social, ocupacional e/ou físico do indivíduo (Townsend, 2002; Stefanelli, 2011).

Por outro lado, Amarante (2007) e o Ministério da Saúde (Brasil, 2009b) afirmam que conceituar saúde e doença mental é bastante complexo, plural, intersetorial, com transversalidades de saberes, uma vez que perpassa as dimensões psicossociais do processo saúde-doença dos sujeitos e do coletivo.

Em 1994 era proposto pelo Ministério da Saúde o Programa Saúde da Família (PSF), vertente brasileira da Atenção Básica à Saúde, na intenção de servir como instrumento de reorganização do Sistema Único de Saúde, substituindo o modelo hospitalocêntrico por uma prática de base comunitária com acesso igualitário e municipalizado (Leal, 2010; Moura, 2010).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é vista como uma das principais estratégias para

priorização das ações de saúde mental, uma vez que se caracteriza como porta de entrada para o sistema de saúde vigente em nosso país e representa um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos. Assim possibilitando ampliar o acesso ao cuidado em saúde mental em âmbito comunitário e familiar (Brasil, 2009a).

O Ministério da Saúde aos 28 dias do mês de março de 2006 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a estratégia SF e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Brasil, 2006).

As discussões que possibilitaram alcançar o formato final da PNAB fundamentaram-se nos eixos transversais dos princípios assistenciais e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), em um processo que agregou atores diversos nos municípios, nos estados e na federação (Brasil, 2007a).

Mendes (2009) e Stefanelli (2011) afirmam que, segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), uma em cada quatro pessoas será afetada por um transtorno mental em dada fase da sua vida, em um percentual de 25% da população, afetando pessoas de todos os países e de diferentes idades e sexo, independentemente de classe socioeconômica, e causando considerável impacto no indivíduo, na família e na sociedade.

O profissional de enfermagem como membro integrante da Equipe de Saúde da Família (ESF), pode ser também caracterizado como agente social participante do trabalho da equipe multiprofissional e está vinculado às diversas práticas de saúde, incluindo a assistência à saúde mental coletiva e individual (Mendes, 2009; Brasil, 2011a).

O trabalho de enfermagem em USB como prática social é um dos meios de produção de saúde mental que visam a fazer a busca ativa da pessoa acometida por esse agravo, envolvendo a família no processo de reabilitação e reinserção do indivíduo com doença mental revelando as influências que sofre e as tendências das quais que incorpora para atender à nova política de saúde mental: a inclusão social (Brasil, 2006; Moura, 2010).

Segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2010a) o acesso à atenção em saúde mental alargou, chegando a 66% de cobertura nacional, com forte participação da atenção básica e de ações intersetoriais. O país conta 1.620 CAPS, no qual a região nordeste apresenta o maior número, mesmo possuindo a segunda maior densidade demográfica brasileira, conta com um total de 597, destes 38 encontram-se funcionários no Piauí.

A rede de serviços em saúde mental na capital piauiense, Teresina, hoje, conta com 07 CAPS, sendo: 04 CAPS II, 01 CAPS III, 01 CAPS ad e 01 CAPS i, distribuídos territorialmente; 01 Hospital Dia; 03 Residências Terapêuticas; 01 hospital psiquiátrico (Lopes, 2007; Brasil, 2010a; Brasil, 2011a).

A Atenção Básica no município é composta pelo PSE, implantado em outubro de 1997, dispondo de uma cobertura atual de 86,1% da população ao que se refere à assistência prestada pelas ESF; cada equipe atende 1.500 famílias, aproximadamente. Estas equipes são distribuídas em 03 regionais de saúde: Sul, Centro-Norte e Leste-Sudeste. Atualmente mantem-se instaladas e funcionantes 207 equipes (Lopes, 2007; Souza et. al., 2007; Brasil, 2010a).

O sofrimento psíquico, em suas diversas formas, constitui importante causa de perda de qualidade de vida na população em geral. A rea-

lidade das ESF demonstra que, cotidianamente, deparam-se com problemas de “saúde mental”, no entanto, são referidas dificuldades pelas respectivas, para lidar com o sofrimento psíquico, incluindo especialmente a abordagem das questões psicossociais e o manejo de transtornos mentais (Souza et. al., 2007; Brasil, 2009b).

Desta forma, remete-se a uma revisão crítica das concepções relacionadas aos processos de saúde-doença e da formação profissional, pois a construção da saúde, como processo social, requer novos dispositivos em saúde e um novo perfil profissional, mais sensível para perceber a real necessidade da população (Cavalcante, 2007).

Mostrando-se a estratégia SF potencial catalisador da Reforma Psiquiátrica, tendo o Enfermeiro como membro desta e “ser cuidador”, objetivou-se identificar e analisar a percepção do enfermeiro da atenção básica/equipe de saúde da família frente o cuidado ao portador de transtorno mental, uma vez que as atuais políticas voltadas à atenção em saúde mental buscam reabilitar e reinserir o portador de transtorno mental junto ao “seio” de sua família e comunidade.

### TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo, exploratório com abordagem qualitativa (Gil, 2007; Minayo, 2008; Lakatos; Marconi, 2010). Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 8 enfermeiros que atuam nas equipes de saúde da família localizadas na Região Centro/Norte de Teresina, a qual capital do estado do Piauí, Brasil, que aceitaram participar da pesquisa. Destacamos que esta é uma região que concentra os bairros mais populosos e pessoas com menor poder aquisitivo e abrange a maior parte dos serviços de saúde mental (Lopes, 2007).

Os dados foram produzidos através de entrevistas com base em um roteiro semiestruturado, de acordo com Minayo (2008), composto de duas partes: a primeira caracterização do sujeito e a segunda contendo uma pergunta aberta relacionada ao cuidado prestado pelo enfermeiro ao portador de transtorno mental. Realizadas individualmente e gravadas em dispositivo eletrônico (Mp3), posteriormente, transcritos e numerados.

Os dados foram analisados conforme análise temática segundo Minayo (2008), buscado a presença evidente da essencialidade da identidade do entrevistado. Obedecendo, assim, os critérios do ponto de saturação.

A pesquisa antes de ser realizada foi submetida à Comissão de Ética da Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Teresina/PI; aprovado em 27 de fevereiro de 2012, sob MEMO CAA/Nº 62/2012, e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí – NOVAFAPI, instância colegiada, constituída pela IES em respeito às normas da Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde – CNS, sob CAAE: 0472.0.043.000-11. O CEP apresenta caráter multidisciplinar e transdisciplinar, incluindo a participação de profissionais da área de saúde, exatas e humanas, além de um representante do corpo administrativo da IES.

### RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os depoimentos foram coletados a partir de visitas às ESF em horário de funcionamento, de segunda a sexta-feira, manhã ou tarde. E ainda, conforme disponibilidade dos sujeitos da pesquisa.

Os dados foram analisados e agrupados em três categorias distintas: Estigma relacionado ao Portador de Transtorno Mental; Ações de



cuidado ao Portador de Transtorno Mental na Atenção Básica; Necessidade de articulação dos serviços.

### **Estigma relacionado ao Portador de Transtorno Mental**

A promoção da Saúde Mental e a luta pela desospitalização passam, hoje, pela efetiva implantação de uma rede comunitária que previna as situações de crise e ofereça alternativas à internação hospitalar. Por outro lado tenta-se romper com o paradigma da estigmatização que persiste atrelado as formas de cuidado ao portador de transtorno mental. Diante dessa notável situação, observou-se nas falas de alguns depoentes características notórias do estigma.

Nós levamos uma paciente com transtorno mental para as nossas atividades, [...] entrou na piscina após o almoço e fez coco [...]. Eu não vou tentar levar um portador de transtorno mental pra um passeio e lá não deixá-lo 'banhar' de piscina, porque corre o risco dele evacuar [...] Então é o que eu tô dizendo, tem algumas coisas que são utopia, você ta envolvendo (referindo-se ao portador de transtorno mental nas ações desenvolvidas pela ESF), né?! [...]. (Ent. 07)

Para Ferreira (2000), estigmatizar significa: marcar com ferrete; condenar; censurar. O estigma e a discriminação incluem preconceito, estereótipos, medo, embaraço, raiva e rejeição, violação de direitos básicos do ser humano e da liberdade, menores oportunidades de educação e perda dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais (Brasil, 2008a).

A enfermagem, bem como todos os membros integrantes das equipes da estratégia SF são tidos como habilitados a assumir o tratamento dos transtornos mentais mais comuns, como por exemplo: quadros depressivos e ansiosos, e até psicoses mais simples. São também, capazes de detectar novos casos, identificar, intervir e prevenir fatores de risco, garantindo, assim, a continuidade e o efetivo impacto das ações de desospitalização e reintegração social dos pacientes portadores de sofrimento psíquico, bem como o fim do estigma da doença mental (Vilella; Scatena, 2004).

Os profissionais de saúde, sob essa perspectiva, passam a potencializar suas capacidades, a mobilizar recursos e a assumir que os resultados dessa nova proposta na esfera da Saúde Mental devem ser baseados no cuidado inserido no campo coletivo dos indivíduos, e não mais somente no campo individual (Machado, 2010).

### **Ações de cuidado ao Portador de Transtorno Mental na Atenção Básica**

A Saúde da Família apresenta-se como estratégia do cuidado que valoriza os princípios de formação de vínculo com a população, a integralidade na atenção e trabalho em equipe. Apontando, assim, para a necessidade de inserir questões de saúde mental em sua dinâmica diária de práticas de saúde, uma vez que a chegada de usuários com sofrimento psíquico nas unidades de saúde é bastante frequente, as

queixas são as mais variadas e para isso seria importante a equipe esteja preparada para oferecer maior resolutividade aos problemas destes usuários.

Nas entrevistas a seguir, pode-se observar que os enfermeiros pesquisados apontam para déficits diversos, principalmente a falta de conhecimento na área, estabelecendo uma lacuna no processo de cuidado.

[...] Eu acho muito complicado, acho complexo, eu não tenho muita afinidade, [...] não me sinto preparada para atuar em cima, fazer uma busca ativa e tentar resolver o problema dessas pessoas[...]. (Ent. 03)

Olhe essa coisa de cuidado ao portador de transtorno mental ela tá muito teórica, ainda no momento. [...] não dá tempo dar uma assistência ao paciente portador de transtorno mental com o tanto de coisa que o enfermeiro da estratégia Saúde da Família tem pra fazer, [...]. Então assim, não dá, é utopia, é utopia. (Ent. 07)

Percebe-se que o cuidado em saúde mental é deixado de lado sob diversos pretextos, dentre estes, a falta de capacitação na área, a ausência de afinidade, mas será que estes são realmente motivos que justifiquem a ausência do desenvolvimento dessas atividades? Cada ação desenvolvida pela equipe de saúde da família deve se reportar aos princípios que norteiam o próprio SUS, dentre estes, a universalidade que diz que todos os pacientes têm o direito a este atendimento.

O Manual de Enfermagem (PSF) do Ministério da Saúde (2002b) chama a atenção, não só do enfermeiro, mas de toda a equipe

de saúde, para que percebam a importância da multicausalidade dos agravos à saúde.

Evidencia-se na fala abaixo uma aproximação dessa visão que contradiz os discursos anteriormente colocados, buscando afastar-se do pensamento de cuidado diferenciado e aproximar-se do público em questão mediante ações de cuidado desenvolvidas no seu dia-a-dia.

