

Metodología de la asistencia de enfermería: impasses y perspectivas

Methodology of Nursing Practice: problems and perspectives.

Isabel Cristina Fonseca da Cruz

Enfermera, Doctora en Enfermería. Profesora Titular, Departamento Enfermería Médico-Quirúrgica de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal Fluminense, Brasil.

Coordinadora de NEPAE-Núcleo de Estudios e Investigaciones sobre Actividades de Enfermería.

Resumen: Se identifican los impasses y perspectivas para el ejercicio del diagnóstico, prescripción y evaluación del resultado del proceso de cuidados de enfermería, por medio de un análisis dialéctico. Se entrevistaron 12 enfermeras y a base de sus opiniones se concluye que los discursos ideológicos relacionados a las actividades de enfermería constituyen el principal obstáculo para su desarrollo. Entre las perspectivas favorables, identificamos el contexto sociopolítico internacional del International Council of Nursing (ICN) y el nacional de Brasil (Sistema Único de Salud) y el surgimiento de un nuevo paradigma (holismo) sobre el cuidado.

Palabras claves: Metodología de la asistencia, diagnóstico de enfermería, análisis dialéctico, discursos sobre trabajo de enfermería

Abstract: Methodology of Nursing Practice: problems and perspectives. This paper refers to dialectic analysis for identifying problems and perspectives related to the implementation of nursing diagnoses, nursing interventions, and client outcomes. Twelve nurses were interviewed and based on the data it was concluded that the ideological discourse related to the nursing activities is the principal obstacle to their development. The international and national political contexts are favorable to implementation of the nursing activities.

Key-words: nursing process, nursing diagnoses, dialectic analysis, nursing work discourses

Introducción

En 1989 el International Council of Nursing (ICN) aprobó una resolución sobre el desarrollo de un proyecto para la creación de una clasificación de la práctica de enfermería. Este proyecto pretende organizar los fenómenos relativos al diagnóstico, prescripción y evaluación de los resultados de la asistencia de enfermería (Clarck & Lang, 1992), representando, por parte del ICN, el reconocimiento de los estudios e investigaciones que ya se acumulaban por seis décadas. Por ser miembro del ICN, Brasil está involucrado en este proyecto, habiendo inclusive participado en una de sus reuniones consultivas donde se discutió la práctica de enfermería en Atención Primaria en Salud (International Council of Nursing, 1994).

El proyecto, de una forma indirecta, ha propiciado una reflexión sobre el estatus de estas actividades en nuestra práctica profesional. En este sentido, Yoshioca (1993) en su estudio bibliográfico encontró que en Brasil los términos referentes a las actividades son diversos y no poseen una distribución equitativa. Las autoras verificaron, por ejemplo, que la prescripción de enfermería es un tema constante en el 53,5% de los trabajos analizados. Aun así, el diagnóstico de enfermería posee una frecuencia de sólo el 39%, mientras que la evaluación del resultado de la asistencia solamente ocurrió en el 7,5% de los estudios.

Los datos producidos por Yoshioca (1993) denuncian no solamente la diferencia de estatus entre las actividades de enfermería, sino también la falta de consenso en cuanto a los términos que las definen y en la expresión del diagnóstico de enfermería. Por ejemplo, ellas identificaron 12 términos para una misma actividad; la prescripción tiene una frecuencia de utilización de 3%, dividiendo el porcentaje restante con más de veinte expresiones y la evaluación del resultado de los cuidados tiene otros cinco términos para definirla.

Para una mejor comprensión de nuestro estudio, consideramos que las actividades de enfermería son la historia clínica, el diagnóstico, la prescripción y la evaluación del resultado del cuidado.

La historia clínica de enfermería no constituye objeto de interés para el proyecto del ICN, pero es una actividad imprescindible para la realización de las demás. La historia clínica envuelve la entrevista y el examen físico del individuo, familia o comunidad para identificar las respuestas reales o potenciales a los procesos vitales o problemas de salud, así como áreas de fortalezas y factores de riesgo.

El diagnóstico de enfermería es conceptualizado como un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad, a los procesos vitales o problemas de salud actuales o potenciales. El diagnóstico proporciona la base para las prescripciones de enfermería y el establecimiento de resultados por los cuales la enfermera es responsable (North, 1990).

