

## La práctica clínica del enfermero en la atención básica: un proceso en construcción

Silvia Matumoto<sup>1</sup>

Cinira Magali Fortuna<sup>1</sup>

Lauren Suemi Kawata<sup>2</sup>

Silvana Martins Mishima<sup>3</sup>

Maria José Bistafa Pereira<sup>4</sup>

Este estudio tuvo por objetivo presentar el movimiento de dar nuevo significado a los conceptos de la práctica clínica de enfermeros en la atención básica en proceso de calificación en la perspectiva de la clínica ampliada y educación permanente. Realizamos una investigación-intervención aprobada en comité de ética. Nueve enfermeros participaron del grupo de reflexión, de septiembre a diciembre de 2008, en Ribeirao Preto, SP, en Brasil. Cartografiamos el proceso dar nuevo significado a los conceptos propuesto por el análisis institucional. Los resultados apuntan que los enfermeros perciben diferencias en el quehacer clínico, al reconocer el sentido de la clínica centrada en el usuario, los límites y tensiones de lo cotidiano y la necesidad de obtener soporte de la administración y del equipo para el manejo de situaciones y problemas de los usuarios. Identifican que necesitan abrir espacio en la planificación para realizarla. Concluimos que la práctica clínica del enfermero se viene consolidando y que los procesos colectivos de análisis posibilitan aprendizajes y la reconstrucción de las prácticas.

Descriptores: Enfermería en Salud Pública; Atención Primaria de Salud; Aprendizaje; Trabajo; Conocimientos, Actitudes y Práctica en salud.

<sup>1</sup> Enfermeras, Doctor en Enfermería, Profesor Doctor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: Silvia - smatumoto@eerp.usp.br, Cinira - fortuna@eerp.usp.br.

<sup>2</sup> Enfermera, Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. Profesor Asistente, Universidade Federal de Uberlândia, MG, Brasil. E-mail: lsuemi@hotmail.com.

<sup>3</sup> Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: smishima@eerp.usp.br.

<sup>4</sup> Enfermeras, Doctor en Enfermería, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: zezebis@eerp.usp.br.

Correspondencia:

Silvia Matumoto

Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública

Av. dos Bandeirantes, 3900

Bairro: Campus Universitário

CEP: 14040-902

Ribeirão Preto, SP, Brasil.

E-mail: smatumoto@eerp.usp.br

## **A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção**

Este estudo objetivou apresentar o movimento de resignificação dos sentidos da prática clínica de enfermeiros, na atenção básica, em processo de qualificação, na perspectiva da clínica ampliada e educação permanente. Realizou-se pesquisa-intervenção aprovada em comitê de ética. Nove enfermeiros participaram do grupo de reflexão, de setembro a dezembro de 2008, em Ribeirão Preto, SP, Brasil. Cartografou-se o processo de resignificação dos sentidos proposto pela análise institucional. Os resultados apontam que os enfermeiros percebem diferenças no fazer clínico, ao reconhecer o sentido da clínica centrada no usuário, os limites e tensões do cotidiano e a necessidade de respaldo da gerência e da equipe para o manejo de situações e problemas dos usuários. Identificou-se a necessidade de abrir espaço na agenda para realizá-la. Conclui-se que a prática clínica do enfermeiro vem se consolidando e que processos coletivos de análise possibilitam aprendizagens e reconstrução das práticas.

Descritores: Enfermagem em Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde; Aprendizagem; Trabalho; Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde.

## **Nurses' Clinical Practice in Primary Care: a Process Under Construction**

This study aims to present the re-signification process of the meanings of nurses' clinical practice in primary care from the perspective of extended clinic and permanent education. An intervention research was carried out with the approval of an ethics committee. Nine nurses participated in reflection groups from September to December 2008 in Ribeirão Preto-SP-Brazil. The redefinition process of the meanings proposed by the institutional analysis was mapped. The results point out that the nurses perceive differences in clinical work, by acknowledging the sense of user-centered clinical practice; daily limits and tensions and the need for support from managers and the team to deal with users' problems and situations. They identify the necessity to open space in the schedule to do that. It was concluded that nurses' clinical practice is being consolidated, and that collective analysis processes permit learning and the reconstruction of practices.

Descriptors: Public Health Nursing; Primary Health Care; Learning; Work; Health Knowledge, Attitudes; Practice.

