

Una mirada sobre las Buenas Prácticas de Enfermería en la Atención Básica

Emiko Yoshikawa Egry¹

¹Profesora Titular aposentada de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo. Profesora Senior del Departamento de Enfermería en Salud Colectiva de la EEUSP. Asesora para asuntos académicos y de investigación de la Dirección Nacional de la ABEn. Investigadora Productividad CNPq 1A y Coordinadora del CAEF del CNPq. Gestión 2015-2018. São Paulo-SP, Brasil.

Cómo citar este artículo:

Egry EY. A Glance at the Good Practices of Nursing in Primary Care. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(3):930-1. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2018710301>

Desde el punto de vista de la Enfermería en Salud Colectiva – campo de teorías y prácticas fundamentadas en el materialismo histórico y dialéctico – las (buenas) prácticas de la Enfermería, en cualquier ámbito de acción, deben contener algunos presupuestos o principios. En este editorial, pretendo detenerme en el ámbito de la atención básica, o sea, del conjunto de equipos de salud dispuestos de forma articulada para dar cuenta del monitoreo, de la intervención, de la evaluación de la intervención en los procesos salud y enfermedad de los grupos sociales del territorio.

De otro modo, para asistir en términos de salud, en la perspectiva de la determinación social del proceso, deberá provocar impacto tanto en la dimensión singular (donde individuos se encuentran presentes, articulados a sus familias o grupos relacionales cotidianos) como en la dimensión colectiva o de los grupos sociales presentes en el territorio.

En este texto, iré señalar dos supuestos relevantes para las Buenas Prácticas de la Enfermería en la Atención Básica (BPEnAB): a) El territorio geopolítico de producción y reproducción de la vida y del trabajo como escenario de la BPEnAB; b) La metodología científica como base de nuestras acciones: problematizando la genericidad.

a) El territorio geopolítico de producción y reproducción de la vida y del trabajo como escenario de BPEnAB

Las BPEnAB en las unidades básicas de salud, aunque muchas acciones ocurran en el domicilio, tienen el territorio geopolítico como foco primordial. Un territorio, un espacio geopolítico, es donde se produce la vida y por lo tanto también donde aparecen las necesidades en salud y las vulnerabilidades. A diferencia del riesgo, la vulnerabilidad tiene que ver con grupos sociales. El riesgo se centra en la noción de individuos, usualmente mirando exclusivamente el cuerpo biopsíquico. Sin embargo, el clínico no es el único órgano biopsíquico, como resaltado por Foucault en *El Nacimiento de la Clínica*⁽¹⁾. En el territorio, el cuerpo clínico es visto al revés, o sea, localizando al sujeto en la esfera de la producción y reproducción social: su participación en la sociedad históricamente organizada, en grupos sociales e incluso llegar al individuo y su familia⁽²⁾. La pregunta usualmente hecha “¿en qué territorio geopolítico esa práctica sucedió?” Para responder a esto necesito saber cómo ese territorio es en términos de producción y reproducción social, como es su geografía política, como es la geografía ambiental. Es necesario saber cuál es el perfil epidemiológico de los diferentes grupos sociales que habitan aquel territorio, que puede ser un municipio o un distrito de un municipio. Entonces, en realidad necesito volver atrás, bastante atrás. ¿Qué mueve la economía del lugar? ¿Quiénes son esas personas? ¿Cuál es su origen; origen étnico y origen de clases? ¿Con qué trabajan? ¿Cuál es su vínculo de trabajo? ¿No tienen vínculos de trabajo? ¿Son granjeros? ¿Son personas propietarias de grandes tierras? ¿Son terratenientes? ¿Son personas propietarias de pequeñas empresas como de carros de perro caliente que vende en la calle? ¿Son dueños del carrito o están trabajando para alguien? Como sea, hay que saber cómo esas personas producen la

vida y el trabajo, como parte de la vida. Más aún, como esto viene ocurriendo históricamente en el territorio, la historia geopolítica del lugar; la historia de producción social del lugar; la historia de reproducción social del lugar (consumo). Por eso, en vez de sólo hacer una fotografía del lugar, hay que saber un poquito como la cosa viene o como una película. Para luego poder decir si esta película terminará bien, esta película terminará mal si las contradicciones provocadas por la subalternidad de clase, de género, de etnia y de generación son de tal suerte que la realidad va a transformarse, pero si no hay la intervención planificada, colectiva, y dirigida a la autonomía de los sujetos, la realidad objetiva podrá convertirse en algo aún más difícil en la vida de las personas.