En cuanto a la prescripción de enfermería, esta es comprendida como cualquier cuidado directo que la enfermera realiza en beneficio del cliente y su familia, incluyendo los tratamientos consecuentes de diagnóstico de enfermería, los consecuentes del diagnóstico médico y la realización de actividades diarias esenciales para el cliente (Bulechek & McCloskey, 1992). La evaluación del resultado se refiere a la condición del cliente que es influenciado por la prescripción de enfermería, indicando la resolución del diagnóstico o la no-resolución y, en consecuencia, la continuidad de los cuidados o la revisión del diagnóstico (Lang & Marek, 1990).

REFLEXIÓN

Estas actividades difieren de lo que se comprende, hasta el momento, por metodología de la asistencia, por representar comportamientos, acciones o habilidades de la enfermera que son realizados según un marco de referencia conceptual. Ellas no se reducen a un modelo o plan escrito, aunque deban ser documentadas, por constituir el *saber* (historia y diagnóstico) y el *hacer* (prescripción y evaluación) del *Ser* enfermera, o al menos deberían ser. Cabe resaltar, sin embargo, que estas actividades no constituyen aún una obligación profesional, porque no están reglamentadas por nuestra ley del ejercicio (Brasil, 1986).

Entonces, a partir del análisis del discurso teórico sobre las actividades de la práctica de enfermería, sentimos la necesidad de investigar la jerarquía de determinantes profesionales que establecen nexos de causalidad entre las actividades de la práctica y la organización del trabajo, explorando las dificultades y las perspectivas en la implementación de la metodología de asistencia de enfermería.

Los obstáculos y las perspectivas de la utilización de las actividades de enfermería son cuestiones difíciles de ser explicadas debido a los diversos determinantes históricos de nuestra práctica. Pero el momento histórico que nos hace vivir una situación de crisis prepara las condiciones para la creación de una ciencia extraordinaria basada en los intentos de superación de la crisis y en la proposición de nuevos paradigmas (Aguiar & Sandoval, 1993). Para lograrlo, buscamos valorizar el testimonio de las enfermeras que trabajan en la asistencia directa/supervisión del cuidado, realizando un análisis que relacione el método de trabajo (alienado o no) y quién la realiza: la enfermera.

La naturaleza hospitalaria del trabajo de la enfermera

A pesar de los constantes esfuerzos para establecer una práctica basada en la atención primaria de la salud, el hospital permanece como lugar donde la mayoría de las enfermeras y estudiantes trabajan y desenvuelven sus habilidades profesionales. Para comprender mejor nuestra práctica en el presente, se hace necesario analizar el papel de esa institución en nuestra formación y ejercicio profesional.

El hospital como escenario terapéutico es un hecho reciente. En el pasado estaba destinado no a propiciar la cura, sino la salvación de quién estaba muriendo (Pitta, 1991). Esta concepción ideológica sobre el hospital como lugar donde se va para morir persiste en la actualidad en cualquier escenario donde la enfermera actúa. Se refuerza así el carácter caritativo del trabajo de la enfermera que, organizado por las reglas del modo de producción capitalista, se traduce en una práctica ambigua entre la mística religiosa y las normas del mercado (Barros & Silva, 1990; Mourão, 1993).

Para esta concepción ideológica del hospital, la tecnología dominante, o sea, los instrumentos, la experiencia y los hábitos que caracterizan la fuerza de producción, se constituye fundamentalmente de las técnicas de poder disciplinario, de las técnicas gerenciales y "tayloristas", en detrimento de las técnicas terapéuticas, de las técnicas de diagnóstico, prescripción y evaluación de los resultados de enfermería, formadas por los ritos y saberes instrumentalizados a partir de una relación artesanal enfermera-cliente.

Nuestras prácticas están estructuradas sobre relaciones de producción que no consideran los conocimientos sobre la clientela, dificultando nuestra atención al desempeño del rol profesional, a saber: el diagnóstico y tratamiento de las respuestas del cliente, de la familia y de la comunidad a los problemas de salud o los procesos vitales.