## **Introducción**

Estudiamos la práctica clínica del enfermero en la atención básica brasileña, entendiéndola como práctica social, esto es, aquella realizada a partir de necesidades sociales de cada momento histórico y que se constituye y se transforma en la dinámica de las relaciones con otras prácticas<sup>(1)</sup>.

En la década del 70, durante el período de la "Programación de la Salud" en el estado de Sao Paulo, la atención a la salud se estructuraba a través de programas, y los enfermeros actuaban en centros de salud

desarrollando acciones preferencialmente administrativas, de supervisión, entrenamiento, control y coordinación del personal de enfermería<sup>(2)</sup>. En las décadas de 80 y 90, la expansión del acceso a los servicios y la propuesta de articular la atención médica individual con acciones de salud colectiva resultaron, predominantemente, en acciones del tipo atención rápida y el trabajo de los enfermeros se dirigía a la organización y manutención de la infraestructura del servicio para la atención médica, la organización del trabajo de enfermería y algunas acciones

de la salud colectiva como vacunación y vigilancia epidemiológica<sup>(1,3)</sup>.

El proceso de implantación del Sistema Único de Salud (SUS) dirigido por sus principios y por el concepto de salud como producción social compone el contexto de dar nuevos significados al trabajo del enfermero en el ámbito de la atención básica. Está previsto entre sus atribuciones, no sólo el trabajo de administración y de organización del servicio de salud y enfermería, pero también la realización de acciones clínicas de atención directa al usuario. A pesar de eso, las prácticas de enfermería se han configurado más centradas en la atención rápida y en la producción de procedimientos<sup>(1)</sup>. Existe, por lo tanto, necesidad de revisar la práctica clínica del enfermero, para que se constituya en integral y resolutoria, centrada en el usuario, considerando su singularidad y respetando la autonomía del sujeto que necesita de cuidados<sup>(4-5)</sup>.

El trabajo de enfermería tienen la función de prestar asistencia al individuo sano o enfermo, familia y comunidad, desempeñando actividades para promoción, manutención y recuperación de la salud, así, contribuyendo con la implementación y consolidación del SUS<sup>(5)</sup>.

El Ministerio de la Salud propone la atención básica como eje de la organización del sistema de salud y la Salud de la Familia (SF) como estrategia prioritaria para promover cambios en las prácticas de salud orientadas por los principios del SUS<sup>(4)</sup>.

Para la enfermería, la estrategia de la Salud de la Familia representa la posibilidad de reorientar sus acciones en dirección a las necesidades de la salud de los usuarios y no para la racionalización del trabajo del profesional médico. La práctica de enfermería en esa perspectiva se dirige para su finalidad específica, el cuidado de enfermería<sup>(6)</sup>.

El enfermero al desempeñar su papel social de cuidador vive las tensiones propias de la producción de los actos de salud: la producción de procedimientos *versus* la producción del cuidado. Establece relaciones intercesoras con el usuario, necesitando incorporar en su caja de herramientas tecnologías leves<sup>(7)</sup>, como el escuchar, el acogimiento, el vínculo, la responsabilidad, y las habilidades para lidiar con los altos grados de dudas intrínsecas de ese trabajo. Además de que, en el papel de gestor del proyecto terapéutico, el enfermero vive las tensiones características de la articulación de los diversos núcleos de conocimientos y responsabilidades de los diferentes profesionales participantes en el proyecto terapéutico. Esto es, vive la tensión entre el trabajo en equipo *versus* el trabajo especializado más individualizado<sup>(7)</sup>.

Así, sintetizamos el trabajo del enfermero en la atención básica, en la doble dimensión asistencial y

administrativa: dirigido al individuo (producción del cuidado de enfermería y administración de proyectos terapéuticos) y para el colectivo (monitorización de la situación de la salud de la población, administración del equipo de enfermería y del servicio de salud para la producción del cuidado). Las acciones administrativas son predominantes entre las prácticas del enfermero en UBS<sup>(8)</sup>; ya en la dimensión asistencial, la consulta de enfermería, como práctica clínica, es reconocida como importante por el propio enfermero<sup>(9)</sup>, pero permanece principalmente en la lógica de la atención clínica individual, curativa, sin ampliar la comprensión del proceso salud enfermedad como producción social<sup>(10-11)</sup>. Pensamos que esta investigación puede contribuir para ampliar el conocimiento de la dimensión asistencial del enfermero.

