

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

O trabalho clínico da enfermeira: para além das doenças crônicas

Nurse's clinical work: beyond chronic diseases

El trabajo clínico de la enfermera: más allá de las enfermedades crónicas

Silvia Matumoto ¹, Bruna Turaça da Silva Manso ²

ABSTRACT

Objective: analyze one case of nurse's clinical care at the primary health care (PHC) level. **Method:** qualitative approach that shows a research cutout on nurse's clinical practice at PHC. Three nurses from Family Health teams participated in the matrix support stage. They thought through cases where they provided care, selected and narrated during support meetings, highlighting what has mobilized them, which were their concerns, what they thought at the time of service, and what they think at the time of case report. **Result:** we analyze the case of a woman with chronic illnesses in mental health, hypertension, diabetes, and obesity that emerge throughout her life. The nurse takes an attentive and respectful listening position, seeking to develop autonomy through user's awareness of her own situation. **Conclusion:** it is concluded that the nurse has powerful tools for longitudinal monitoring that go far beyond the disease. **Descriptors:** Public health nursing, Primary care, Continuity of patient care, Work.

RESUMO

Objetivo: analisar um caso de atendimento clínico da enfermeira no nível de atenção primária à saúde (APS). **Método:** abordagem qualitativa que apresenta um recorte de pesquisa sobre a prática clínica da enfermeira na APS. Na etapa de apoio matricial participaram 3 enfermeiras de equipes de Saúde da Família. Elas realizaram reflexão sobre casos por elas atendidos, selecionados e narrados nos encontros de apoio, destacando-se o que as mobilizou, quais eram suas preocupações, o que pensaram no momento do atendimento e o que pensam no momento do relato do caso. **Resultado:** analisamos o caso de uma mulher com agravos crônicos em saúde mental, hipertensão, diabetes e obesidade que emergem ao longo de sua vida. A enfermeira se coloca em posição de escuta atenta e respeitosa, buscando o desenvolvimento da autonomia a partir da consciência da usuária sobre sua própria situação. **Conclusão:** conclui-se que a enfermeira tem ferramentas potentes para o acompanhamento longitudinal muito além da doença. **Descritores:** Enfermagem em saúde pública, Atenção primária, Continuidade da assistência ao paciente, Trabalho.

RESUMEN

Objetivo: analizar un caso de atención clínica de la enfermera en la atención primaria de salud (APS). **Método:** abordaje cualitativo que presenta un recorte de investigación acerca de la práctica clínica de la enfermera en la APS. Tres enfermeras de equipos de Salud de la Familia participaron en la etapa de soporte matricial. Ellas hicieron examen de los casos que atendieron, seleccionados y narrados en las reuniones de apoyo, destacando lo que las movilizó, cuáles eran sus preocupaciones, lo que pensaban en el momento del servicio y lo que piensan en el reporte del caso. **Resultado:** se analiza el caso de una mujer con enfermedades crónicas en salud mental, hipertensión, diabetes y obesidad que surgen a lo largo de su vida. La enfermera toma una posición de escucha atenta y respetuosa, buscando desarrollar la autonomía desde la conciencia de la usuaria acerca de su propia situación. **Conclusión:** se concluye que la enfermera tiene poderosas herramientas para el seguimiento longitudinal que van mucho más allá de la enfermedad. **Descriptor:** Enfermería de salud pública, Atención primaria, Continuidad de la atención al paciente, Trabajo.

1 Doutora em Enfermagem. Professora na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: smatumoto@eerp.usp.br 2 Aluna no Programa de Mestrado Profissional "Tecnologia e Inovação em Enfermagem" da EERP/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: bruna_turaca@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O trabalho de enfermagem tem a função de prestar assistência ao indivíduo sadio ou doente, família e comunidade, desempenhando atividades para promover, manter e recuperar a saúde¹, contribuindo assim, com a implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

No processo de implantação do SUS, o trabalho da enfermeira na atenção primária à saúde (APS) vem sofrendo transformações e mudanças, demandando mais ações clínicas.^{2,3} Esse movimento emerge no interior dos serviços, cujas práticas hegemônicas mantêm a predominância do trabalho centrado no médico, com foco na doença, o que configura práticas cotidianas mais frequentes do tipo pronto atendimento e de produção de procedimentos. Especialmente na Estratégia Saúde da Família (ESF), novas demandas assistenciais vêm sendo direcionadas à enfermeira, levando à necessidade de ressignificação de sua clínica para que se constitua como prática centrada no usuário, integral e resolutive.⁴