En nuestra evaluación, el opuesto al modelo taylorista de producción es el modo de producción artesanal en el cual la enfermera es el agente de su diagnóstico y cuidado, sin la intermediación de una categoría profesional en la relación enfermera-cliente y con una relación de cooperación entre los miembros de una misma categoría.

Sobre la base de lo que discutimos relativa a la naturaleza del trabajo de la enfermera, se considera que las actividades administrativas y de supervisión del equipo auxiliar constituyen el método de trabajo cotidiano de la enfermera (taylorismo), alienándola de su función primordial que es hacerse responsable del diagnóstico y tratar las respuestas de sus clientes a los problemas de salud o procesos vitales.

Los determinantes principales del método de trabajo alienado, que actúan dinámica y eficientemente entre sí y con otras circunstancias, estarían en la base de la formación de la enfermera, en las formas de organización de este trabajo y en la falta de consenso sobre las actividades básicas de la profesión. Al analizar la formación de la enfermera, a través del currículum, libros, textos y experiencias de aprendizaje, se observa que está firmemente enraizada en el conocimiento y el modelo biomédicos. Preparada para implementar la asistencia médica, en la organización de su trabajo, valoriza las actividades gerenciales, en detrimento del cuidado adecuado.

La legislación profesional de enfermería en Brasil, por su parte, no define las actividades de la práctica y sólo contempla la prescripción para clientes graves, sin determinar sobre cuál diagnóstico ella debe ser hecha.

La fuerte combinación de estas categorías delinea para nosotros el taylorismo como método de trabajo de la enfermera.

Paradójicamente, aun con método de trabajo alienado, la enfermera es capaz de aproximarse a su cliente y diagnosticar, describir y evaluar su respuesta al problema de salud, aunque sea precaria y eventual. La ejecución de las actividades básicas de la enfermera depende, sin embargo, de las condiciones facilitadoras que valorizan estas acciones.

En este estudio, por lo tanto, discutimos esta tesis y su antítesis, buscando construir una síntesis sobre la metodología de la asistencia de enfermería, a base del discurso de los profesionales y la literatura pertinente. Es nuestro propósito apuntar los impasses y las perspectivas de esta metodología como instrumento de producción profesional.

La investigación

Para lograr el propósito de este estudio, nos interesaban las informaciones provenientes de las enfermeras y docentes que actuasen junto a clientes. Elaboramos un cuestionario que contempló la caracterización de la población y la descripción de las enfermeras de su proceso de trabajo cotidiano.

Nuestra muestra estuvo constituida por once enfermeras y un enfermero de las regiones sudeste y nordeste y alumnas de postgrado: siete blancas, tres pardas, una negra y una que no declaró. En cuanto al tiempo de recibidas, la mayoría tiene más de 10 años de especialización en el área de Enfermería Médico-Quirúrgica. Diez enfermeras actúan en el cuidado directo o supervisión del mismo. Dos declararon actuar en investigación y educación de pregrado. El intervalo de ejercicio profesional fue de uno a cinco años. El perfil demográfico indica un grupo homogéneo en lo que se refiere principalmente a la formación académica, área de especialización y actuación.

Los testimonios fueron obtenidos mediante la aplicación de un cuestionario semiestructurado. El análisis de los testimonios fue realizado en el sentido de identificar las descripciones sobre las actividades de enfermería y, a partir de ellas, se estableció una síntesis sobre el método de trabajo.

Intencionalmente nos abstuvimos de utilizar expresiones como metodología de la asistencia o proceso de enfermería, entre otras similares, porque queríamos captar aspectos del trabajo cotidiano y no el conocimiento referente a las teorías de enfermería. Cruz (1993) verificó que los testimonios sobre la asistencia de enfermería, a veces, asume un carácter mítico, indicador de fe y no de ciencia. Buscamos informaciones sobre lo que la enfermera hace en su día a día, según las condiciones de su trabajo y de su formación, en lugar de lo que fue determinado que debe hacer, independiente de estas mismas condiciones.