La clínica ampliada se presenta como herramienta para que los procesos de trabajo en salud se dirijan para la producción del cuidado centrado en los usuarios, incluyendo, además de la enfermedad, el sujeto en su contexto y el ámbito colectivo. Son ampliados el objeto de atención, los medios y las finalidades. Tiene por objetivo la cura y el alivio del sufrimiento, así como el desarrollo de la autonomía de las personas para lidiar con sus problemas y condiciones concretas de vida, a través del uso predominante de tecnologías leves y de la construcción dialogada entre trabajador, usuario y su familia y equipo de salud<sup>(12-13)</sup>.

La Educación Permanente en Salud<sup>(14)</sup> (EPS) puede ser una estrategia para calificación del enfermero para a clínica ampliada. La EPS opera procesos de aprendizaje significativos en que el propio trabajador analiza su trabajo, generando conocimientos sobre ese quehacer, identificando potencias y vacíos, que así, movilizan la búsqueda de nuevos conocimientos.

La EPS y la micropolítica del proceso de trabajo en salud utilizan conceptos del análisis institucional, que facilitan la comprensión del modo de producción del trabajo en salud, en los aspectos objetivos y subjetivos inherentes.

Explorar la práctica clínica de los enfermeros como objeto de estudio nos lleva al campo de las instituciones, al modo como la sociedad define y reconoce lo que es la enfermería, como debe ser su práctica, instituyendo reglas y normas de funcionamiento. Entramos en el campo de las identidades profesionales, campo de los compartimientos instituidos. Examinamos sus límites, o sea, lo que es y lo que no es atribución y responsabilidad de ese grupo profesional y de cada categoría que compone el equipo de enfermería, demarcando un campo de conflictos y disputas en el campo de las prácticas políticas, legales, jurídicas, de formación, en fin disputas entre clases sociales, entre

las diversas profesiones y segmentos de la sociedad y que también disputan el modo como esta misma sociedad se mantiene<sup>(15)</sup>.

El funcionamiento de la sociedad se estructura por medio de un sistema político global de líneas que delimitan; las más lineares fijan código y territorio e implican, por ejemplo, en un dispositivo de poder en el quehacer de las profesiones, definen formas de dislocamientos entre los segmentos, construyendo una jerarquía y una burocracia que se tornan muy poco flexibles. Al mismo tiempo, otras especies de líneas, denominadas circulares dibujan los segmentos con centralidad en un punto, como por ejemplo, el trabajo del médico a partir del cual orbitan los círculos de las demás categorías, y de la misma forma, fijan modos de operar, con poca flexibilidad. Una tercera especie de líneas se hacen presentes todo el tiempo en lo cotidiano, casi imperceptibles: son las líneas de fuga, que surgen en el acto de producción del trabajo en salud, enmarañadas con las otras líneas, abriendo espacio para quebrar el modo instituido, de las rutinas cotidianas, abriendo espacio para un quehacer diferente. Las líneas de fuga provocan divergencia por la ruptura de las verdades, dejando a aquellos que las perciben en un estado "sin territorio", estado del cual no se puede más volver a aquel inmediatamente anterior, ya que es otro, algo sucedió, se procedió a lo nuevo<sup>(16)</sup>.

En los servicios de salud los conceptos mencionados son subsumidos en un cotidiano tenso y conflictivo, que se produce predominantemente en la manutención de modos tradicionales de trabajar, conviviendo con frágiles movimientos de invención de nuevas prácticas.

En nuestro estudio nos centramos en la práctica clínica del enfermero y en su núcleo de competencia y responsabilidad — el cuidado de enfermería — indagando: ¿Cómo se caracteriza la clínica del enfermero en la atención básica?, ¿Cuáles serían las dificultades enfrentadas? y ¿Cómo ampliar y calificar la práctica clínica del enfermero en la atención básica?

Nuestro objetivo es presentar el movimiento de dar nuevo significado a los conceptos de la práctica clínica de algunos enfermeros en la atención básica en proceso de calificación de esa práctica, teniendo en vista la clínica ampliada.

## El camino metodológico

Considerando el objeto del estudio, se decidió por un abordaje metodológico cualitativo. Desarrollamos una investigación intervención, con una modalidad de investigación participativa. Los diferentes abordajes de investigación participativa tienen en común la participación

de grupos sociales en la comprensión de su realidad y búsqueda de soluciones para sus problemas.