[...] quando o paciente ele está estabilizado, usando a medicação normalmente, então a gente insere esse paciente dentro do próprio cronograma de ação da unidade. [...] a gente não vê apenas o transtorno, a gente vê o paciente como um todo, [...] claro respeitando a limitação de cada um. (Ent. 06)

O Ministério da Saúde reconhece como fundamental para transformar a assistência a formação do profissional de saúde sob a ótica da ação integral, acesso universal, equidade, participação e controle social (Spandini; Souza, 2010).

As intervenções de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica abrangem um amplo domínio, não só de locais de atuação como de clientela, ou seja, no lar, na escola e em serviços que exigem a mais especializada assistência ao ser humano. Cujo ponto crucial são as relações interpessoais desenvolvidas entre cliente, familiares e profissionais da área da saúde (Stefanelli; Fukuda; Arantes, 2011).

As percepções e as práticas de promoção da saúde, aqui expostas, voltadas ao portador de transtorno mental na Atenção Básica, apontam para a ausência de conhecimento nesse campo, emergindo, assim, o pensamento de que todo cuidado vincula-se com habilidades e conhecimento de público à trabalhar. Resgatamos aqui os conceitos de Boff (1999, p. 34)

e Waldow (2004) que dizem: o cuidado é um processo, que se acha a priori, antes de toda atitude e situação do ser humano, um modo de se relacionar com alguém que envolve desenvolvimento e cresce em confiança mútua.

### **Necessidade de articulação dos serviços**

As transformações no contexto da assistência psiquiátrica nos últimos anos têm trazido importantes contribuições para repensar o cuidado psiquiátrico no contexto brasileiro. Com a reforma psiquiátrica, procura-se desconcentrar o olhar sobre a doença, para dar ênfase ao sujeito. Nesse sentido a reforma psiquiátrica propõe o nascimento de novos dispositivos de tratamento, substitutivos do manicômio e inseridos na comunidade onde vive o sujeito. No contexto brasileiro, o Centro de Atenção Psicossocial.

Assim, esse deve estar articulado em parceria com outros serviços de saúde, para que possa dar conta de contemplar as diferentes dimensões da vida humana que vivencia uma situação de sofrimento mental. A pesquisa permitiu identificar que os enfermeiros fazem poucos atendimentos aos portadores de transtornos mentais. E quando o fazem, suas ações se destinam a encaminhamento médico ou aos CAPS, por exemplo. Estabelecendo um cuidado, muitas vezes, apenas paliativo. Consideram que o CAPS, assim como outras instituições de cuidado em saúde mental é que tem realmente a verdadeira responsabilidade pelo acolhimento e cuidado desse paciente. Entendem como dificuldade a impossibilidade de haver cuidado continuado pela não existência de articulação entre referência e contra-referência.

[...] as equipes da Saúde da Família, têm dificuldade [...] encaminham, mas não sabem se foi recebido lá. [...] O fato

é que, um CAPS pra dar conta de toda a região norte, [...] é realmente complicado, [...] por outro lado, tem que dar conta, e ai fica nesse impasse. (Ent. 04)

A referência é outra coisa difícil, [...]. Contra-referência não existe, [...], a gente já tentou encaminha pra o CAPS. Ai depois: Há a Assistente Social vai visitar, vai providenciar, [...] nunca houve nenhuma resposta pra gente. (Ent. 08)

No campo da saúde ainda vemos diferentes processos de trabalho centrados em uma lógica em que o modelo biomédico é hegemônico, a especialização parcela o conhecimento, as relações entre os trabalhadores são pautadas na verticalização e na hierarquia institucional e o cuidado é fragmentado, com poucas reflexões sobre o cuidado totalizador da vida. Nesse caso, a saúde e o trabalhador vão se alienando, distanciando-se, deixando de lado a valorização, a autonomia e a libertação de sujeitos (Pinho; Hernández; Kantorski, 2010).

A pouca afinidade das equipes com os conceitos de saúde e doença mental distancia a unidade das reais necessidades da população nesse campo, e a atitude mais freqüente é o encaminhamento para os serviços especializados. Tal condição ocasiona a criação involuntária de um circuito de medicalização excessiva. Essa situação, por sua vez, é corroborada com as dificuldades gerenciais e de investimento do poder público, numa conjugação que dificulta e estimula baixa resolutividade (Barban; Oliveira, 2007).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica brasileira. Cabendo-lhe o acolhimento e a atenção às pessoas com

transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território (Brasil, 2005; Brasil, 2007b; Brasil, 2011a).

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. É portanto fundamento para a construção desta rede a presença de um movimento permanente, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2005).

Permeando esse cenário, diante de todas as dificuldades expostas, há quem consiga notar uma luz no fim do túnel. Isso pode ser percebido nas falas seguintes:

O que ta faltando realmente são ações de fortalecimento [...], não só da Estratégia, quanto da ação do CAPS. O que não deixa de ser tudo atenção básica [...], ela precisa ser melhor planejada e executada. (Ent. 04)

[...] paciente está sendo acompanhado pela gente dentro da estratégia Saúde da Família, mas qualquer alteração a gente retorna ele pra o CAPS, [...], conseguimos fazer essa parceria, [...]. Graças a Deus, muito bem compartilhada, na realidade, muito bem aceita e nos ajuda muito [...]. (Ent. 06)

Para o Ministério da Saúde (2005) é fundamental que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas



desigualdades sociais. Para a organização desta rede, a noção de território é especialmente orientadora.

O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental (Brasil, 2005; Brasil, 2011a).

Nesse sentido, Passos (2007), aponta que não há, efetivamente, como fazer saúde pública centrada no especialista. Certamente, superá-lo não é tarefa isoladamente de uma pessoa ou de uma especialidade em particular, mas da coletividade humana. Dessa forma, cabe aos profissionais que atuam nas ESF a busca pelo conhecimento do ser generalista, que atua no acompanhamento de problemas de saúde que abrangem toda a comunidade e, dentre estes, o transtorno mental se insere como problema evidente e gritante para a vida em sociedade.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho buscamos identificar a percepção do Enfermeiro da atenção básica/ESF frente ao cuidado do portador de transtorno mental, objetivando analisar os aspectos

favoráveis e desfavoráveis frente estas ações. Mostrando-se, ainda, de grande relevância, uma vez que, encontramos poucos estudos no campo, principalmente por parte da enfermagem. Identificamos ainda que, no município de Teresina, capital piauiense não foram encontrados estudos com esse tipo de abordagem, revelando a urgência de produção científica na área e abordagem.

O processo da Reforma Psiquiátrica brasileira vem galgando a duras penas, numa tentativa de desmistificar que o lugar do “louco” é com “louco”, e não na comunidade. Se ao Enfermeiro cabe atribuições básicas de execução de ações básicas de assistência e promoção da qualidade de vida, também, não deve esquecer que quem porta transtorno mental, seja em que nível for, sem dúvidas ocupa o mesmo espaço das demais pessoas.

Neste momento é necessário delinear o papel de cada sujeito integrante da sociedade civil: gestores, profissionais de saúde e comunidade. Quem sabe do ponto em que se deve levar em conta que existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença. Buscando manter uma cultura de cuidados que incorpore novos conceitos pertencentes ao adoecimento mental, ao invés de esperar que o acometido mentalmente procure o serviço de saúde. Uma vez que, pode-se dizer que todo problema de saúde é também mental, e que toda saúde mental é também produção de saúde.

## REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (2007) Saúde mental e atenção psicossocial. 2. ed. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro:
- Barban, E. G; Oliveira, A. A. (2007) O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto (Capacitação e educação permanente aos profissionais

de saúde na atenção básica). Disponível em: [http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-14-1/ID224.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-1/ID224.pdf). Acesso em: 05 jun. 2012.

- Boff, L. (1999) Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. 10. ed. Petrópolis, Vozes.
- Brasil. (2002) Ministério da Saúde. Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III. Portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Lex: Presidência da República - Casa Civil: Subchefia para Assuntos Jurídicos Brasília. Legislação Federal e marginalia.
- Brasil. (2002) Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno saúde mental. Brasília.
- Brasil. (2003) Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários: Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Brasília.
- Brasil. (2005) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: documento apresentado a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília.
- Brasil. (2006) Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS). Portaria GM n. 648, de 28 de março de 2006. Lex: Presidência da República - Casa Civil: Subchefia para Assuntos Jurídicos Brasília. Legislação Federal e marginalia.
- Brasil. (2007) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília.
- Brasil. (2008) Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretrizes Assistenciais para a Saúde Mental na Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS.
- Brasil. (2009) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de

- Atenção Básica: Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília.
- Brasil. (2009) Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Núcleo de Saúde Mental - Gerencia de Enfermagem. Cartilha de orientação em Saúde Mental: um caminho para a inclusão social. Brasília.
  - Brasil. (2010) Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 7. Brasília. Disponível em: <www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em 29 set. 2011.
  - Brasil. (2011) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília.
  - Cavalcante, A. C. S. (2007) Desafios em promover saúde mental na atenção básica. Revista FACID 3(1): 203-217
  - Chamma, R. et. al. (2011) Serviços de atendimento em Saúde Mental e psiquiatria. In: sefanelli, M. C.; fukuda, I. M. K.; arantes, E. C. Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais Manole, . Barueri :40-55.
  - Ferreira, A. B. H. (2000) Miniaurélio Século XXI Escolar: O minidicionário da língua portuguesa. 4 ed. rev. ampliada. Nova Fronteira, Rio de Janeiro.
  - Gama, J. R. de A. (2008) Um estudo histórico e conceitual sobre a clínica da reforma Psiquiátrica brasileira. 2008. 237 f. Tese de Doutorado, apresentado ao Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – Área de Concentração: Ciências Humanas e Saúde.
  - Gil, A. C. (2007) Como elaborar projeto de pesquisa. 4. Atlas. São Paulo.
  - Lakatos, E.M; Marconi, M.A. (2010) Fundamentos de metodologia científica. 7. ed. Atlas, São Paulo.
  - Leal, B. M. M. L. (2010) Movimentos do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. 2010. 149 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo. (Dissertação)
  - Lopes, D. C. T.; Dimenstein, M. (2007) Mapeamento do Trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica na Rede SUS Teresina PI. In. XIV ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO. Recife, 2007. Anais... Recife: ABRAPSO, 2007. Disponível em: <[http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab\\_completo\\_56.pdf](http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_56.pdf)>. Acesso em: 18 out. 2011.
  - Machado, R. M. (2010) Transtornos Psiquiátricos: Uma abordagem epidemiológica do alcoolismo na região centro oeste de Minas Gerais. 2010. 180 f. Tese de Doutorado, apresentado à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica. (Tese)
  - Mendes, M. H.; Freitas, V. A.; Gomes, E. T. (2009) Consulta de enfermagem: uma prática necessária aos indivíduos com transtornos mentais. Rev. Enferm. Integrada, Ipatinga: Unileste, v. 2, n. 1 Jul./Ago. (Artigo Revista)
  - Minayo, M. C. de S. (2008) O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec. (Livro)
  - Moura, M. C.; Bernardes, S. B.; Rocha, M. L. F. (2010) A percepção dos enfermeiros de uma universidade pública do Piauí sobre saúde mental na estratégia saúde da família. Rev. Enferm. em Foco, Brasília, v. 1, n. 2, p. 66-68, ago.; 2010. (Artigo Revista)
  - Passos, F. (2007) Saúde Mental Atenção Básica: Desafio para além e para aquém da contenda hospitalizar/desospitalizar. In: Rosa, L. C. S.; Bona, M. E. C. União em Saúde Mental. Teresina: EDUFPI, 2007. p. 103-129. (Livro)
  - Pinho, L. B.; Hernández, A. M. B.; Kantorski, L. P. (2010) Trabalhadores em saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica. Esc. Anna Nery. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 260-267, abr./jun.; 2010. (Artigo Revista)
  - Santos, A. M. C. C. (2008) “Gênero e Saúde Mental: a vivência de identidades femininas e masculinas e o sofrimento psíquico na sociedade brasileira contemporânea. Algumas reflexões a partir de relatos de pacientes diagnosticados como portadores de transtornos mentais severos do CAPS – Araraquara – SP” 2008. 180 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-graduação em Sociologia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo. (Dissertação)