Con el objetivo de identificar los nexos que dificultan o facilitan la implementación de la metodología asistencial, buscamos planear el análisis de los testimonios en función de la tesis (taylorismo) y de la antítesis (metodología de la asistencia), para la elaboración de la síntesis. A partir de las respuestas obtenidas se procedió a una revisión y codificación de las mismas, siguiendo las tesis/antítesis previamente construidas. La discusión fue realizada mediante la comparación constante de los datos entre sí y la literatura profesional.

El método de trabajo alienado (taylorismo)

En diez testimonios pudimos verificar que las actividades administrativas y de supervisión del equipo son las más relacionadas. Las actividades que aproximan a la enfermera y al cliente son fragmentadas y generalmente implican algún tipo de riesgo o complejidad lo que, a nuestro entender, constituye una acción fragmentada en la cual no se tiene control sobre el producto final.

Por el análisis de estos testimonios, pudimos relacionar como actividades cotidianas de las enfermeras, la planificación de las actividades del equipo de auxiliares, la coordinación y la supervisión de las actividades del personal y la organización del sector en relación con los recursos de personal y material de consumo.

Las actividades relacionadas corroboran nuestra tesis de que el taylorismo constituye el método de trabajo de nuestro cotidiano profesional. Este hecho puede no constituir ninguna novedad, pero es a partir de la denuncia, de la toma de conciencia, del conocimiento de la realidad que podemos transformarla.

En relación a las determinantes del trabajo alienado, podemos identificar en los testimonios aspectos referentes a la organización del trabajo y la falta de consenso sobre la actividad profesional.

En cuanto a la organización del trabajo, hay referencias al tiempo, a la falta de apoyo para la ejecución de estas actividades y al número excesivo de obligaciones de naturaleza administrativa. Hay referencias, además, al número reducido de auxiliares de enfermería y principalmente de enfermeras, fuera de la falta de entrenamientos periódicos. No obstante las determinantes institucionales, se identificó el compromiso de la profesional en la prescripción de acciones de enfermería, caracterizado por una postura más actuante.

En cuanto a la falta de consenso sobre las actividades profesionales, vemos que esta categoría aparece en los testimonios como falta de padronización de la metodología, falta de padronización de las actividades y la ausencia de protocolos que unifiquen las conductas frente a los problemas de salud.

El método de trabajo artesanal: metodología de la asistencia de enfermería como resistencia

Para volver comprensible nuestro análisis, utilizaremos las actividades de enfermería que constituyen la metodología de la asistencia como subcategorías de investigación. Así, organizamos los testimonios conforme a las referencias a lo que interpretamos como *historia, diagnóstico, prescripción y evaluación del resultado*.

En cuanto a la *historia clínica de enfermería*, verificamos que esta actividad aparece en dos testimonios como visita diaria, examen físico de rutina y diálogo con el cliente. No hay referencia a ningún modelo, guía o impreso que pueda orientar y sistematizar la recolección de informaciones junto al cliente y, de esta forma, permitir el establecimiento de una relación de diálogo intencionado de la enfermera con su cliente.

La historia clínica de enfermería, más que un impreso, es un proceso organizado y sistemático de la recolección de datos para el análisis del estado de salud del cliente, elemento-clave para la ejecución de las demás actividades de enfermería (Iyer, 1993). Por medio de la historia clínica, la enfermera inicia y mantiene la relación terapéutica con su cliente. Sin embargo, los resultados de este estudio revelan que la historia (entrevista y examen físico) no es realizada plenamente, sino sólo parcialmente, por pocos y de forma no sistematizada. Pero, aun precariamente, la historia clínica, o parte de ella, es realizada teniendo en vista que sin ella faltan elementos para quién pretende diagnosticar, prescribir y evaluar. El pasaje para el modelo artesanal va a exigir el desarrollo de esta habilidad, porque sin ella no se inicia el proceso de trabajo.

En cuanto al *diagnóstico de enfermería*, cabe observar que un único testimonio hizo referencia a la averiguación de problemas del paciente.

En Brasil, predomina el concepto de Wanda Horta que considera el diagnóstico como identificación de las necesidades afectadas para la determinación del grado de dependencia, pero una observación sistemática nos permite afirmar que este modelo no se mostró operacional. En la práctica, de acuerdo a lo evidenciado por el testimonio recogido en este estudio, ocurre la detección de problemas, de señales y síntomas, de equipamientos y de procedimientos, entre otras situaciones.