"En la propuesta del análisis institucional (...) el momento de la investigación es el momento de la producción teórica y, sobre todo, de producción del objeto y de aquel que él conoce; el momento de la investigación es el momento de intervención, (...) la investigación intervención tienen como lema el cuestionamiento de 'significado' de la acción"<sup>(17)</sup>.

El cuestionamiento del "significado" busca el reconocimiento de la acción, explora el modo de funcionamiento del equipo que produce la acción. Ese reconocimiento busca generar una intervención que produzca una diferencia, un nuevo e irrevocable posicionamiento de significado y finalidad, en la perspectiva de la producción de movimientos colectivos singulares de apropiación e invención de la vida.

La investigación intervención fue realizada a través de grupo de reflexión<sup>(18)</sup>, con participación de nueve enfermeros de la red básica de salud del municipio de Ribeirao Preto. De estos, cinco trabajaban en la estrategia SF, tres trabajaban en la Estrategia Agentes Comunitarios de Salud, y uno actuaba en una Unidad Básica de Salud (UBS) tradicional. No diferenciamos los sujetos según el modelo asistencial de la unidad de salud, para explorar de modo más amplio la práctica clínica del enfermero en la atención básica. Realizamos ocho encuentros de dos horas de duración, entre septiembre y diciembre de 2008. Los encuentros fueron grabados y transcritos. El grupo fue coordinado por un equipo compuesto por dos coordinadores y un observador pasivo. El equipo contó con la supervisión del trabajo grupal realizado por especialista.

Realizamos un análisis cartográfico de los movimientos de los enfermeros para aprehender su proceso de trabajo, en el aprendizaje significativo, en el significado de la identificación de lo que denominan práctica clínica y en la percepción de elementos dificultadores y potencialidades. El propio proceso analítico posibilitó a los enfermeros la ampliación de la comprensión de sus acciones, así como la revisión de sí mismos en el ejercicio de la práctica clínica en la atención básica, configurando así, un proceso de aprendizaje significativo de la EPS.

La cartografía es una herramienta metodológica de la investigación intervención en el análisis institucional, construida a partir de lo vivido, componiendo un diseño que acompaña los movimientos de transformación de los significados. Se trata de experiencias singulares en que algo deja de tener significado al mismo tiempo en que nuevos mundos de referencias se crean<sup>(19)</sup>.

En la presentación de los resultados los encuentros grupales están identificados con el número correspondiente

del encuentro. En los trechos de los diálogos, los enfermeros están identificados como "Enf", seguido de número secuencial de 1 a 9.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo (Proceso N° 0832/2007). Todos los participantes firmaron el término de consentimiento libre y esclarecido, conforme lo previsto en la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud.

## Presentando resultados

El grupo de la investigación se constituyó en espacio de ESP de los enfermeros, con intercambios y análisis colectivos sobre su práctica clínica, a través del autoanálisis de lo cotidiano, en que se reconoció: qué, porqué, cómo y para qué, hacen el trabajo. De esta forma, analizaron su significado y sus límites, al revisar lo que necesitaba ser modificado<sup>(18)</sup>.

Presentaremos ahora algunos de los temas tratados en diferentes momentos de reconocimiento y de descubrimiento de nuevos significados vividos por los sujetos del estudio. Esos momentos reciben títulos que destacan sus aspectos más significativos.

### Tema 1 - Lo que los enfermeros llaman de práctica clínica en la atención básica

Los enfermeros consideran como actividad clínica: las prácticas de acogimiento; la consulta de enfermería (más frecuentemente dirigida para recolección del examen de papanicolau, prenatal y puerperio, planificación familiar, atención de puericultura, hipertensos y diabéticos, salud mental); la visita domiciliar/atención domiciliar; el trabajo en grupo; y, como actividad clínica indirecta la orientación a auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de la salud y el apoyo a la atención del médico.

Refieren que la clínica del enfermero en la atención básica se viene desarrollando en función de las exigencias legales del ejercicio de la profesión<sup>(20)</sup>.

El análisis lleva el grupo a otro plan de comprensión de esa práctica: el modelo conocido es la consulta médica, en el cual se perciben reproduciendo el modelo hegemónico.