- Souza, A.J.F. et. al. (2007) A saúde mental no Programa de Saúde da Família. Rev. Bras. Enferm. Brasília, v. 60, n. 4, jul./ago.; 2007. (Artigo Revista)
- Spandini, L. S.; Souza, M. C. B. M. (2010) O preparo de enfermeiros que atuam em grupos na área de saúde mental e psiquiatria. Esc. Anna Nery. Rio de Janeiro, v.14 n.2, p. 355-360, abr./jun.; 2010. (Artigo Revista)
- Stefanelli, M. C. (2011) Enfermagem psiquiátrica no século XXI. In: Stefanelli, M. C.; Fukuda, I. M. K.; Arantes, E. C. Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. Barueri: Manole, 2011. p. 3-15. (Livro)
- Stefanelli, M. C.; Fukuda, I. M. K.; Arantes, E. C. (2011) Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. Barueri: Manole. (Livro)
- Townsend, M.C. (2002) Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidado. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kooogan S.A, 2002. (Livro)
- Vilela, S. C.; Scatena, M. C. M. (2004) A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. Rev. Bras. Enferm. Brasília, v. 57, n. 6, nov./dec.; 2004. (Artigo Revista)
- Waldow, V. R. (2004) O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes. (Livro)



# Teoría y Método

## O cuidado do enfermeiro ao usuário de crack: reflexões sob a ótica dos princípios da teoria holística

Nursing care of crack to user: reflections from the perspective of the principles of holistic theory

## Cuidados de enfermería del crack para el usuario: reflexiones desde la perspectiva de los principios de la teoría holística

Fernando José Guedes da Silva Júnior<sup>1</sup>; Larissa Alves de Araújo Lima<sup>2</sup>; Iara Jéssica Barreto Silva<sup>3</sup>; Grazielle Roberta Freitas da Silva<sup>4</sup>; Maria Helena Barros Araújo Luz<sup>5</sup>; Claudete Ferreira de Souza Monteiro<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Bolsista Capes.

Email: fernandoguedesjr@gmail.com

<sup>2,3</sup>Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Bolsista Pibic/CNPq.

<sup>2</sup>Email: larissaaal@gmail.com <sup>3</sup>Email: iarajbarreto@hotmail.com

<sup>4,5,6</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

*Cómo citar este artículo en edición digital: Guedes da Silva Júnior, F.J; Alves de Araújo Lima, L; Barreto Silva, I.J; Freitas da Silva, G.R; Barros Araújo Luz, M<sup>a</sup> H; Ferreira de Souza Monteiro, C; (2013) O cuidado do enfermeiro ao usuário de crack: reflexões sob a ótica dos princípios da teoria Cultura de los Cuidados.17, 37. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.37.08>>*

Correspondencia: Fernando José Guedes da Silva Júnior. Universidade Federal do Piauí. Campus Universitário Ministro Petrônio Portella

Bairro: Ininga. CEP: 64049-550, Teresina, PI, Brasil Universidade Federal do Piauí (UFPI).. Bolsista Capes.

Correo electrónico: fernandoguedesjr@gmail.com



### ABSTRACT

The consumption of crack incites a default intense, continuous and repetitive, causes and consequences violate the user extends to all his family and social environ-

ment. Given this reality aimed to reflect on the nursing care of crack users and their interface with the Holistic Theory proposed by Myra Levine. The Holistic Theory is emphasized as connection and link between the fragment and the whole, through the knowledge of human parts: body-mind-spirit-nursing-client-family. This conceptual framework has logical nature, is simple, generalizable and can be tested based on assumptions. Thus, nurses must understand the crack user as a biopsychosocial being the repercussions of the use of this substance transgress the physical dimension, greatly complicating the traditional nursing care. In this context, it is imperative to support

holistic and humane able to foster face this serious problem.

**Keywords:** Crack Cocaine. Nursing Care. Nursing

## RESUMEN

El consumo del crack conlleva un defecto intenso, continuo y repetitivo, lo que hace que las causas y consecuencias rebasan al usuario extendiéndose a todo su entorno familiar y social. Ante esta realidad se plantea el objetivo de reflexionar sobre el cuidado de enfermería de los consumidores de crack y su interfaz con la Teoría holística propuesta por Myra Levine. La Teoría holística se destaca como la conexión y la relación entre el fragmento y el todo, mediante el conocimiento de las partes del cuerpo humano: cuerpo-mente-espíritu-enfermería-cliente-familia. Este marco conceptual tiene carácter lógico, es simple, generalizable y se puede probar en base a suposiciones. Por lo tanto, las enfermeras deben interpretar al consumidor de crack como un ser biopsicosocial, y que las repercusiones de la utilización de esta sustancia transgreden la dimensión física, lo que complica en gran medida la atención de enfermería tradicional. En este contexto, es imprescindible el apoyo holístico y humano necesario para afrontar este grave problema.

**Palabras clave:** Cocaína crack. Cuidados de Enfermería. Enfermería.

## RESUMO

O consumo de crack incita um padrão intenso, contínuo e repetitivo, faz com que as consequências transgridam o usuário e se estenda a toda sua conjuntura familiar e social. Diante dessa realidade objetivou-se refletir sobre a assistência de enfermagem ao usuário de crack e sua interface com a Teoria Holística proposta por Myra Levine. A Teoria Holística

é enfatizada como conexão e ligação entre o fragmento e o todo, mediante o conhecimento humano das partes: corpo-mente-espírito-enfermagem-cliente-família. Este marco conceitual possui natureza lógica, é simples, generalizável e pode ser testada com base em hipóteses. Assim, o enfermeiro deve compreender o usuário de crack como um ser biopsicosocial cujas repercussões do consumo dessa substância transgridem a dimensão física, sobremaneira dificultando a assistência de enfermagem tradicional. Neste contexto, faz-se imperativa uma assistência holística e humanizada capaz de fomentar o enfrentamento desse grave problema.

**Palavras-chave:** Cocaína Crack. Assistência de Enfermagem. Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

O uso de drogas pela humanidade é relatado desde os tempos mais remotos. Embora o principal objetivo de sua utilização fosse ritualística e/ou para o alívio da dor, atualmente essa finalidade foi desvirtuada passando essas substâncias a serem utilizadas na perspectiva de aumento do prazer. Dentre as principais drogas que permeiam a sociedade na atualidade, o crack, apesar de não figurar-se entre as drogas ilícitas mais consumidas no Brasil, apresentou um considerável aumento da sua produção e consumo.

A prevalência do consumo do crack é estimada em 0,3% da população mundial. Cerca de 70% desses consumidores concentram-se nas Américas (Araújo et al., 2010). Nessa dimensão geográfica, chama atenção o fato do Brasil, apresentar um consumo em torno de 0,7% da população geral, com destaque para as regiões Sul (3,6%), Sudeste (2,6%) e Nordeste (1,4%) entre jovens, estudantes do ensino

médio e fundamental, predominantemente, de baixa renda (Dualibi; Ribeiro; Laranjeira, 2008; Bernady; Oliveira, 2010).

Diante da magnitude com que este consumo vem se apresentando, é relevante pontuar as consequências na saúde de seus usuários. Os efeitos prejudiciais são visualizados em inúmeros órgãos, sobretudo, no trato respiratório, no aparelho cardiovascular, na função renal, no sistema nervoso central e sistema digestivo.

No entanto, é importante destacar que ao estar sob o efeito do crack o indivíduo torna-se suscetível à fragilidade e conseqüentemente a manifestar comportamento de risco considerando que na pluralidade das vezes, este se submete a estratégias arriscadas para obtenção da droga, como sexo sem proteção e criminalidade.

Essa situação impulsiona o processo de marginalização social e os riscos à integridade do sujeito. A busca pela droga gera sensação de urgência, e quando o usuário esgota rapidamente seus recursos financeiros, vê a realização de atividades fora do mercado de trabalho legal como alternativas para manter o consumo, comprometendo sua liberdade e integridade física, psíquica e moral.

O fato do consumo do crack incitar um padrão intenso, contínuo e repetitivo, faz com que as consequências transgridam o usuário e se estenda a toda sua conjuntura familiar e social. A urgência pelo crack juntamente com a intensidade dos efeitos causados por sua busca, coloca essa droga como um grave problema de saúde pública, tendo em vista a violência e os comportamentos sexuais de risco que estão associados ao seu consumo e que atingem não só o usuário como a sociedade de forma geral, podendo disseminar doenças e acarretar danos à segurança da população (Chaves et al., 2011; Silva Júnior; Monteiro, 2012).

Ao entender a pluralidade de consequências na vida do usuário é, pois, emergente refletir de modo holístico: corpo, mente e espírito. É necessário transcender a esfera física, psíquica e adentrar em outras questões menos investigadas, embora relevantes, tais como: contexto familiar, social e quiçá espiritual.

Diante dessa realidade objetivou-se com este estudo refletir sobre a assistência de enfermagem ao usuário de crack e sua interface com a Teoria Holística proposta por Myra Levine.

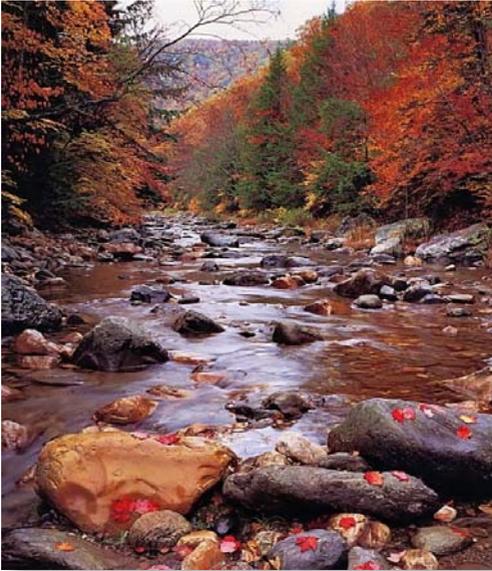
### **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo bibliográfico, do tipo reflexão teórica, que busca discutir a aplicabilidade dos princípios da teoria holística, de Myra Levine no cuidado do enfermeiro ao usuário de crack. O arcabouço teórico foi construído com publicações de livros e artigos científicos publicados em periódicos de relevância para enfermagem, no período de 1998 a 2012.

### **REFLEXÕES SOBRE A TEORIA HOLÍSTICA**

A teoria Holística foi desenvolvida por Myra Estrin Levine, em 1967, com o objetivo de direcionar o cuidado de enfermagem a partir da compreensão do paciente como um ser complexo, dinâmico e em constante interação com um ambiente que também sofre alterações. Assim, Levine discute a adaptação do paciente com o meio, a conservação de energias e da integridade estrutural, pessoal e social do indivíduo.

A teoria de Levine quando se refere aos seres humanos defende o foco como a integridade compreendida dentro do contexto de tempo e lugar no qual interage George (2000). Faz-se necessário uma maior humanização e compreensão, por parte do profissional, que o todo do indivíduo reflete em cada aspecto do



ser, na saúde e na doença Horta (2005). Assim, pode-se refletir que a teoria de Levine busca tratar o paciente como um todo e não como um ser fragmentado e defende um relacionamento enfermeiro-paciente baseado na relação intencional de ambas as partes com honestidade, imparcialidade e respeito mútuo.