El modelo de *diagnóstico*, cuando es utilizado, es biomédico y busca principalmente identificar la existencia de señales indeseables, o sea, signos y síntomas. Mientras es parte de un proceso artesanal, la utilización del diagnóstico propicia tanto el desarrollo de la habilidad intelectual dirigida a realizar un actuar reflexivo, intencional, como el conjunto de conocimientos de determinada profesión. Los diagnósticos son constituidos por los fenómenos que el profesional debe identificar y tratar con autonomía e independencia.

En cuanto a la *prescripción de enfermería*, esta fue ciertamente la más relacionada con la ejecución de determinados cuidados. Así, verificamos que los testimonios hacen referencia al cuidado de los clientes graves, a la administración de quimioterapia, a la orientación y supervisión de cuidados realizados por el cliente, a la realización de técnicas y procedimientos (como punción venosa, aspiración, etc.), a aclaraciones sobre la enfermedad, a las curaciones y a la atención de emergencias.

Las prescripciones son, tal como el diagnóstico, parte significativa del conjunto de conocimientos profesionales. En el modelo artesanal, vemos que las prescripciones provienen de los diagnósticos, principalmente. En el contexto donde el embrión de este modelo de organización del trabajo se

desarrolla, vemos que la prescripción, la tarea de enfermería, aparece con características de taylorismo, o sea, en cantidad, pero sin vinculación a una etapa anterior de trabajo.

Cabe observar, además, que por los testimonios podemos percibir una preocupación por las acciones inclinadas a la promoción de salud y autocuidado. Consideramos estos datos altamente positivos y promisorios en un momento que nos exige la revisión de paradigmas de la práctica profesional.

En cuanto a la *evaluación del resultado de asistencia*, también conocida como evolución de enfermería, verificamos que los testimonios hacen referencia sólo al registro de las acciones ejecutadas. No nos sorprende este hecho, ya que actuar en función de resultados propuestos o metas no es una práctica muy común para nosotros. Desde una macroestructura hasta una micro, vivimos un día después del otro sin condiciones de anticipar mínimamente el futuro. Las consecuencias de un vivir de esta forma pueden ser fácilmente comprendidos por cada uno de nosotros.

En el método de trabajo artesanal, la evaluación del resultado permite el cierre del ciclo de las actividades y su reinicio. El registro de actividades, conforme lo encontrado por nosotros en este estudio, permite una evaluación cuantitativa, lo que no deja de ser deseable. Pero una evaluación cualitativa exige el establecimiento de resultados para que se pueda proceder a las comparaciones.

Las variables del método de trabajo (alienado/artesanal) de la enfermera

Una vez analizados los testimonios, las informaciones existentes en la literatura y tomando siempre como referencia la tesis/antítesis presentada en este estudio, nos interesa discutir la magnitud de las determinantes sobre la implementación, o no, de la metodología de la asistencia.

Así, el análisis que presentamos sobre la base de los testimonios de las enfermeras que componen nuestra muestra es el *valor observado* sobre las actividades referentes a la historia clínica, diagnóstico, prescripción y evaluación de resultados, mientras que en el discurso teórico-profesional consideramos el *valor esperado*.

La razón entre el valor observado y el valor esperado representa la medida de realización de la metodología de asistencia en este grupo en relación con el grupo teórico. Idealmente, esta razón debería ser igual a 1 (uno). Sin embargo, más que el número, buscamos una tendencia.

La discrepancia existente entre el *valor observado (práctica)* y el *valor esperado (teoría)* nos hicieron considerar que el discurso sobre la metodología de enfermería, como instrumento de nuestra producción profesional, se constituye en un discurso ideológico que ha contribuido a disimular la realidad. Así, representa una conciencia parcial, ilusoria y engañosa para fines de dominación de un grupo social (profesional, corporativo) sobre otro (usuarios, auxiliares de enfermería) (Cotrim, 1993).