*El encuentro me suscitó reflexión a partir de la conversación de aquí (...) Por que nosotras no conseguimos hacer... (...) Cuando la enfermera es llamada para la tarea de asistencia directa (...) nosotras optamos por el modelo hegemónico conocido que es la práctica de la clínica médica que ya tiene una estructura conocida ¿verdad? En qué momento nosotras nos aproximamos de aquella clínica o nos distanciamos de aquella clínica. Es, yo estoy pensando en eso. (...) Porque nosotras estamos construyendo. (Encuentro 2)*

Los enfermeros extrañan el propio modo de actuar habitual, extrañamiento necesario para dar nuevo significado a los conceptos, posibilitando posteriormente la apropiación de la perspectiva de la clínica ampliada, abriendo brechas para nuevas formas de hacer su trabajo.

### Tema 2 - Diferenciando las prácticas clínicas en busca de una definición

Los enfermeros identifican diferencias en las atenciones que realizan, reconociendo la existencia de la "clínica del cuidado" y de la "pseudoconsulta médica":

*Enf1: Pienso que nosotras necesitamos discutir también (...) del enfermero comenzar a ejercer más el papel clínico de cuidado. ¿Qué es que es eso? (...) el enfermero va hacer clínica, ¿Qué es esa clínica?*

*Enf2: (...) cada uno tiene la atención de una manera.*

*Enf1: Nuestra clínica tiene que ser la clínica del cuidado. Con esa clínica del cuidado yo quedo tranquila, ahora la clínica de la enfermera que es pseudoconsulta médica, yo discuto eso hace años. (...) (Encuentro 1)*

A pesar de que no definen la "pseudoconsulta médica", ella es colocada en contraposición a la clínica del cuidado, que se abre para escuchar las necesidades de las personas, no se limita a la estructura formal de una consulta con enfoque en el individuo enfermo, pero sí, ampliándose extendiendo la cobertura para la familia y el contexto en que vive la persona.

Y en ese movimiento el grupo busca aclarar lo que es la clínica ampliada:

*Enf3: (...) la propuesta de la clínica ampliada que es una clínica diferente, diferenciada. Porque ahí nosotras no vamos a mirar sólo al individuo biológico, patológico, tratar y prescribir. Pienso que envuelve el proyecto terapéutico con acciones mucho más allá de la enfermedad y del individuo, pero mirar lo colectivo, mirar el contexto de vida de él. Es hacer con que (...) él mismo pueda controlar e influenciar sus factores determinantes de su enfermedad, de su proceso salud enfermedad. Entonces (...) creo que nuestra clínica se aproxima mucho con la propuesta de la clínica ampliada. Donde nosotras vamos a transformar a los sujetos. (...) nosotras vamos envolver a la familia, al contexto (...) (Encuentro 2)*

En la reflexión, el grupo llega a una formulación de clínica en la perspectiva ampliada que se asemeja a la que ha sido propuesta como herramienta para el cambio del modelo asistencial<sup>(12, 21)</sup>. Al mismo tiempo discute y reflexiona sobre su ejecución.

### Tema 3 - Las condiciones estructurales y organizacionales de las unidades de salud

Los enfermeros identifican disparidades en las

condiciones estructurales en diferentes unidades de la salud para la práctica clínica. Pocas cuentan con consultorio adecuadamente equipado y de uso exclusivo del enfermero; en la mayoría de ellas, independientemente del modelo asistencial (SF, EACS o tradicional), es necesario aguardar el término de la atención médica para utilizar la sala, comprometiendo la oferta de servicios por el enfermero.

También apuntan la falta de algunos aspectos de la organización del servicio, necesarios para que la acción de enfermería sea ejecutada, como el apoyo del servicio de recepción en algunos horarios, la retirada de fichas y el apoyo de la administración local.

Enf3: (...) cuando declaramos clínica ampliada (...) ver, oír, sentir, subjetividades, ampliar la escucha, abrir espacio para todo aquello. Pero, al mismo tiempo se crea conflicto. (...) no tenemos soporte, apoyo, estructura para conseguir concretizar la clínica que tanto desean.... (...) En la hora de hacer, a veces, usted no tienen las tecnologías duras, la estructura, el consultorio, la mesa, la silla, la hamaca para usted tratar de hacer la clínica ampliada. (...) Yo no tengo un espacio para hacer la escucha, para oír al paciente, para recibir al paciente. (...) (Encuentro 1).