Esse marco conceitual tem por núcleo os quatro princípios da conservação, no qual atuam associados: o primeiro refere-se à conservação de energia que é resultado da eficiência dos sistemas que regulam o metabolismo e a resposta às causas das doenças: medo e estresse, por exemplo (Horta, 2005). O segundo princípio enfoca o processo da cura, consiste na conservação da integridade estrutural, ou seja, refere-se à manutenção ou recuperação da estrutura do corpo (Picolli; Galvão, 2001).

A conservação da integridade pessoal é o terceiro princípio e baseia-se na reabilitação da identidade, autoestima, independência e privacidade, pois a percepção individual pode estar afetada pela doença (Horta, 2005). E o quarto é o princípio da conservação da integridade social que se fundamenta no reco-

nhecimento do paciente como um ser social. Levine afirma que os indivíduos utilizam seus relacionamentos para definir a si mesmos (George, 2000).

Durante a investigação deve-se ter a visão sobre o todo do paciente. O planejamento enfoca a ações do enfermeiro para tornar o paciente novamente independente e a implementação estrutura-se nos quatro princípios, pois o profissional promoverá ações para equilibrar a entrada e saída de energia, prevenirá as possíveis consequências desse desequilíbrio energético vivenciado. É relevante destacar que os dados de avaliação visam à eficácia da adaptação na obtenção da conservação e integridade.

A Teoria Holística é enfatizada como conexão e ligação entre o fragmento e o todo, mediante o conhecimento humano das partes: corpo- mente-espírito-enfermagem-cliente-família (Lopes Neto; Pagliuca, 2002), é válida e bem fundamentada, pois apresenta todas as características necessárias das Teorias de Enfermagem, a partir do interrelacionamento entre seus conceitos de adaptação, conservação e integridade.

### O CUIDADO DO ENFERMEIRO AO USUÁRIO DE CRACK E SUA INTERFACE COM A TEORIA HOLÍSTICA

A prática de enfermagem destinada ao usuário de crack deve ser desenvolvida por meio da assistência humanizada, pautada na comunicação enfermagem/cliente/equipe. Essa realidade pode ser visualizada a partir da fundamentação do cuidar em enfermagem por meio dos subsídios teóricos, propostos por Myra Levine, uma vez que, esta ver o homem de forma integralizada e equânime.

É importante destacar que em função dos efeitos do crack, os usuários apresentam déficit em atividades diárias, tais como: sono,



alimentação, atividades físicas e senso de responsabilidade, interferindo negativamente na manutenção da conservação de energia e integridade do ser humano (Oliveira; Nappo, 2008).

Assim, o tratamento desses pacientes abrange três fases distintas: abstinência inicial (fase aguda), manutenção da abstinência e abordagem dos fatores pessoais e familiares que possam estar relacionado com o quadro. Sendo assim, a Enfermagem deve atuar em conjunto com a equipe multidisciplinar para internalizar as necessidades estruturais, pessoais e sociais do paciente com o propósito de auxiliá-lo no gerenciamento dos problemas, facilitando o processo de recuperação (Spricigo et al., 2004).

O usuário de crack ao buscar tratamento junto a rede de atenção em saúde mental encontra como um dos responsáveis o enfermeiro, que atua na adaptação do ambiente ao cliente. Este busca a conservação de energia para a manutenção do metabolismo em reposta a doença, age por meio das intervenções de enfermagem incentivando o aumento de energia, por meio da melhor nutrição ou a diminuição do gasto de energia pelas mudanças na

atividade realizadas, de acordo com o primeiro princípio proposto pela teoria de Levine (Gouveia; Silva; Lima, 2011).

Com relação ao segundo princípio de Myra, baseado na integridade estrutural, o enfermeiro deve fazer investigação, planejamento, implementação e avaliação relacionados às comorbidades psíquicas mais frequentes em usuários de crack como: depressão, ansiedade e transtornos de personalidade. Também um dos aspectos importantes é a dimensão dos problemas físicos, tais como: dor peitoral, redução da função pulmonar, aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, lesões em via aérea, dentre outros. Concomitante a esses fatores, a enfermagem deve buscar uma atuação interligada as equipes multidisciplinares, para a obtenção da cura integral do cliente (Gouveia; Silva; Lima, 2011).

De acordo com o terceiro princípio de Levine, a intervenção de enfermagem é baseada na conservação da integridade pessoal do cliente. Dessa forma, o enfermeiro incentiva o paciente a participar de planos terapêuticos, expressando seus sentimentos e emoções, por meio dos quais recebem atenção, respeito e acolhimento (Magalhães; Silva, 2010). Para a integridade pessoal, os esforços são baseados em preservar a identidade e a individualidade do paciente (George, 2000).

Geralmente, a relação cotidiana do usuário de crack é conflituosa. Devido a atitudes errôneas, que desnorream o ambiente familiar, grupo social, cultural, étnico, religioso, dos quais participam, e subsequentemente propicia a segregação social (Magalhães; Silva, 2011). Referente ao quarto princípio estabelecido por Levine, a assistência de enfermagem deve está vinculada à família e aos usuários, pois estas oferecem ao dependente uma melhor reabilitação, apoio e motivação para se-

guir com o tratamento e assim poder reconquistar sua vida social como: amigos, trabalho ou escola, e buscar novas maneiras de lazer (Souza; Kantorki, 2008).

Embora esses trabalhadores tenham conhecimento dos efeitos do crack sobre o organismo e suas consequências familiares e sociais, poucos compreendem o tipo de ajuda necessária a essas pessoas, como propósito de interromper o processo de dependência e auxiliar os usuários a reestruturar sua vida.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Teoria Holística de Myre Estrin Levine apresenta grande importância, pois atenta o enfermeiro para a humanização no atendimento, complexidade e integridade do ser humano.

Diante dessa realidade o enfermeiro deve compreender o usuário de crack como um ser biopsicossocial cujas repercussões do consumo dessa substância transgridem a dimensão física, sobremaneira dificultando a assistência de enfermagem tradicional. Neste contexto, faz-se imperativa uma assistência holística e humanizada capaz de fomentar o enfrentamento desse grave problema.

### REFERÊNCIAS

- Araújo, R.B; Pansard, M; Boeira, B.U; Rocha, N.S. (2010) As estratégias de coping para o manejo da fissura de dependentes de crack. Rev HCPA. 30(1):36-42.
- Bernardy, C.C.F; Oliveira, M.L.F (2010) O papel das relações familiares na iniciação ao uso de .drogas de abuso por jovens institucionalizados. Rev Esc Enferm USP. 44(1):11-7.
- Chaves, T.V; Sanchez, Z.M; Ribeiro, L.A; Nappo, S.A. (2011) Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. Rev. Saúde Pública. 45(6):1168-75.
- Dualibi, L.B; Ribeiro, M; Laranjeira, R. (2010) Profile of

- cocaine and crack users in Brazil. Cad. Saúde Pública. 24(4):545-57.
- George, J.B. (2000) Teorias de Enfermagem: os fundamentos a prática profissional. Artes Médicas Sul, Porto Alegre.
- Gouvea, M.F; Silva, G.H.G.A; Lima, C.V. (2011) Atuação da enfermagem no tratamento do dependente químico de cocaína e crack. Rev. de Iniciação Científica Unincor. 1(1):153-9.
- Horta, W.A. (1998) Processo de Enfermagem. EPU, São Paulo.
- Lopes Neto, D; Pagliuca, L.M.F. (2002) Abordagem holística do termo peoa em um estudo empírico: uma análise crítica. Revista Latino-am Enfermagem. 10(6):825-30.
- Magalhães, D.E.F; Silva, M.R.S. (2010) Cuidados requeridos por usuários de crack internados em uma instituição hospitalar. Rev. Mineira de Enfermagem. 14(3): 408-15.
- Oliveira, L.G; Nappo, S.A. (2008) Characterization of the crack cocaine culture in the city of São Paulo: a controlled pattern of use. Rev. Saúde Pública. 42(4): 664-71.
- Pacolli, M; Galvao, C.M. (2001) Enfermagem perioperatória: identificação do diagnóstico de enfermagem risco para infecção fundamentada no modelo conceitual de Levine. Rev. Latino-am Enfermagem. 9(4): 37-43.
- Silva Júnior, F.J.G; Monteiro, C.F.S. (2012) Vivência da entrevista fenomenológica com usuários de crack: um relato de experiência. Cultura de los cuidados (Edición digital) 16, 32. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.32.03>>
- Souza, J; Kantorski, L.P. (2009) A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPSad: o ecomapa como recurso. Rev. Esc. Enfermagem USP, 43(2): 373-83.
- Spricigo, J.S; Carraro, TE; Cartana, M.H.F; Reibnitz K.S. (2004) Care for the drug user- an opportunity for Nursing. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, Abr., 13(2): 296-302.

# Validación de la escala de evaluación del significado del cuidado

## Validation of scale of assessment of significance of caring

## Validação da escala de avaliação do significado do cuidar

Rosa Aparecida Pavan Bison<sup>1</sup>; Debora Vieira Almeida<sup>2</sup>; Jair Licio Ferreira Santos<sup>3</sup>; Antonia Regina Ferreira Furegato<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto Brasil. Enfermeira, doutora em enfermagem psiquiátrica pela EERP/USP. [rosa.bison@unimedrararas.com.br](mailto:rosa.bison@unimedrararas.com.br)

<sup>2</sup>Centro Universitário São Camilo, São Paulo - SP, Brasil. Enfermeira, mestre e doutora pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pós-doutorando em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo. [deboravalmeida@gmail.com](mailto:deboravalmeida@gmail.com)

<sup>3</sup>Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/ USP, Brasil. Professor Titular Sênior do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/ USP. [jairlfs@fmrp.usp.br](mailto:jairlfs@fmrp.usp.br)

<sup>4</sup>Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP, Brasil. Enfermeira, Professora Titular Sênior do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP. [furegato@eerp.usp.br](mailto:furegato@eerp.usp.br)

Cómo citar este artículo en edición digital: Pavan Bison, R.A.; Almeida, D.V.; Ferreira Santos, J.L.; Ferreira Furegato, A.R. (2013) Validación de la escala de evaluación del significado del cuidado Cultura de los Cuidados. 17, 37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.37.09>

Correspondencia: Rosa Aparecida Pavan Bison. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto Brasil. Correo electrónico: [rosa.bison@unimedrararas.com.br](mailto:rosa.bison@unimedrararas.com.br)



### ABSTRACT

Following Morse benchmark, the Scale for the Assessment of Significance of Care (SASC) received a construct validation in 2003. This present paper aimed to continue the process of validation of the instrument by assessing its internal consistency and reproducibility. To estimate internal consistency it was used the original 2003 information to calculate the values of Cronbach's Alpha in each of the five areas and for each question. Appraisal of Reproducibility

was done through test-retest technique: the scale was administered to 98 subjects, all student nurses. The reproducibility was measured by the degree of agreement between the two measurements using the percentage of observed agreement, the intraclass correlation coefficient and the coefficient of reliability of Spearman-Brown. It was concluded that it is a consistent instrument with good reproducibility that can contribute to the knowledge of the attitudes of nurses in relation to care.