b) La metodología científica como base de nuestras acciones: problematizando la genericidad

Nuestra práctica de cuidado necesita de amparo teórico, las evidencias producidas por las investigaciones dan seguridad de que una acción de cuidado resultará positivamente⁽³⁾. Creo que esto es un punto pacífico, especialmente cuando se trata del cuerpo biológico. ¿Será mismo? Evidencias son resultados de investigaciones científicas realizadas con un conjunto de personas, en cierto tiempo y en cierto lugar. Pueden generar resultados satisfactorios para la media de las personas, sin embargo, no vienen acompañadas de “prospecto” o sea, lista de los posibles efectos colaterales o iatrogenias. Vamos a un ejemplo muy simple, el de una consulta de enfermería a una mujer embarazada que fue realizada por un enfermero. Como parte de la consulta se verificó la presión arterial, colocando el manguito de los rotadores en contacto con la piel del brazo de la gestante. Dijimos que siguió totalmente el protocolo, es decir, esperó 5 minutos después de sentarse, no estaba de vejiga llena y no había acabado de fumar o subir corriendo las escaleras. Estaba sentada cómodamente en la silla y sin las piernas cruzadas. ¿Se siguió el protocolo? Sí, la presión era normal y el resto de la consulta corrió perfectamente bien. Después de la consulta, la gestante fue expulsada de su familia, su primer hijo fue confiscado por su marido y su familia de origen la abandonó a su suerte. ¿Qué pasó? La gestante era musulmana y, de acuerdo con los códigos dichos por ella después, una mujer no puede ser tocada en la piel por otro hombre. Esto es para entender que evidencias muestran bases científicas para el cuidado, usualmente pensado en un ser humano genérico, por lo tanto, para la media, pero que puede tener iatrogenias graves como ésta que ocurrió con la gestante musulmana. Los grupos sociales que se diferencian por la etnia o raza son también evidencias que necesitan ser aplicadas en los procesos de cuidado.

Finalmente, la intervención pensada de manera participativa puede tomar perspectiva emancipadora de los sujetos. Parece demasiado obvio decir que el proyecto de intervención en el proceso salud-enfermedad del individuo y su familia deban ser pensadas en conjunto con el usuario. Cuanto más las personas ignoran los procesos de cuidado menos adhesión hay a los planes de cuidado. Por el contrario, cuanto más comprenden los proyectos de cuidado y su responsabilidad en la obtención de los resultados mejor será el desarrollo de la conciencia social, que forma parte de la sociedad⁽⁴⁾. Para una BPEEnAB es necesario comprender qué proceso salud enfermedad está directamente asociado al potencial de desgaste y el potencial de fortalecimiento de los grupos sociales y que al lado de valores y contra valores advenidos en los procesos de reproducción social resultan en el proceso bio-psico-social del individuo.

REFERENCIAS

1. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
2. Chaves MMN, Perna PO, Piosadlo LCM, Maíra MRP, Alessi SM. Territorialização em atenção primária à saúde/ estratégia de saúde da família. Porto Alegre: Artmed Panamericana. PROENF Atenção Primária e Saúde da Família. 2014. Ciclo 3 Volume 1 p. 9-42.
3. Lacerda RA, Nunes BK, Batista AO, Egry EY, Graziano KU, Angelo M, et al. Práticas baseadas em evidências publicadas no Brasil: identificação e análise de suas vertentes e abordagens metodológicas. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2017 Jan 20];45(3):777-86. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reusp/v45n3/en_v45n3a33.pdf
4. Duncan P, Bertolozzi MR, Cowley S, Egry EY, Chiesa AM, França FOS. “Health for all” in England and Brazil? *Int J Health Serv* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 20];45(3):545-63. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0020731415584558>