A clínica ampliada apresenta-se como ferramenta para que os processos de trabalho em saúde se voltem para a produção do cuidado centrado nos usuários, em uma prática que vá além da doença, o sujeito, seu contexto e o coletivo. A clínica ampliada, ou clínica do sujeito, amplia o objeto de estudo e das práticas da clínica, seus meios e finalidades. Visa à cura e ao alívio do sofrimento, desenvolvimento de autonomia das pessoas para lidar com seus problemas e condições concretas de vida, por meio do uso predominante de tecnologias leves e construção dialogada entre trabalhador, usuário e equipe de saúde.⁵⁻⁷

A ampliação do objeto⁷ passa pela discussão sobre o campo e núcleo de responsabilidades de cada profissional, com relação aos problemas de saúde na perspectiva dos riscos e vulnerabilidade, considerando os sentidos, a dinâmica das variáveis nas análises de risco e seus significados concretos.

A ampliação dos meios de intervenção depende da coprodução singular entre trabalhador e usuário, para construção do projeto terapêutico, que se opera em “espaços de cogestão”, de compartilhamento de saberes e avaliação de risco e vulnerabilidade do indivíduo e da comunidade.⁷

A clínica constitui espaço de produção de relações e intervenções resultantes de um jogo de disputa e compartilhamento de necessidades, interesses e modos tecnológicos de agir. Além disso, o exercício da clínica está diretamente relacionado ao respaldo da organização dos serviços de saúde às práticas e à missão do estabelecimento.⁸

A clínica, assim, caracteriza-se pelo foco das ações no âmbito do indivíduo, mas extrapola o momento do encontro individual porque se desdobra em ações para além desse espaço singular trabalhador-usuário, no âmbito do coletivo. Do mesmo modo que ações que se voltam para o

coletivo não prescindem de abordagens individuais para realizar diagnóstico e ações de prevenção e promoção.⁷

Podemos dizer que os desafios para o enfermeiro na produção da clínica ampliada abrangem a efetivação da coprodução de ações e sujeitos; centralização do processo de trabalho nas necessidades do usuário⁸; e constituição das práticas de enfermagem nas relações com outras práticas, em um processo dinâmico de reconfiguração dos limiares de núcleo e campo de competência e responsabilidade⁹, considerando os saberes específicos de cada profissão, as potencialidades dos trabalhadores, recursos dos usuários e comunidade e as necessidades de cada caso.

O cuidado na perspectiva da clínica ampliada demanda da enfermeira trabalho orientado por concepção de saúde também ampliada, bem como habilidades relacionais e capacidade reflexiva.

No cotidiano, a enfermeira se depara com dificuldades ao desenvolver seu trabalho clínico¹⁰, envolvendo, entre outros fatores, a sobreposição de tarefas e responsabilidades no âmbito organizacional e assistencial¹¹, agravadas quando assumem função gerencial¹²; e os afetos diante da dor e sofrimento do usuário e suas famílias.¹³

Entendendo que esse trabalho pode ser facilitado se puder contar com apoio do tipo matricial⁹ ou supervisão, empreendemos em uma das etapas da pesquisa, “a clínica ampliada do enfermeiro na atenção básica em saúde”, a oferta de apoio matricial a enfermeiras da ESF. Buscamos compreender as características da prática clínica da enfermeira, a forma como enfrenta as dificuldades de trabalhar na perspectiva da integralidade por meio da clínica ampliada, e o processo de autorreflexão da enfermeira sobre o próprio trabalho.¹⁴

Destaca-se que a autoanálise leva o trabalhador a refletir sobre sua prática, olhando para si e para o outro, como se insere nessa ação, analisando-se como sujeito dela. O profissional também é mobilizado a olhar para o outro, para aquele que é cuidado, assim como entender como este outro o afeta, isto é, o que ele (usuário) traz que o provoca e mobiliza para o cuidado.^{6,13}

Nesse movimento, a enfermeira vivencia processos de autoanálise e autogestão, ou seja, ela realiza a análise do seu próprio trabalho, de revisão de suas práticas cotidianas, reconhecendo limites e possibilidades diante dos resultados alcançados ou não e, no mesmo processo, tendo em vista os afetos do processo auto analítico, implica-se e mobiliza-se na tomada de decisões, movida, agora, pelos novos sentidos e possibilidades de agir.¹⁴