**Key Words:** nursing care; validation studies; attitude; education, nursing; concept formation.

### RESUMEN

De acuerdo a la referencia de Morse, la Escala de Evaluación del Significado del Cuidado (EESC) recibió validación de constructo en 2003. El presente trabajo tiene el objetivo de continuar el proceso de validación del instrumento: evaluación de consistencia interna y reproducibilidad. Consistencia interna: se

utilizó la información original de 2003 para el cálculo de los valores de Alfa de Cronbach en cada una de las cinco áreas y para cada pregunta. Reproducibilidad: se realizó mediante la técnica de test-retest. La escala se administró a 98 sujetos, estudiantes de enfermería. La reproducibilidad se midió por el grado de concordancia entre las dos mediciones, a través de medidas que compiten: el porcentaje de acuerdo observado, el coeficiente de correlación intraclass y el coeficiente de fiabilidad de Spearman-Brown. Se concluyó que es un instrumento consistente, con buena reproducibilidad y que puede contribuir al conocimiento de las actitudes de las enfermeras en relación al cuidado.

**Descriptor:** Atención de Enfermería; Estudios de Validación; Actitud; Educación en Enfermería; Formación de Concepto.

## RESUMO

Seguindo o referencial de Morse, a Escala para Avaliação do Significado do Cuidar (EASC) recebeu validação de constructo, em 2003. No presente trabalho, objetivou-se completar o processo de validação do instrumento: avaliação da consistência interna e da reprodutividade da EASC. Para estimar a consistência interna foram usadas as informações originais do estudo sendo calculados os valores de Alfa de Cronbach para cada um dos 5 domínios e de cada questão. Para a reprodutibilidade, através da técnica de teste e reteste, a escala foi aplicada a 98 sujeitos, estudantes de enfermagem. A reprodutividade foi medida pelo grau de concordância entre as duas aferições, através de medidas concorrentes: as porcentagens de concordância observadas, o coeficiente de correlação intraclass e o coeficiente de confiabilidade de Spearman-Brown. Concluiu-se que se trata de um instrumento consistente e

de boa reprodutividade que poderá contribuir para o conhecimento das atitudes dos enfermeiros em relação ao cuidar.

**Descritores:** cuidados de enfermagem; estudos de validação; atitude; educação em enfermagem; formação de conceito.

## INTRODUÇÃO

O conceito de cuidado profissional tem sido estudado sob as perspectivas técnicas, científicas, éticas e filosóficas. O cuidado ao ser humano é reconhecido pela enfermagem não apenas como uma meta, mas como a essência da prática e do ensino da profissão, tanto no aspecto gerencial como do cuidado direto à saúde das populações. O cuidado deve ser entendido como um processo de facilitação através do qual o enfermeiro cria as condições favoráveis para que a pessoa faça suas escolhas, visando a resolução dos seus problemas de saúde. Na visão humanista, o cuidado do outro requer uma atitude ética fundamental, um modo de agir onde a pessoa desvincula-se de si própria e centra-se no outro, com desvelo e solicitude, visando o bem e a dignidade de cada um. A enfermagem, nas mais diferentes especialidades, tem dedicado seu trabalho nesta direção (Bison, Furegato e Santos, 2007; Peplau, 1993; Shirataki et al, 2003; Freeth, 2007; Almeida, 2012; Furegato e Morais, 2009; Bradley e Falk-Rafael, 2011; Waldow, 1999; Vielva, 2002; Christovam, Porto e Oliveira, 2012).

Partindo-se do princípio de que as ações da enfermagem são terapêuticas quando auxiliam o indivíduo doente e/ou necessitado de cuidados de saúde, objetiva e subjetivamente, nos mais diferentes procedimentos técnicos e científicos, o enfermeiro apresenta-se como um agente preparado para reconhecer a necessidade de ajuda e a ela responder adequadamente. Portanto, pressupõe-se que o indivíduo seja o

foco do cuidado e a enfermagem seja o instrumento para auxiliá-lo nas suas necessidades.

### REFERENCIAL TEÓRICO

Como base teórica adotou-se conceitualmente as propostas da enfermeira e teórica Morse que explica o cuidado através de cinco classificações ontológicas: a) Cuidar como característica humana; b) Cuidar como imperativo moral ou ideal; c) Cuidar como afeto; d) Cuidar como relação interpessoal; e) Cuidar como ação terapêutica (Morse, 1991; Morse, 1995).

Nessa perspectiva, realizou-se, em 2003, um estudo focalizando os significados e significantes do cuidado e suas correlações com o processo do cuidar, visando a construção de um instrumento para se conhecer a atitude do enfermeiro em relação ao cuidado, compreendendo-se atitude como uma propriedade psicológica que reflete uma disposição para a ação (Pasquali, 2010).

A escala sobre o significado do cuidado de enfermagem foi construída após densas análises, revisões bibliográficas e reflexões sobre a realidade da profissão, tendo por base a experiência dos autores com relação aos construtos do instrumento de medida. Após uma série de procedimentos metodológicos, o instrumento EASC com cinco domínios (acompanhando as cinco classificações ontológicas de Morse) obteve validação de seu construto, totalizando, até esta etapa de validação, 45 itens. Este instrumento foi aplicado em uma pesquisa da qual participaram 171 sujeitos (alunos, enfermeiros da prática e docentes), verificando-se que embora os escores, no seu conjunto, fossem muito próximos, havia diferenças de concepções entre alunos e professores, especialmente nas categorias “característica pessoal” e “imperativo moral” (Bison, Furegato e Santos, 2007).

Essas diferenças também foram evidenciadas em pesquisa publicada em 2010, que teve como sujeitos de pesquisa apenas enfermeiros (assistenciais e mestres) de uma clínica de Cuba utilizando a EASC (Vergel, Betancourt e Guerra, 2010).

Na investigação atual, nos propusemos a concluir duas importantes etapas para finalizar a validação deste instrumento: avaliar sua confiabilidade interna e seu potencial de reprodutibilidade.

Portanto, a pesquisa atual teve por objetivo estimar a confiabilidade da Escala de Avaliação do Significado do Cuidar (EASC) por meio da validação da sua consistência interna e da sua reprodutibilidade.

### MÉTODOS

#### Consistência interna

Para estimar a consistência interna do instrumento foram usados os dados originais do estudo com os 171 sujeitos da pesquisa (Bison, Furegato e Santos, 2007). Foram calculados os valores do coeficiente Alpha de Cronbach para cada um dos cinco domínios e para a escala como um todo. Como tem sido a prática nestes casos, foram considerados aceitáveis os valores do coeficiente Alpha superiores a 0,60. Foram igualmente calculados os valores de Alpha referentes à eventual eliminação de cada questão. Um aumento superior a 5% no valor de Alpha, obtido após a eliminação foi tomado como indicativo para a eventual exclusão da questão, desde que sua ausência não prejudicasse de forma veemente o arcabouço teórico de Morse utilizado na construção do instrumento.

#### Reprodutibilidade

A reprodutibilidade foi medida pelo grau de concordância entre as duas aferições, atra-

vés de várias medidas concorrentes: as porcentagens de concordância observada; o coeficiente de correlação intraclasse; o coeficiente de confiabilidade de Spearman – Brown (Winer, Brown e Michels, 1991).

A coleta de dados desta etapa da pesquisa ocorreu de 26 de março a 07 de maio de 2012. Participaram 98 estudantes do curso de enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), maiores de 18 anos e que cursavam o primeiro, terceiro, quinto e sexto períodos do curso. Trata-se de uma amostra por conveniência devido a facilidade de reunir grande número de pessoas para teste e reteste do material. Foram eliminados 12 sujeitos porque não estavam presentes no dia da realização do reteste, permanecendo 86 indivíduos nas duas fases.

Uma das pesquisadoras foi até as salas de aula, explicou os objetivos da pesquisa, esclareceu as dúvidas e informou que haveria uma segunda aplicação do instrumento de 15 a 30 dias da primeira coleta e que não se tratava de aferir a capacidade das pessoas entrevistadas em recordar as respostas da primeira aplicação, mas sim que as técnicas de análise permitiriam avaliar a adequação do instrumento para obter respostas semelhantes em ocasiões distintas. Foi ainda informado que a identificação dos sujeitos na primeira aplicação era realizada apenas com o objetivo de garantir o pareamento para a segunda aplicação. O anonimato foi assegurado a partir da segunda aplicação, quando apenas o número do questionário permaneceu como informação. Os alunos que aceitaram participar receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinaram e depois responderam a EASC.

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM (Parecer nº 2169).

## RESULTADOS

### a) Análise da consistência interna

Todos os valores do coeficiente Alpha foram superiores a 0,60. Em particular, o coeficiente para todas as questões consideradas em conjunto foi superior a 0,70. Estes resultados constam da tabela 1, na qual também constam os valores que seriam obtidos para Alpha, caso algumas das questões fossem eliminadas. As questões escolhidas são aquelas que, em cada domínio, provocariam o maior acréscimo relativo ao Alpha original. (TABELA 1)

Após as análises, as questões passíveis de remoção da Escala foram: 03-Exercer a enfermagem é uma atividade difícil; 08- Ao cuidar, o enfermeiro deve ser imparcial; 28-Educação deve fazer parte do cuidado de enfermagem; 34-Habitualmente, utilizo o recurso da auto-medicação; 35-Quem cuida precisa ter virtudes especiais tais como responsabilidade, respeito e honestidade.

Verificou-se que as afirmativas 3 e 34, quando excluídas do instrumento, levariam a aumentos na consistência dos respectivos domínios, superiores a 5%. Optou-se por eliminar apenas a questão 3, pela sua menor importância no arcabouço teórico do instrumento.

Os resultados finais da análise de consistência interna constam na tabela 2, com a exclusão da questão 3 do domínio 2. (TABELA 2)

Observa-se que todos os valores de alpha, em cada domínio, são superiores a 0,60, denotando boa consistência interna. O resultado na análise entre os cinco domínios apresenta um valor pobre para a consistência (0,45), o que é coerente e indica, como deveria se esperar, a representação de dimensões diferentes por domínio. Ao contrário, se existisse grande consistência entre os 5 domínios estaríamos frente a uma indicação de unidimensionalidade, isto é, os domínios não estariam abrindo



dimensões distintas entre si.

A EASC final contém 44 questões assim distribuídas, em cada domínio:

1-O cuidado como característica pessoal humana: 1, 3, 5, 6, 10, 13, 29, 34, 40;

2-O cuidado como imperativo moral: 9, 14, 16, 21, 32, 35, 39, 44;

3-O cuidado como afeto: 2, 7, 8, 15, 20, 22, 28, 38, 42;

4-O cuidado como relação interpessoal: 4, 17, 18, 23, 24, 26, 33, 36, 43;

5-O cuidado como intervenção terapêutica: 11, 12, 19, 25, 27, 30, 31, 37, 41.

### b) Análise de reprodutibilidade

Perdas de informações: na aplicação do instrumento no reteste, 12 indivíduos não responderam às questões na segunda coleta de dados, o que ocasionou a eliminação dos mesmos também na fase teste. Permaneceram, portanto, 86 indivíduos com respostas nas duas fases, com uma perda de 12,2%.

Respostas faltantes: na primeira fase do teste-reteste, 8 indivíduos deixaram de responder a uma das questões; na segunda fase, 4 sujeitos omitiram uma das respostas. Em volume de informações estas omissões representam muito pouco: 0,2% no primeiro caso e 0,1% no segundo. No entanto, como as técnicas de avaliação não admitem respostas em

branco, uma possibilidade seria a eliminação desses respondentes, o que representaria uma perda adicional de 14%. Diante desse dado, resolveu-se proceder à imputação das respostas faltantes por meio da média dos valores respondidos pelo indivíduo no domínio no qual se situava a resposta omitida.