En caso que fuese este el discurso, un discurso construido a partir de una teoría descriptiva o prescriptiva, tendríamos un valor observado más próximo al valor esperado. Queremos afirmar que si las actividades de enfermería que constituyen el método de trabajo fuesen una prescripción teórica comprendida por el grupo executor, alumnas, profesoras y enfermeras, ellas harían parte del cotidiano profesional, independientemente de las condiciones estructurales.

Como ejemplo, citamos a la Medicina. Esperamos que un médico sea capaz de diagnosticar y tratar enfermedades en seres humanos. Tanto en la Facultad como en el Sistema de Salud, él deberá realizar una anamnesis, hacer el diagnóstico, identificando la enfermedad, prescribir y evaluar el

resultado de la terapia. Estas actividades son enseñadas y entrenadas a lo largo de su formación académica, son ejecutadas en su cotidiano profesional y reglamentadas por las leyes profesionales, en cualquier lugar del mundo, en cualquier cultura o condición. En fin, estas actividades son reconocidas como instrumentos de producción de prácticas y saberes por los propios profesionales y por los usuarios.

Para caracterizar el contenido ideológico de nuestro discurso sobre la metodología de la asistencia en enfermería, observamos que su lógica se desenvuelve sobre lagunas, omisiones, silencios y saltos. Este discurso permanece rebelde con la propia realidad vivida por los que la diseminan.

Así, ocultamos nuestra propia fragilidad para diagnosticar y tratar las respuestas humanas de una forma autónoma e independiente, en lugar de revelar que no desarrollamos estas habilidades ni en las escuelas ni en los servicios. No revelamos también que nos faltan condiciones estructurales para su implementación. Falseamos para nosotros mismas y para nuestros clientes la existencia de una ciencia que todavía está por ser teorizada, en lugar de aclarar que estamos buscando una alternativa que no sea sólo seguir las órdenes médicas relacionadas al tratamiento de la enfermedad. En fin, escondemos de nosotras mismas nuestras fragilidades para no descubrir nuestro potencial y ser responsabilizadas socialmente por él.

Nos encontramos firmemente establecidas en un modo de práctica profesional alienado, caracterizado por el taylorismo, por la fragmentación de las actividades y por la total ausencia de control sobre el producto de nuestro ejercicio profesional. Entretanto, hay indicios de un modo de trabajo artesanal, caracterizado por la realización de algunas actividades, de forma discontinua e individual, que no puede ser comprendida aún como un método de trabajo procesal.

Pero, ¿por qué la persistencia del taylorismo? Hace un tiempo responderíamos a esta pregunta citando a Menzies (s.f.). Esta autora, en su excelente estudio sobre la práctica de enfermería, apuntó a la ansiedad y el miedo generados por la relación enfermera-paciente como desencadenantes de mecanismos de defensa que, a su vez, cristalizan en un modo de funcionamiento de organizaciones. Aunque concordamos con su autora sobre la naturaleza estresante de nuestro trabajo, discordamos en cuanto a la afirmación de que ese estrés es la causa de la fragmentación del trabajo de enfermería y del consecuente distanciamiento entre enfermeras y cliente.

Sobre la base de nuestras observaciones y del estudio de Pitta (1991), consideramos que la forma de organización fragmentada de nuestro trabajo de enfermería conduce a la fragmentación de nuestro saber y a la destrucción de un nexo afectivo e intelectual con nuestra clientela y con nuestro trabajo, volviendo nuestra relación profesional fría, monótona y apática. Pitta verificó que cuando hay condiciones para el desarrollo de un modo de trabajo artesanal, o sea, de una forma de trabajo no alienada, ocurre la realización profesional del individuo.

En síntesis, consideramos que el método de trabajo de la enfermera es alienado, caracterizándose por el ejercicio de actividades gerenciales dirigidas para la implementación de la asistencia médica. La ejecución de este método no sucede sin conflictos. Los conflictos se deben a la falta de consenso sobre las actividades básicas de la profesión y al cambio de paradigma (biomédico versus holismo, complejidad e integralidad) y el modelo institucional (Sistema Unico de Salud-SUS).