Utilizamos como referencial teórico-metodológico o processo de trabalho em saúde¹⁵, suas tecnologias e micropolítica⁸; a clínica ampliada^{5,7}; e, alguns conceitos da análise institucional¹⁴ na perspectiva da pesquisa-intervenção¹⁶ e o apoio matricial como suporte pedagógico.⁹

Analisar um caso de atendimento clínico da enfermeira na APS, explorando os planos da prática clínica.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa que foi realizada por meio de pesquisa-intervenção.¹⁶ Esta, por sua vez, é uma modalidade de pesquisa participativa, em que pesquisador e participante são coautores do processo de investigação.

Na proposta da análise institucional:

[...] o momento da pesquisa é o momento da produção teórica e, sobretudo, de produção do objeto e daquele que o conhece; o momento da pesquisa é o momento de intervenção, [...] a pesquisa-intervenção tem como mote o questionamento do “sentido” da ação.^{16:73}

Assim, o momento do apoio matricial também se fez como momento de produção dos dados, com participação da pesquisadora e da enfermeira. No encontro, buscamos apreender os sentidos das práticas¹⁷ para as enfermeiras, a partir das narrativas sobre os casos, o que as mobilizou, quais eram suas preocupações, o que pensaram no momento do atendimento e o que pensam agora, no momento do relato do caso. Dessa forma, o percurso da pesquisa se deu em processo simultâneo de intervenção e produção de conhecimento.

Essa produção simultânea teve como ponto de partida os relatos objetivos e subjetivos da enfermeira, que, por sua vez, foi conformando um desenho de paisagens psicossociais com os movimentos de transformação de sentidos. Essa transformação se dava ao mesmo tempo pelo desmanche e pela constituição de certos mundos, que se criam para(na) expressão de afetos.¹⁷ A pesquisa se fez em uma espécie de “viagem”, singular, única e irrepetível, em que o mais importante é a novidade, a diferença e a singularidade. Seu registro em um “diário de bordo”, uma “máquina-livro”, cujo movimento, velocidade, longitude e latitude, densidade, intensidade contribui para “inventar mundos”. A pesquisa, como um “mapa”, pode servir para que outros viajantes construam sua própria trajetória, sua aventura.¹⁸ Para tanto, lança mão de ferramentas do método cartográfico.¹⁷⁻¹⁹

No período de janeiro a junho de 2013, foram realizados 27 encontros com 3 enfermeiras, para discussão de casos acompanhados/atendidos. Os encontros tiveram periodicidade mensal ou quinzenal, variando de acordo com a disponibilidade das enfermeiras.

Para registro dos dados utilizou-se o diário de bordo, instrumento do pesquisador em que registrou suas impressões e emoções acerca dos momentos vividos; e a gravação digital dos encontros de apoio matricial, que foram transcritos para releitura em momento posterior de apreensão de novos sentidos, com o aporte dos registros no diário do pesquisador e do referencial teórico.

Selecionamos um dos casos narrados por uma das enfermeiras para explorar a prática da clínica ampliada.

A investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), sob o Processo n. 0832/2007. Todos

os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, como previsto na Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caso: Aprendendo a se cuidar

Maria (58 anos), nome fictício, caso trazido pela agente comunitária de saúde (ACS) para a enfermeira como alguém que mudara para o bairro e estava sem acompanhamento clínico e de psiquiatria, pois havia perdido a consulta na saúde mental. Apresentava também hipertensão, diabetes, dislipidemia e obesidade, entre outros agravos.

No processo de acompanhamento de Maria, a enfermeira percebe que ela não segue o tratamento prescrito e adota tratamentos “naturais”, como o uso de própolis para as lesões de pele, leite de soja em lugar do cálcio prescrito pelo ginecologista e chás no lugar dos medicamentos indicados pelo psiquiatra.

Uma das preocupações da enfermeira na consulta foi levantar informações acerca de seu estado de saúde e tratamentos, medicamentos, quem os prescrevera, em qual serviço de saúde, sua dieta, buscando reconstruir o itinerário percorrido. Dessa forma, poderia discutir com o médico da equipe para que ambos pudessem agilizar as providências necessárias para ajudá-la a melhorar seu estado de saúde.