Los enfermeros relatan la inexistencia de apoyo técnico para la práctica clínica de enfermería, de una supervisión técnica específica. Utilizan protocolos del Ministerio de la Salud o de otros municipios, a pesar de que algunos no sean adoptados oficialmente por la Secretaría Municipal de la Salud; sin embargo, estos no siempre atienden a las necesidades.

Así, algunas condiciones estructurales y organizacionales de las unidades de la salud son apuntadas como dificultades cotidianas de la práctica clínica de los enfermeros en la atención básica, y revelan que, a pesar de que acciones como consulta de enfermería constan entre las atribuciones del enfermero<sup>(4)</sup> y constituyen atribución privativa<sup>(20)</sup>, las condiciones arquitectónicas de algunas unidades de salud y organizacionales no favorecen la oferta de esa atención, ya que históricamente vienen siendo orientadas para la atención de la salud centrada en el médico.

#### **Tema 4 – Tensiones y límites de la práctica clínica del enfermero**

La problematización sobre los límites de la práctica clínica lleva al grupo de enfermeros a reconocer algunas de las tensiones de lo cotidiano por medio del proceso de autoanálisis.

Los enfermeros identificaron como límites las referencias técnicas y estandarizaciones del ejercicio de la profesión por el Consejo de Enfermería. Perciben que estas tienen el sentido simultáneo de limitar y orientar el trabajo clínico:

Enf1: *El parámetro queda siendo lo que yo ya estudie como consulta de enfermería, lo que yo veo que es límite técnico legal.* (...)

Enf4: *Yo creo que llegué a mi límite, de aquí para adelante no es más el mío. (...) Y por el límite legal por el COREN, ahí yo voy allá discuto con la médica* (Encuentro 1).

El grupo también identifica como límite el trabajo de otros trabajadores del equipo de salud, principalmente el médico.

Enf2: *Fui a levantar el cinturón. Tenía una lesión. Para mi aquello, parecía que no era HPV, parecía que no era condiloma, parecía que no era una condición maligna, pero paró, acabó mi capacidad clínica. Yo tuve que mantener a la chica, tirar espéculo, pedir para ella esperar, y fui atrás de quien tienen capacidad de discernir sobre ese aspecto del límite.* (Encuentro 2)

Los integrantes del grupo refieren la incomodidad por el no reconocimiento del trabajo clínico del enfermero en el ámbito de la organización y administración. Relatan que en lo cotidiano, el trabajo del enfermero es recordado para substituir aquel que el médico no quiere o no le gusta hacer, o entonces, como forma para ampliar la cobertura, y no por el trabajo en sí.

Apuntan que el reconocimiento de los usuarios es diferente, ya que cuando estos experimentan la atención clínica con el enfermero, identifican ahí la referencia para su cuidado, lo que provoca mucha satisfacción y da sentido al trabajo.

Enf2: *Muchas personas ya llegan y... yo quiero hablar con la enfermera, y eso da celos, da envidia. Déjalos.* (Encuentro 1)

Las tensiones presentadas demuestran que el proceso de constitución del trabajo clínico del enfermero como una práctica social se produce en un terreno de disputas que incluyen trabajadores de la salud, usuarios y administradores<sup>(7)</sup>.

De la misma forma, la práctica de la clínica ampliada, provoca en el enfermero gran tensión al producir el cuidado. Esa tensión resulta de los miedos, recelos, dudas, propias de la subjetividad de las situaciones y de las implicaciones provenientes del vínculo.

Enf1: (...) *el paciente de ustedes, usted no conoce por nombre y sobrenombre. Nosotras conocemos.*

Enf6: (...) *Paciente del área. El agente comunitario llega diciendo que la hija que estaba cuidando dice: mi madre esta así. La chica estaba trastornada, diciendo: yo no voy comer, voy a morir, no quiero vivir.* (Encuentro 1)

Esa práctica clínica trae para el enfermero demandas inespecíficas<sup>(13)</sup> para las cuales no siempre cuenta con conocimientos y habilidades técnicas para lidiar; transita así en territorio desconocido que espera por invención de nuevos modos de enfrentar los problemas de salud. A lo inespecífico y al no saber, se asocia la dependencia del

trabajo de los demás miembros del equipo, lo que acentúa todavía más las tensiones del enfermero en lo cotidiano.

Ese cuadro de tensiones, complejidad y no saber es enfrentado de diferentes formas por los enfermeros. Algunos se colocan con disposición para construir ese nuevo hacer, otros huyen del trabajo clínico, y otros se dispone claramente a no hacerlo.