Os resultados podem ser observados nas primeiras colunas da tabela 3, onde encontram-se os domínios e as porcentagens de concordância, observadas entre os valores do teste e do reteste. Nota-se que é alto o nível de concordância, com um mínimo de 94,3%. Os coeficientes de correlação intraclasses foram calculados através de análise de variância e estimam o limite superior da proporção da variabilidade total do escore que é explicada pela variação dentro dos testes e não entre indivíduos.

Além disso, o coeficiente de Spearman – Brown mede a confiabilidade depositada na média das medidas. Em todos os domínios, observa-se que houve bons níveis de correlação e altos valores de confiabilidade nos escores. (TABELA 3)

### DISCUSSÃO

Um instrumento tal como a EASC – Escala de Avaliação do Significado do Cuidar procura verificar o grau de adesão do indivíduo a uma série de afirmações que sejam expressões de algo favorável ou desfavorável em relação a um objeto psicológico. O conjunto de afirmações focaliza uma atitude tendo por base três grandes vertentes: teórica, empírica e analítica (Pasquali, 2010).

Os resultados desta pesquisa mostraram que esta escala apresenta bons indicadores de validade de construto, e, devido às suas propriedades psicométricas, apresenta correlações significativas entre as variáveis. Sendo

multifatorial, a Escala de Avaliação do Significado do Cuidar (EASC) permite avaliar, com escores de medida independentes, diferentes dimensões do cuidar: característica humana, imperativo moral ou ideal, afeto, relação interpessoal e ação terapêutica. Com estas cinco dimensões observa-se que existe estreita relação entre a enfermagem e a humanização da assistência preconizada como direito de todos.

Cuidar do outro é uma das razões pelas quais as pessoas escolhem uma profissão da área da saúde. Ao exercer a sua profissão os conflitos de interesses podem dificultar o pleno exercício dos direitos de quem cuida e de quem é cuidado o que vem reforçar os conceitos éticos e de cuidados como atividade terapêutica (Bison, Furegato e Santos, 2007; Peplau, 1993; Shiratori et al, 2003; Waldow, 1999; Gonzalez e Ruiz, 2011; Shoeller, Leopardi e Ramos, 2011).

As políticas públicas definem leis e normatizações para atender as necessidades das pessoas e as demandas da coletividade. Felizmente, as propostas de humanização da assistência, tanto em nível nacional como internacional, reforçam as dimensões do cuidar propostas por Morse, sustentadas por valores de respeito aos direitos e à autonomia com a participação ativa dos sujeitos em todas as instâncias do processo saúde/doença. Em conformidade com as políticas internacionais de defesa dos direitos do cidadão, o Ministério da Saúde brasileiro preconiza que se incluam nas ações em saúde os diferentes sujeitos que participam desde suas singularidades, no planejamento, na implementação e na avaliação dos processos de produção de saúde e de formação do trabalhador de saúde, com vistas a humanizar as práticas de gestão e de cuidado (Brasil, 2010).

A experiência dos autores na construção e validação deste instrumento, assim como a participação direta de alunos e enfermeiros na amostragem (tanto na primeira fase de validação do construto como na segunda fase de validações da sua consistência e reprodutividade) permitem afirmar que a EASC configura-se como um instrumento de medida adequado para se avaliar o significado atribuído pelos enfermeiros ao ato de cuidar.

As informações obtidas com este instrumento poderão contribuir para a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, pois oferece indicadores das várias dimensões do cuidado de enfermagem, no desempenho de suas atribuições junto às equipes de atenção à saúde das populações.

Os resultados desta pesquisa contribuem para reforçar o poder de avaliação da atitude do enfermeiro em relação à assistência de enfermagem no cuidado da pessoa que precisa de cuidados preventivos, curativos ou de reabilitação em saúde.

Ressalta-se que a eliminação da questão de número 3 do instrumento original não afeta o desenho teórico sob o qual foi construído e traz melhorias importantes para sua consistência interna.

## CONCLUSÕES

Os resultados das aplicações dos testes para validação do instrumento Escala de Avaliação do Significado do Cuidar (EASC) demonstraram que trata-se de um instrumento consistente e de boa reprodutibilidade.

A escala original já foi utilizada, antes dos atuais procedimentos de validação, com resultados expressivos. Futuras investigações poderão confirmar sua eficácia e trazer novos resultados que contribuirão para melhorar o cuidado de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- Almeida, D.V. (2012) A humanização dos cuidados em saúde: uma proposta conceitual. AB Editora, Goiânia.
- Bison, R. A. P; Furegato, A. R. ; Santos, J. L. F. (2007) La percepción del cuidar entre estudiantes y profesionales de enfermería. *Index Enferm.* 16(56):30-4. Disponível [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962007000100007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100007). baixado 20 de junho de 2013.
- Bradley, P; Falk-Rafael, A. (2011) Instrumental care and human-centered caring: rhetoric and lived reality. *Adv. Nurs. Sc.* 34(4):297-314.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. (2010) Série B. Textos Básicos de Saúde - Cadernos HumanizaSUS, Brasília: Ministério da Saúde.
- Christovam, B. P; Porto, I. S; Oliveira, D. C. (2012) Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 26(3):734-41.
- Freeth, R.. (2007) Humanising psychiatry and mental health care: the challenge of the person-centred approach. Radcliffe Publishing, Oxford.
- Furegato, A. R. F; Morais, M. C. (2009) Bases do relacionamento interpessoal em enfermagem. In: *Programas de Atualização em Enfermagem – PROENF: Saúde do adulto, Ciclo 4, Modulo 1.* Artmed. Porto Alegre: 45-73.
- Siles, J; Ruiz, M. C. S. (2011) A história cultural e a estética dos cuidados de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 19(5):1096-105. Disponível [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000500006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). baixado 20 de junho de 2013.
- Morse, J. M. (1991) Comparative analysis of conceptualizations and theories of caring. *J. Nurs. Schol.* 23(2):119-26.
- Morse, J. M. (1995) Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of concept analysis. *Adv. Nurs. Sc.* 17(3):31-46.
- Pasquali, L. (2010) Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Artmed, Porto Alegre.
- Peplau, H. E. (1993) *Relaciones interpersonales en enfermería.* Ed. Científicas y Técnicas, Barcelona.
- Schoeller, S. D.; Leopardi, M. T.; Ramos, F. S. (2011) Cuidado: eixo da vida, desafio da enfermagem. *Rev. Enferm. UFSM.* 1(1):88-96.
- Shiratori, K.; Figueiredo, N. M. A.; Porto, F; Silva, C. S. I.; Teixeira, M. S. (2003) O sentido de ser humano: uma base reflexiva para o cuidado de enfermagem. *Rev. Enferm. UERJ.* 11(2):212-16.
- Vergel, L. L. H.; Betancourt, D. M. Z.; Guerra, A. J. M. (2010) La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. *Rev. Cubana Enferm.* 26(1):30-41. Disponível [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192010000100007&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192010000100007&script=sci_arttext). baixado 20 de junho de 2013.
- Vielva, J. (2002) *Ética profesional de la enfermería.* Editorial Descleé De Brouwer, Bilbao.
- Waldow, V. R. (1999) *Cuidado Humano: o resgate necessário.* Sagra Luzzatto, Porto Alegre.
- Winer, B. J.; Brown, D. R.; Michels, K. M.(1991) *Statistical principles in experimental design.* 3. McGraw-Hill, New York:

Tabela 1 - Valores alpha de Cronbach obtidos na análise do instrumento que avalia o significado do cuidar Uberaba, MG, 2012

DOMÍNIO	Sem eliminação	Com eliminação	Item eliminado	Aumento percentual obtido pela eliminação
1- O cuidado como característica pessoal humana	0,62	0,63	Q35	1,6
2- O cuidado como imperativo moral	0,66	0,70	Q3	6,1
3- O cuidado como afeto	0,63	0,66	Q8	3,9
4- O cuidado como relação interpessoal	0,63	0,66	Q34	5,5
5- O cuidado como intervenção terapêutica	0,71	0,72	Q28	1,3
Todas as questões	0,74	0,70	Q35-Q3- Q8-Q34- Q28	-5,4
Entre os 5 domínios	0,44	0,31		-30,0

Tabela 2 - Valores do Coeficiente Alpha de Cronbach para o instrumento EASC - Uberaba, MG, 2012

DOMINIO	Coeficiente Alpha
1- O cuidado como característica pessoal humana	0,62
2- O cuidado como imperativo moral	0,66
3- O cuidado como afeto	0,63
4- O cuidado como relação interpessoal	0,63
5- O cuidado como intervenção terapêutica	0,71
Todas as questões em conjunto	0,74
Entre os 5 domínios	0,45

Tabela 3- Concordância entre testes e resultados da análise de reprodutibilidade - Uberaba, MG, 2012

DOMÍNIO	Concordância Observada (%)	Coeficiente de Correlação Intraclasse	Confiabilidade	
			Spearman Brown	Intervalos
1- O cuidado como característica pessoal humana	95,6	0,72	0,84	0,76- 0,90
2- O cuidado como imperativo moral	95,0	0,79	0,88	0,82- 0,92
3- O cuidado como afeto	94,3	0,66	0,80	0,69- 0,87
4- O cuidado como relação interpessoal	96,1	0,72	0,84	0,75- 0,89
5- O cuidado como intervenção terapêutica	95,1	0,63	0,78	0,66- 0,85

## Escala de Avaliação do Significado do Cuidar – EASC

Este questionário contém 44 afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada uma, assinale a opção que melhor representa a sua opinião sobre o conteúdo da afirmação.

Afirmativas	Discordo total mente	Discordo	Em dúvida	Concordo	Concordo total mente
1.Manter as próprias unhas cuidadas é importante					
2.O enfermeiro não deve expressar seus sentimentos durante o cuidado					
3.Estou sempre atenta às alterações da minha saúde.					
4.O ato de cuidar exige competência					
5.Durmo satisfatoriamente, todos os dias					
6.Habitualmente, procuro fazer uma alimentação equilibrada					
7.Ao cuidar, o enfermeiro deve ser imparcial					
8.A meiguice precisa estar presente no ato de cuidar					
9.Cuidar é um ato de compaixão					
10.A aparência pessoal é importante para o cuidado.					
11.Quem que cuida deve saber o que o paciente pensa sobre as próprias necessidades					
12.A relação de empatia com o outro é importante no cuidado					
13.Cuidar do próprio corpo é importante.					
14. Cuidar envolve compromisso de um ser humano para com outro					
15.O cuidado envolve afetividade					
16.Eu gosto de ser enfermeiro					
17.Cuidar envolve manejo adequado das situações que se apresentam					
18.O enfermeiro deve ser bem-humorado no desempenho do cuidado					
19.Cuidar envolve organização					
20.Cuidar envolve gentileza					
21.Cuidar envolve o ideal de servir					
22.Sendo impessoal o enfermeiro cuida melhor					
23.O cuidado exige destreza					
24.O cuidado envolve real interesse de quem cuida					
25.O cuidado deve ser planejado					
26.Para cuidar, o enfermeiro deve observar as normas institucionais					
27.A percepção que o cliente tem do enfermeiro interfere no cuidado					
28.Educação deve fazer parte do cuidado de enfermagem					
29.Eu me cuido praticando atividade física					
30.O bom cuidado depende da execução correta das técnicas de enfermagem					
31.O código de ética deve ser colocado em prática no cuidar					
32.O cuidado não tem preço					
33.Para cuidar, o enfermeiro utiliza procedimentos metódicos					
34.Habitualmente, utilizo o recurso da auto-medicação					
36.Quem cuida precisa ter responsabilidade, respeito e honestidade					
36.Ao cuidar o enfermeiro deve valorizar a comunicação					
37.Considero os direitos e os deveres do cidadão ao praticar o cuidado					
38.Cuidar envolve delicadeza					
39.A relação de confiança é necessária para o cuidado					
40.Reservar algum tempo para o próprio lazer é importante					
41.Quem que cuida deve considerar os valores do outro					
42.Quem cuida deve estar bem consigo mesmo					
43.O cuidado envolve perspicácia do enfermeiro					
44.Cuidar é sinal de solidariedade.					