Como observan Aguiar y Sandoval (1993), las situaciones de pasaje de un paradigma (visión del mundo compartida por una comunidad científica y expresada por medio de un trabajo teórico) a otro no son fáciles y evolucionan principalmente por cambios de mentalidad, más que un raciocinio

REFLEXIÓN

riguroso o experiencia. Así, pasar del modelo de producción de enfermería taylorista al artesanal implica un cambio de mentalidad en el sentido de privilegiar las actividades de diagnóstico, prescripción y evaluación del resultado que propician la relación terapéutica enfermera-cliente.

Consideraciones finales

Señalar los impasses y las perspectivas en la utilización de la metodología de la asistencia de enfermería implica analizar este momento histórico que vivimos. Estamos en el inicio de un nuevo milenio, viviendo fenómenos que suceden más rápidamente que lo que conseguimos elaborar.

Estos fenómenos están mostrando la necesidad de cambio en el sentido de integralidad, de atención primaria en salud, de desarrollo del pensamiento crítico, de la libertad y la solidaridad humanas. La sociedad está exigiendo de nosotras, enfermeras, estrategias para superar la percepción fragmentada de la persona, para promover la salud y la calidad de vida para combatir la miseria y para propiciar el encuentro terapéutico con nuestra clientela.

La metodología de la asistencia de enfermería: Impasses

En cuanto a los impasses a ser superados, las enfermeras que colaboraron en este estudio con sus testimonios señalaron principalmente la falta de recursos humanos y recursos materiales para ejercer su rol profesional con eficiencia y satisfacción.

Esos y otros impasses podrían ser mencionados y, probablemente, concordaríamos con todos ellos. Pero destacamos para nuestra reflexión, en vista de lo discutido hasta el momento, el discurso ideológico sobre la metodología de la asistencia de enfermería. Este, a nuestro entender, constituye la principal barrera, tanto de la utilización de la metodología de asistencia como de su rechazo en la forma de organización de trabajo.

La falta de coherencia e incongruencia entre nuestro discurso y nuestra práctica no nos ha permitido avanzar en la definición de las actividades que realmente constituyen, o deben constituir, nuestra práctica profesional.

La metodología de la asistencia de enfermería: perspectivas

El contexto internacional, sea por el proyecto coordinado por el International Council of Nurses, (ICN), sea por la proposición de la Organización Mundial de la Salud de *Salud para Todos*, nos muestran el camino de las actividades de enfermería como una forma de Ser, Saber y Hacer Enfermería.

El proyecto sobre Clasificación Internacional de Práctica de Enfermería nos denunció que hay mucho a ser construido si queremos afirmarnos definitivamente como profesión y nosotros no podemos negar a las personas del futuro el derecho de ser enfermeras o de ser cuidadas por enfermeras.

Pero para que este reconocimiento sea construido y podamos alcanzar nuestra finalidad social, garantizando que la salud sea un derecho de todos y un deber del Estado, se hace necesario eliminar dificultades coyunturales, realizar acciones que se traduzcan en prácticas institucionales (escuelas y servicios) como actividades constituyentes del método de trabajo artesanal, buscando la promoción de la salud de la clientela.

En este sentido, vemos que en Brasil la implantación y/o implementación eficaz del Sistema Único de Saúde –SUS– favorece la implantación/implementación de las actividades de enfermería, pues el modelo asistencial preconizado por el SUS debe garantizar los principios de integralidad, universalidad, equidad de la asistencia y control social de la población (Barros & Silva, 1990; Mourao, 1993).

Otro aspecto que merece destacarse entre las perspectivas es la participación activa de la Asociación Brasileña de Enfermería (ABEn) en el proyecto del ICN. Esto propicia que las discusiones sobre el tema sean regulares y permite cierta coordinación de los estudios y actividades en esta área.

Merece destacarse también la discusión sobre el nuevo currículum mínimo de enfermería. Este currículum ofrece una oportunidad para la discusión de los paradigmas de nuestra práctica. Sugerimos inclusive que las discusiones acerca de su implementación consideren las estrategias necesarias para el desarrollo de las actividades de enfermería en los diversos escenarios de actuación, explicitando el modelo adoptado para el diagnóstico de enfermería, principalmente.