Enf4: *Existe un protocolo que también nadie usa. Durante unos 15 años, tenía unidades básicas de salud donde algunos compañeros huían de la sala de vacunas... y allá está todo protocolado como conducta....* (Encuentro 1)

Si por un lado, el grupo reconoce que hay situaciones de dominio del conocimiento, lo que permite argumentar consistentemente y sustentar una posición sobre determinado punto de vista y/o de conducta, por otro, perciben que hay situaciones de no conocimiento y que una actitud de humildad y de búsqueda activa, para aclarar con el profesional dotado de competencia para esto, pueden ser resolutivas. En esos casos, en general, recurren a los médicos, pero eso genera incomodidad, por la sensación de dependencia, de tener que dar satisfacción, actualizando la histórica disputa instituida entre las dos categorías profesionales.

Enf7: *Yo tengo dificultad en algunas cosas, pero yo creo que nosotras necesitamos tener humildad así, de poder buscar (...) para me auxiliar. Yo procuro.* (Encuentro 1)

Muy probablemente, la incomodidad de los enfermeros proviene de la actitud de la categoría médica de colocarse como cliente del servicio, como fue observado en el proceso de trabajo hospitalario<sup>(22)</sup>. Los médicos esperan que el servicio les garantice los "insumos" (exámenes, medicamentos, inclusive el trabajo de la enfermería) para realizar su trabajo. Así, no hay una actitud de construcción de trabajo en equipo, pero hay actitud de apropiación del trabajo del otro, de eso proviene la incomodidad.

En medio a esa discusión sobre la incomodidad de la dependencia del trabajo del médico, surge otra posibilidad de observar este asunto:

*Yo estoy pensando un poco con prejuicios y un poco (...) que desmerece nuestro trabajo por causa de eso. Porque yo puedo concluir una consulta de él, haciendo una postconsulta, haciendo las orientaciones, y ¿Por qué él no puede hacer la prescripción de mi consulta?* (Encuentro 2)

La colocación apunta un ángulo diferente. Tradicionalmente la enfermería "completa" la atención del médico en la postconsulta. El nuevo sentido apuntado quiebra la forma hegemónica: también el médico, a su vez, "completaría" la consulta de enfermería. El grupo prosigue relatando como organizan el trabajo para enfrentar las tensiones.

Enf8: *Entonces, nosotras [enfermera y médico] estipulamos*

*el intervalo de edad que nosotras vamos a atender. Nosotras atendemos a mujeres con menos de 45 años. (...) ella me ayuda, ella ya médica junto conmigo. (...).* (Encuentro 2)

Nuevos significados comienzan a esbozarse como posibilidades:

Enf1: *Es, en ese sentido que yo hice la reflexión clínica. Nosotras podemos mirar a nuestra clínica por el límite, pero nosotras podemos mirar nuestra clínica por la potencia.* (Encuentro 2)

Gradualmente, el grupo va percibiendo que es necesario priorizar la práctica clínica, abriendo espacio en su programa de trabajo.

Enf2: *Yo quedo sabiendo que un bebé nació (...). Yo voy a visitar el bebé, pregunto si está todo bien, porque no voy sólo para ver el bebé. Ahí yo fijo la consulta para el bebé dentro de una semana hasta 10 días. (...)*

Enf5: *Yo no consigo programar.*

Enf1: *Yo cierro mi programa para eso. Tenga valor para cerrar la programación. Es prioridad en la unidad.* (Encuentro 1)

La construcción de la práctica clínica ampliada como una de las acciones constitutivas de la dimensión asistencial del trabajo del enfermero va ocurriendo en lo cotidiano, en la relación con las otras prácticas, como respuesta a las necesidades de la salud de la población, pero es necesario que también el propio trabajador comprenda ese proceso de construcción social y que de él depende la conquista de ese espacio y la consolidación de su práctica.

## Consideraciones finales

Los encuentros del grupo de reflexión hicieron efectivo un proceso de EPS de los enfermeros participantes, ya que posibilitaron el análisis y la reflexión sobre la propia práctica cotidiana, explorando sus significados en el actual contexto, en las condiciones dadas de la atención básica.