# Miscelánea

## Biblioteca comentada

### CULTURA DE LOS CUIDADOS: HISTORIA DE LA ENFERMERÍA IBEROAMERICANA

José Siles González, Taka Oguisso, Genival Fernandes de Freitas, Paulo Fernando Souza Campos (Eds.)

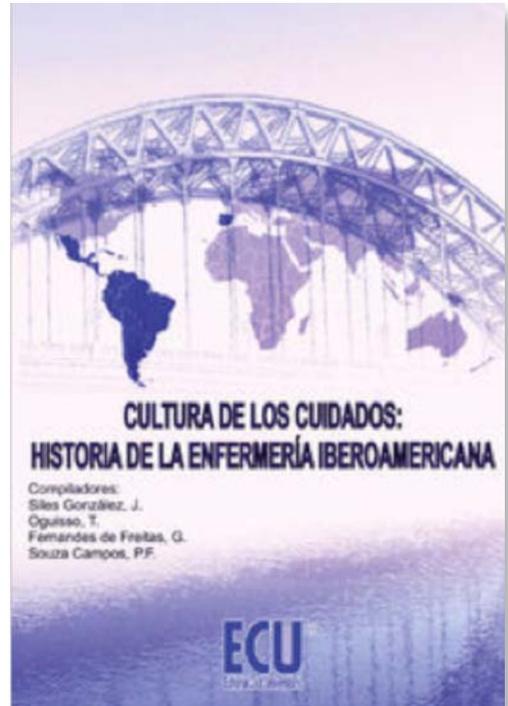
Editorial: Editorial ECU. 9,41 € IVA incluido

¡Por fin en formato: Formato eBook!

Cómo citar este artículo en edición digital:  
Miscelánea (2013) Cultura de los cuidados:  
historia de la enfermeira Iberoamericana.  
Cultura de los Cuidados.17, 37. Disponible  
en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.37.10>

<http://grammata.es/ebooks/95612/cultura-de-los-cuidados-historia-de-la-enfermeria-iberoamericana.html>

Este libro es el resultado de la voluntad de un grupo de investigadores de la historia de la enfermería en el ámbito iberoamericano, que se han unido para alcanzar un objetivo hasta hace poco menos que impensable o utópico: describir el estado de la historia de la enfermería en el amplio y complejo contexto cultural conformado por los países iberoamericanos. La historia de los cuidados, que abarca el vasto panorama internacional donde se habla el portugués y/o el español como denominador común y aglutinante cultural, contribuye al conocimiento y a la comprensión de las diversas formas de pensar y practicar la enfermería a través del tiempo. En este estudio se revela la historia de la enfermería iberoamericana como referente imprescindible para vertebrar, desde la diferencia, el respeto y la tolerancia, una visión global con un sentimiento colectivo que une des-



de el acatamiento de la pluralidad constatable en la diversidad cultural de los cuidados en Iberoamérica. Sin duda, este texto representa el origen de un prolongado proceso de colaboraciones mediante las que se van a llevar a cabo intercambios de experiencias investigadoras, trasiego de conocimientos producidos mediante las mismas y todo ello, por supuesto, en el marco entrañable de los pasados y futuros encuentros internacionales de cultura de los cuidados e historia de la enfermería iberoamericana.

## LA FUNDACIÓN INDEX, PREMIO A LA MEJOR INSTITUCIÓN O ENTIDAD

Cómo citar este artículo en edición digital:  
Miscelánea (2013) Premio MEDES A LA  
Fundación Index. Cultura de los Cuida-  
dos.17, 37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.37.11>

La Fundación Index ha sido galardonada con el Premio a la Mejor INSTITUCIÓN o ENTIDAD destacada en la promoción y difusión de la publicación médica en español. El acto de entrega de tan prestigioso y merecido galardón patrocinado por la Fundación Lilly tuvo lugar en la tarde del 4 de Diciembre de 2013 en las dependencias de la Real Academia Nacional de Medicina, recibiendo el presidente de la Fundación



El Dr. Manuel Amezcua (foto de archivo)

Index, el Dr. Manuel Amezcua, el mencionado galardón. Desde aquí, nuestras más sinceras felicitaciones a la Fundación Index y a todos sus integrantes.

**medes**  
medicina en español

CONVOCATORIA  
**2013**  
Premios MEDES

La Fundación Lilly tiene el placer de invitarle al  
**ACTO DE ENTREGA**  
**PREMIOS MEDES**  
medicina en español  
**2013**

MEDES-Medicina en Español es una iniciativa de la Fundación Lilly. Los Premios MEDES se crearon para incentivar aquellas iniciativas que favorecen la utilización de nuestro idioma en la comunicación del conocimiento de las ciencias de la salud, en general, y del conocimiento médico en particular, así como para destacar la tarea llevada a cabo por las instituciones o entidades que hacen posible la producción y/o difusión de la literatura científica en español.

Real Academia Nacional de Medicina  
Calle Arrieta, 12  
28013-MADRID  
Miércoles, 4 de diciembre de 2013  
19:00 horas

Si desea confirmar su asistencia, por favor, pulse AQUÍ  
También puede hacerlo llamando al teléfono 917815070

Área de la Industria S.D. - 28108, Alcobendas Madrid - Tel.: +34 917 815 070 - Email: [RNM@fundacionlilly.com](mailto:RNM@fundacionlilly.com) - [www.fundacionlilly.com](http://www.fundacionlilly.com)

**SOLTANDO AMARRAS.  
CLAVES PARA COMPRENDER LA  
HISTORIA PENDIENTE DE LA  
ENFERMERÍA EN ARGENTINA**

Cepeda, Agustina Reseña:

Morrone, Beatriz Soltando amarras. Claves para comprender la historia pendiente de la enfermería Argentina. Ediciones Suárez, Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

3era. Edición, 2013

256p. ISBN 978-987-1732-96-8

Cómo citar este artículo en edición digital:

Miscelánea.Cepeda, A. Reseñade:

Morrone, B. (2013) Soltando amarras. Cultura de los Cuidados.17, 37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.37.12>

Soltando amarras. claves para comprender la historia pendiente de la enfermería en Argentina se presenta con un doble objetivo: por un lado historizar las tramas y los nudos gordianos de la profesionalización de la enfermería y su relación con los campos de poder y las dinámicas del sistema sanitario local. Por otra parte, Morrone propone comprender esa memoria histórica como una memoria política de la Argentina contemporánea.

La publicación está organizada en cinco capítulos, cada uno de ellos hace referencia centralmente a un momento de la historia de la profesión de la enfermería en Argentina que se lee ensamblada con la historia política local y latinoamericana.

En el primer capítulo “La colonización y la atención a la salud: ¿encuentro de culturas?” la autora reconstruye con un detallado trabajo

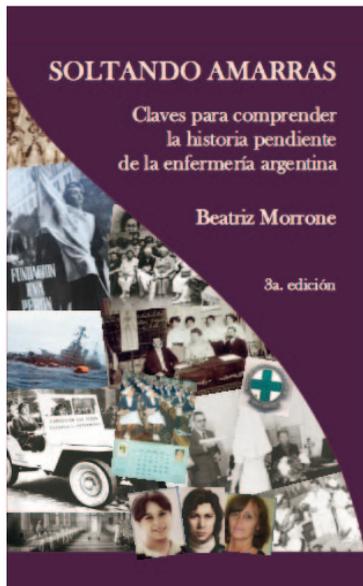
de revisión de fuentes históricas el papel de las enfermeras en los escenarios coloniales y pos-coloniales del Rio de la Plata, con el objetivo de refutar la interpretación tradicional y dominante de la historia de la medicina que estableció el carácter auxiliar de la enfermería y su definición centrada en el estereotipo que apela a una matriz confesional-vocacional.

En este capítulo se relata la historia de la salud en el espacio de las guerras de la independencia a lo largo del siglo XIX rescatando a las primeras curanderas, enfermeros y enfermeras que estuvieron en el frente de batalla en la atención a las milicias tanto urbanas y rurales.

El segundo capítulo se denomina “La revolución sanitaria. Tensiones y ruptura: la enfermería en la gestión de Ramón Carillo”. La autora describe el proceso de construcción del moderno sistema sanitario argentino durante la presidencia del Juan Domingo Perón y la administración

del primer Ministro de Salud Pública Dr. Ramón Carillo. En este apartado encontramos la historia de la Escuela de Enfermería y de la escuela de Enfermeras de la Fundación Eva Perón como un primer paso en la gestión política en salud de secularizar la formación de las futuras enfermeras, profesionalizando la disciplina y modernizando el campo de acción de las mismas. Es interesante como la autora rescata a partir de testimonios y documentos personales, las tensiones en el campo sanitario argentino durante el peronismo, haciendo especial hincapié en

las disputas entre las Escuelas de Enfermeras por el control en la formación y en el perfil profesional de las alumnas. Morrone propone reconocer



la historia de la enfermeras durante el peronismo como un ejemplo de los nuevos sentidos otorgados a las mujeres en la política y en el mundo del trabajo.

El tercer capítulo “La militancia política de los enfermeros: resistencia y lucha en la segunda mitad del siglo XX” observa centralmente las desapariciones de enfermeros y enfermeras durante la última Dictadura cívico-militar en Argentina (1976-1983) y su preocupante ausencia en el relato oficial de la profesión en los distintos ámbitos de formación. Morrone retoma los testimonios y las historias de militancia política desde los puestos de trabajo de la profesión de enfermeros/as al mismo tiempo que desnuda las complicidades del sistema de salud en el circuito de las desapariciones. Esta memoria política de la profesión se atreve a contar también la complicidad de algunos profesionales con el Terrorismo de Estado a partir de las tareas desarrolladas en campos de concentración y maternidades clandestinas. La historia vedada y “no dicha” en los espacios profesionales, es para Morrone una de las causas de la deficitaria participación gremial para generar espacios de poder que tiene la disciplina, ya que existió un esfuerzo desde las propias organizaciones profesionales hegemónicas de mantener despolitizado el relato oficial.

El cuarto capítulo “La actuación de los enfermeros argentinos en la guerra del siglo XX” describe cómo fue el desarrollo de la enfermería en el marco de la guerra de Malvinas (1982). En este acápite se explica el desarrollo tecnológico de los hospitales principales, buques hospitales y de la función de la enfermería en las Fuerzas Armadas. Esta investigación permite leer el conflicto bélico desde otra arista, por ejemplo, a partir de los testimonios de sobrevivientes enfermeros del Buque General Belgrano que describen la experiencia en primera persona, centrándose en las decisiones éticas y profesionales que tuvieron que tomar en el marco del conflicto.

El último capítulo “Invisibilización y hegemonía en la formación y el control del ejercicio” propone una revisión de la historia de la enfermería Argentina y de sus asociaciones profesionales. Morrone señala que el discurso oficial de éstas últimas, y de los órganos de control socio-corporativo y educativos, desde el protomedicato hasta nuestros días, escribieron el perfil de las y los enfermeros desjerarquizando su lugar en el campo sanitario. La autora detalla la historia de la enfermería al interior del sistema educativo, de los planes de estudio, para explicar su estancamiento en el desarrollo científico y profesional. El paso de los modelos de formación (de la Escuela-Hospital a la Escuela Universitaria) hasta la sanción de la ley 24.004 que regula el ejercicio profesional en 1991 y que marcaría, en teoría, un punto de inflexión.