Las perspectivas dadas por el contexto sociopolítico nos parecen favorables a las actividades de enfermería dentro de un modelo de proceso, considerando las profundas necesidades de salud de nuestra población. Nos resta la opción de entender o rechazar esta ansia y derecho de la sociedad.

Si optamos por la atención y asumimos el modelo artesanal de producción, será necesario volver a mirar nuestro conocimiento (historia y diagnóstico) y práctica actual (prescripción y evaluación) para individuos, familias y comunidades, tanto sanos como enfermos.

Será preciso también rehacer o reorganizar nuestros conocimientos. Re-enseñar y re-aprender, así como re-pensar estrategias para la realización de las actividades con calidad y bajo costo (consulta de enfermería, visita pre y posoperatoria, historias autoaplicadas, entre otras), pues las dificultades coyunturales del taylorismo continuarán existiendo y resistiendo.

En el caso de que optemos por la permanencia del modelo taylorista, contrario a la filosofía holística y el SUS, podremos, en breve plazo, dejar definitivamente la asistencia directa para los auxiliares, técnicos y agentes de salud y volvernos, finalmente, gerentes de unidades de salud. En ese día, dejaremos para otros la enfermería y abrazaremos la administración de empresas. El futuro dirá en los hechos cuál camino fue el mejor para cumplir la responsabilidad social de la profesión de enfermería.

Referencias Bibliográficas

- Aguiar, M.G.G. y Sandoval, J.M.H. (1993). Reflexões em torno dos paradigmas e a produção do Conhecimento. *Rev Baiana Enf.*, 6(1), 5-18.
- Barros, S.M.P.F. y Silva, N.F. (1990). Brasil-Sistemas Locais de Saúde-Enfermagem. *R Brás. Enferm.*, 43, 126-30.
- Brasil, Leis. Lei Nº 7498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e da outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília. Seção 1, 9273-9275.
- Bulechek, G.M. y McCloskey, J. (1992). Defining and validating nursing interventions. *Nurs Clin of North Am*, 27, 289-299.
- Clarck, J. y Lang, N. (1992). Nursing's next advance: an international classification for nursing practice. *Int Nurs Rev*, 39, 109-128.
- Cotrim, G. (1993). *Fundamentos da Filosofia. Ser, Saber e Fazer*. (8 ed.). Rio de Janeiro: Ed. Saraiva.
- Cruz, I.C.F. (1993, julho). *Uma assertiva questionável: o enfermeiro presta assistência ao cliente como um todo bio-psico-sócio-espiritual*. In: Livro resumos, Encontro Nacional de Enfermeiros de Hospitais de Ensino, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, Brasil.

REFLEXIÓN

- Iyer, P.W. (1993). *Proceso e diagnóstico em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- International Council of Nursing. (1994). *Report of Advisory Meeting on the Development of an Informational Tool to Support Community-Based and Primary Health Care Nursing Systems*. Ginebra.
- Lang, N.M. y Marek, K.D. (1990). The Classification of Patient Outcomes. *Journal of Professional Nursing*, 6, 158-63.
- Menzies, I. (s.f.). O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas.
- Mourão, L.C. (1993). *Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva. Percepções e Expectativas da Equipe de Enfermagem*. Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem Anna Néry, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- North American Nursing Diagnosis Association. (1990) Taxonomy I- with official diagnostic categories. USA: St. Louis.
- Pitta, A. (1991). *Hospital. Dor e morte como ofício*. São Paulo: Ed. Hucitec.
- Utyama, I.K.A. (1990). O ensino de processo de enfermagem: opinião dos enfermeiros. *Rev Bras Enf*, 43. 19-25.
- Yoshioca, M.R. (1993). Classificação Internacional das Atividades de Enfermagem: uma amostra da realidade brasileira. *R Bras Enf*, 26. 258-65.

Correspondencia a: Isabel Cristina Fonseca da Cruz. Enfermera, Doctora en Enfermería. Profesora Titular, Departamento Enfermería Médico-Quirúrgica de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal Fluminense. Brasil.

Coordinadora de NEPAE-Núcleo de Estudos e Investigações sobre Actividades de Enfermería. www.uff.br/nepae.