La práctica clínica en la perspectiva ampliada se viene construyendo en el interior de la práctica hegemónica desafiando a los enfermeros a enfrentar las tensiones, conflictos, no conocimientos, miedos, dudas, características inherentes al trabajo en la atención básica. La clínica ampliada apunta como camino del cuidar la construcción en equipo y la necesidad de revisión y de dar nuevo significado a las líneas que demarcan los territorios de actuación profesionales.

El estudio demuestra la necesidad de crear y mantener espacios de EPS para que los enfermeros se apropien de su trabajo clínico construido en la perspectiva de la clínica ampliada.

## Agradecimientos

A la Profesora Maria Cecília Puntel de Almeida, *in memoriam*, por la participación activa en la formación de

las autoras, y por la revisión del proyecto de investigación del cual resultó este trabajo, nuestra eterna gratitud por el aprendizaje, la convivencia y el compartir de tanto conocimiento.

Al Dr. Jorge Bichueti del Instituto Felix Guatari, guerrero de la salud y de la vida, y activo productor de utopías, agradecemos inmensamente la supervisión de las coordinadoras del grupo.

A la Fapesp por el financiamiento de la investigación.

## Referencias

- Almeida MCP. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva - rede básica de saúde em Ribeirão Preto. [tese livre-docência]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1991.
- Villa TCS, Mishima SM, Rocha SMM. Os agentes de enfermagem nas práticas sanitárias paulistas: do modelo bacteriológico a programação em saúde (1889-1983). Rev. Latino-Am. Enfermagem. 1994 julho;2(2):73-85.
- Mishima SM, Almeida MCP, Matumoto S, Pinto IC, Oba MDV, Pereira MJB, et al. A classificação Internacional para a prática de enfermagem em saúde coletiva no Brasil - CIPESC - Apresentando o cenário de pesquisa do município de Ribeirão Preto. In: Chianca TCM, Antunes MJM. A classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC. Brasília (DF): ABEn; 1999. p. 204-41. (Série didática; Enfermagem no SUS).
- Portaria nº 648 de 28 de março de 2006 (BR). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Silva EM, Nozawa MR, Silva JC, Carmona SAMLD. Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. jul-ago 2001;17(4):989-98.
- Peduzzi M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família, na perspectiva da promoção da saúde. In: Anais do 1º Seminário Estadual: O enfermeiro no programa de saúde da família; 2000 nov. 9-11; São Paulo. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2000. p. 1-11.
- Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
- Nauderer TM, Lima MAD. Nurses' practices at health basic units in a city in the south of Brazil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. set-out 2008;16(5):889-94.
- Santos SMR, Jesus MCP; Amaral AMM, Costa DMN, Arcanjo RA. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. Texto Contexto Enferm. jan-mar 2008;17(1):124-30.
- Ermel RC, Fracoli LA. O trabalho das enfermeiras no programa de saúde da família em Marília/SP. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(4):533-9.
- Maciel ICF, Araujo TL. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. Rev. Latino-Am. Enfermagem. mar-abr 2003;11(2):207-14.
- Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drummond M Júnior, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 53-92.
- Junges JR, Selli L, Soares NA, Fernandes RBP, Schreck M. Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(4):937-44.
- Merhy EE, Feuerwerker LCM, Ceccin RB. Educación Permanente em Salud: uma estratégia para intervir em la micropolítica del trabajo em salud. Salud Colect. mai-ago 2006;2(2):147-60.
- Baremlitt GF. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. 3.ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1996.
- Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs: Capitalismo e esquizofrenia, v.3. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1999.
- Passos E, Barros RB. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. Psicol: Teoria Pesqui. jan-abr 2000;16(1):71-9.
- Coronel LCI. Grupos de reflexão. In: Zimmerman DE. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 345-9.
- Baremlitt GF. Introdução à esquizoanálise. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari; 1998.
- 20 Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 272 de 27 agosto de 2002. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem - SAE - nas instituições de saúde brasileiras. Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7100&sectionID=34>
- 21 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.



22 Merhy EE, Cecilio LCO. O singular processo de coordenação dos hospitais. Saúde em Debate. mai-ago 2003;27(64):110-22.

Recibido: 14.10.2009

Aceptado: 16.7.2010

*Como citar este artículo:*

Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LSK, Mishima SM, Pereira MJB. La práctica clínica del enfermero en la atención básica: un proceso en construcción. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jan.-feb. 2011 [acceso en: \_\_\_\_\_];19(1):[09 pantallas]. Disponible en: \_\_\_\_\_

URL

día mes abreviado con punto año