Cada uno de los capítulos de este libro termina con la misma premisa: el disciplinamiento de la profesión se produjo a través del borramiento de las memorias colectivas de las historias de los y las profesionales enfermeros.

Las claves que propone Beatriz Morrone en *Soltando Amarras* es desarmar y desanudar las falacias sobre las cuales se construyó el relato oficial acerca de la enfermería y las consecuencias que éste tuvo y tiene sobre la constitución de la identidad profesional.

La más importante de estas falacias y que atraviesa todo el libro es aquella que establece que la enfermería es una profesión subalterna porque no hay representantes enfermeros/as en el Ministerio de Salud, en los sectores claves de las agremiaciones que los representan. En relación a este punto, Morrone plantea que la vinculación de las organizaciones nacionales con las internacionales, presionaron para que la profesión en lugar de empoderarse fuera cada vez más débil en torno de la identidad y representación profesional hacia las propias filas de la formación de la enfermería. Los organismos internacionales como la

OPS no se cuestionaban en sus propósitos, aún cuando dañaban las demandas y necesidades del sector, la ausencia de una ley que regulara la actividad, (ley sancionada en el año 1991) deja al descubierto esta otra falacia: después de 20 años la ley no resolvió todo lo pertinente a la regulación de la actividad por el lugar que las propias asociaciones profesionales tienen en la visibilización de los conflictos. El control que existía sobre la actividad, exigía entre otras cosas, reforzar la feminización de la carrera, por ejemplo como requisito para el acceso a los puestos sanitarios vacantes. En este sentido, Morrone rastrea cómo desde 1940 la continua participación de las Directoras de las Escuelas de enfermería, responsables o coautoras de la historia oficial de la enfermería anclada en relatos amorosos del cuidado maternal de las mujeres no como profesionales sino como mujeres con vocación de servicio.

Las falacias sobre la apatía política de los enfermeros/as la autora las confronta con los militantes enfermeros/as desaparecidos en servicio durante la última dictadura y con los responsables de colaboración con el terrorismo de Estado en Argentina, y en Latinoamérica a partir de la aplicación de un modelo de salud que generaba lazos de dependencia más fuertes con los países centrales: dependencia financiera, tecnológica, farmacológica que acentuaron la costosa medicalización de la salud.

Para no contar la historia de esta participación política sobre las decisiones del universo de la salud de nuestro país, es que se inscribió a la enfermería como profesión en un relato histórico que negó el accionar político y militante: de quienes formaron parte de la toma de estas decisiones y de quienes se resistieron a ellas.

Morrone relata con una investigación minuciosa el proceso de eliminación de la historia de la enfermería de los planes de estudio, la colonización de la disciplina y de la práctica profesional por el relato sesgado desde el positivismo de

una historia oficial que niega a los sujetos activos, desnuda el mito de Florence Nightingale para postular que de este modo y a través de este mito la enfermería no logra entender su presente, porque no conoce su pasado. Lo que se ha construido como pasado de la profesión es un mito que enaltece cualidades y borra las acciones políticas y profesionales, donde la enfermería es reducida a una cuestión técnica que produce alienación.

Este libro se presenta como un acto de reparación colectiva, una demanda del campo disciplinar por marcos epistemológicos propios y en presencia de una reflexión teórica que piense a la memoria profesional en el marco de las memorias políticas y sociales de la Argentina contemporánea.

**Cepeda, Agustina. Grupo de Estudios sobre Familia, Género y Subjetividades, Centro de Estudios Histórico y Sociales (CEHIS). Facultad de Humanidades. Universidad Nacional de Mar del Plata. e - mail: [agustinacepeda@yahoo.com.ar](mailto:agustinacepeda@yahoo.com.ar)**

**NIDIA HERNÁNDEZ MELITA. ENFERMERA QUE TRASCIENDE FRONTERAS**

Cárdenas, L.; Chamizo, C.; Carrasco, A.; Fascioli, L. Prólogo de Velandia Mora, Ana Luisa.

Impreso CBA. Uruguay ISBN 978-9974-99-212-2 Páginas 114.

Cómo citar este artículo en edición digital: Miscelánea. Morrone, B. Reseña de: Nidia Hernández MELITA. Enfermera que trasciende fronteras. Cultura de los Cuidados.17, 37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.37.13>

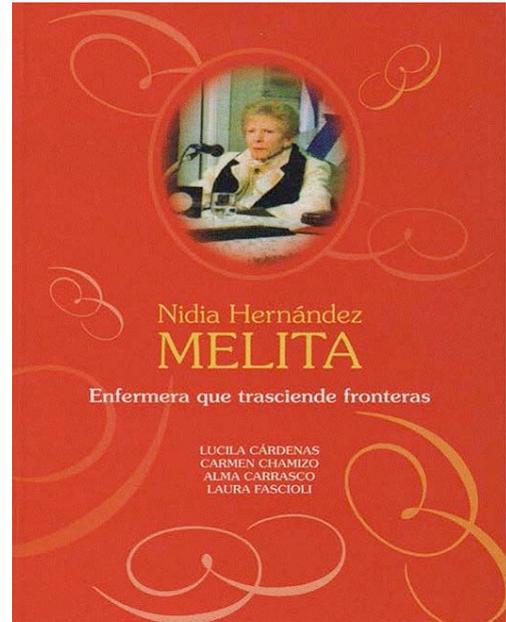
**Beatriz Morrone**

Profesora Titular- Investigadora  
Universidad Nacional de Mar del Plata.  
Argentina.  
[bmorrone@infovia.com.ar](mailto:bmorrone@infovia.com.ar)

Si debiera sintetizar la sensación que produce la lectura de este libro es justamente lo que Melita sobradamente cosecha por su trabajo: un amoroso homenaje público interminable. El libro permanecerá más allá, (como en este caso), de la propia Melita, y de los autores de esta obra.

Si bien a Melita se le han realizado muchos y diversos homenajes, entre abrazos y admiración de sus colegas, acá dejan en papel sentimientos, anécdotas, referencias académicas e inclusive un capítulo que rescata la propia escritura de Melita-refiriéndose a una de sus producciones-, el recordado rescate de la vida, obra e influencia de Ana Packer, enfermera comunitaria pionera del Uruguay.

Escribir esta reseña no me exige de expresar y agradecer la fuerte influencia que ella tiene sobre mi decisión de virar esfuerzos académicos y situar mis investigaciones hacia la historia de la profesión. Antes de ese salto Melita me acompañó/alentó en mis investigaciones sobre violen-



cia sanitaria en el área de atención de la salud a las mujeres, escribiendo los prólogos de dos de mis libros. No retaceó valor, dio un salto sin red, estando ella sobradamente reconocida para quedarse en un lugar cómodo; y escribió prólogos sobre género y salud, violencia institucional sanitaria, acompañando las publicaciones de mis investigaciones de campo, que a mediados de los 90s fueron provocadoras. Dio Melita ejemplo de militancia profesional en enfermería comunitaria en la atención a la mujer, cubriéndome la espalda.

Su influencia trasciende fronteras como anuncia el título del libro, y no solo las cercanas.

Presentar este libro con la historia de vida de Nidia “Melita” Hernández, es un aporte para incrementar la visibilidad social de la profesión socializando, a partir de personajes claves contemporáneos los aportes que contribuyen a su fortalecimiento.

Melita es licenciada en Enfermería y licenciada en Historia, así como sus conocimientos son tan extensos como su profusa vida. Se sitúa en la práctica comunitaria y en la docencia universita-

ria, siendo reconocida por la Universidad de la República con la distinción de Profesora Emérita de la UdelaR

En cuanto a la obra se articula en cuatro capítulos escritos a “cuatro manos”, por Lucila Cárdenas Becerril (México), Carmen Chamizo Vega (España), Alma Carrasco y Laura Fascioli (Uruguay), y contiene tres apartados, uno de los cuales da voz/escritura a la propia Melita y otro aporta la crónica del homenaje realizado a Ana Packer en Rivera. Esto último a consecuencia del rescate histórico que Melita y Selva Chirico realizan luego de cinco años de investigación sobre la primera enfermera comunitaria pionera del Uruguay, y gracias a esta labor hoy disponemos de “Ana Packer Davison. Construyendo el saber y hacer enfermero. 1841 – 1930”.

Este libro, como bien menciona en su prólogo la Dra. Ana Luisa Velandia Mora (Colombia), es “la historia de vida, dada su particularidad de producción, se sitúa en una posición privilegiada ya que, a primera vista, resulta obvio que implica mucho más que la tarea de recopilar, elegir, ordenar e interpretar documentos de diversa índole”, y es por eso que constituye un aporte de gran valor para redimensionar no solo a Melita, sino que interpela para repensar la necesidad de rescatar historias de vida de colegas claves para el desarrollo de la profesión en nuestros países.

Gracias a este libro los lectores se acercarán a Melita como figura clave de la enfermería comunitaria en Uruguay, como historiadora de la profesión, como docente universitaria y como académica reconocida internacionalmente. Pero también para entenderla en las facetas antes mencionadas conocerán a la profesional, amiga, compañera, ciudadana comprometida, mujer inquieta e inteligente, siendo interpretada en su momento histórico y dentro de su país. Como si lo antedicho fuera poco para merecer que varias colegas, de diferentes edades y distintos países hayan puesto esfuerzo y conocimiento en escri-

birlo, se debe resaltar que Melita, como menciona Ama Carrasco, es una notable trabajadora en el ámbito de las políticas de hermandad fronteriza y su enclave geográfico (fronteriza entre Uruguay y Brasil) le permitió generar números proyectos convirtiendo este desafío en oportunidad creativa.

Finalmente me permito recomendar la lectura y resaltar que adentrándonos en las historias de vida de personajes claves para la profesión como se menciona anteriormente, los hallazgos no se ciñen solo a lo aparentemente dilucidado, sino que podemos leer partes de las historias que contienen la vida de Melita, esto es partes de la historia de la enfermería, de la atención de la salud, de las instituciones sanitarias y educativas, y de la historia del Uruguay en la etapa que le tocó vivir.

## REVISTA DE ENFERMERÍA Y HUMANIDADES

### DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos

Domicilio

Población  Cód. Postal  Provincia

Teléfono  Actividad profesional

### BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

Deseo suscribirme por un año (tres números) al precio de 12 euros que abonaré mediante:

- Cheque bancario nominativo adjunto n.º \_\_\_\_\_
- Transferencia a BANCAJA, cuenta N.º **2077 0482 16 3100 518783**
- Domiciliación bancaria

*Departamento de suscripción: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)  
C/. Xàbia, 4 - 3º Pta. 10 - 46010 Valencia*

### Cultura de los Cuidados

#### ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco o Caja de Ahorros

Domicilio de la Sucursal

Población  Cód. Postal  Provincia

Cuenta Corriente. Libreta de Ahorros N.º

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Clave del Banco	Clave y n.º de control de la sucursal	N.º de Cuenta Corriente

*Ruego a ustedes se sirvan tomar nota del recibo que deberé abonar anualmente en mi cuenta con esta cantidad cuyo recibo será presentado para su cobro por el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).*

Nombre del titular de la cuenta o libreta

\_\_\_\_\_

Fdo.:



CONSEJO DE ENFERMERÍA DE LA  
COMUNIDAD VALENCIANA



ASOCIACIÓN NACIONAL DE HISTORIA  
Y ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante  
Escuela Universitaria de Enfermería