A enfermeira levanta a história de vida de Maria. Há muito sofrimento na infância, sendo submetida a uma espécie de trabalho infantil, tendo que ser serviçal de suas primas, cujos pais tinham condições financeiras melhores. Passou por humilhações e, na escola, com sentimento de inferioridade, não se inseria nos grupos, ficando discriminada. Casou-se muito jovem, passando a cuidar do marido e da família do marido. Ao relatar sua história, Maria percebe que é mais fácil cuidar do outro do que de si própria. Maria também relata que, aos 19 anos, teve crise emocional e precisou de atendimento psiquiátrico. Casou-se com rapaz da mesma igreja e não teve filhos. Na igreja, seu marido tinha uma função que o levava a ajudar famílias e pessoas e Maria o acompanhava nessa atividade, até que não conseguiu mais acompanhá-lo, ficando em casa sem ânimo, só deitada, gerando conflitos no relacionamento do casal. Maria também relata dificuldade em conseguir atendimento em saúde mental.

A enfermeira, após constatação dos esforços de Maria para conseguir agendar sua consulta, devido a dificuldades de acessibilidade organizacional, com rotinas, regras e normas não compatíveis com as condições e situações dos usuários que necessitam de atendimento especializado em saúde mental, encaminha pedido por escrito ao Coordenador de Saúde Mental do município, para viabilizar o agendamento com o psiquiatra. Passadas várias semanas, e até o momento da discussão de caso, a resposta sobre o pedido para Maria ainda não havia sido recebida.

[...] porque às vezes a pessoa emocionalmente não tá em condições, é difícil ela se propor a ir lá, né? Numa consulta agendada com o horário certinho, às vezes, as coisas acontecem, né? Não sei também se dentro da psiquiatria essa coisa de ir pessoalmente tem alguma... [...] uma questão necessária pra aderir ao tratamento, aquela coisa toda, o querer do paciente, isso se manifesta nessa ação, né? Mas, nesse momento, se pudesse dar essa [...] o [nome do coordenador de saúde mental] vai poder ajudar, com certeza, vai ajudar ela. (Enfermeira 1 - Caso 2)

A enfermeira busca no acompanhamento fazer com que a usuária se sinta cuidada pela equipe, tentando compreender seus pensamentos e suas crenças acerca de seu tratamento e da dieta prescrita. Tem claro para si que deve persistir na orientação sobre a dieta, as medicações que a usuária deve tomar, entende que o profissional não deve desanimar. Em seu relato, a enfermeira demonstra o respeito com o tempo de Maria, compreendendo sua dificuldade de mudar o modo de se relacionar com as pessoas e consigo, sempre cuidando dos outros.

No movimento de compreender a dificuldade de adesão aos tratamentos, a enfermeira identifica sentimento de culpa de Maria por não ter dado conta de cuidar de sua própria mãe, que hoje fica em uma instituição de longa permanência; Maria relata que seu pai falecera há três anos, com histórico de alcoolismo e acidente vascular cerebral (AVC).

A enfermeira revê a sequência de atendimentos que fez. Relata que, quando Maria faltou a um dos atendimentos, ela (enfermeira) fez contato telefônico para saber se estava bem e relembra que esse contato foi importante para a usuária retomar o acompanhamento. E volta a falar da usuária, da mudança de casa, que o fato estava exigindo dela uma mudança de mentalidade, pois se sentia muito bagunçada. Na casa antiga tinha um lugar para rezar e ela ainda não estava encontrando esse lugar na nova casa... Apesar das dificuldades, a usuária refere melhora, embora não saiba precisar exatamente, mas refere que agora a distância entre a casa dela e a unidade está bem menor.

A enfermeira prossegue em seu trabalho, buscando identificar os recursos da usuária e sua família. Busca envolver o marido no cuidado de Maria, nas providências junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) para aposentadoria, para acompanhá-la nos atendimentos especializados que ela necessitava, tais como dermatologia, oftalmologia e agendamento da psiquiatria.

Na busca de estratégias para que Maria aprenda a cuidar de si, a enfermeira investiga suas crenças e orientações religiosas, demonstrando atitude respeitosa; e propõe busca de atividades prazerosas tais como leituras e orações; e também, propõe a prática de exercícios respiratórios. Isso fez a própria usuária perceber que, às vezes, sua respiração diminuía, relacionando esse fato à própria vontade de viver, que seguia o ritmo respiratório.

No diálogo com a usuária, a enfermeira identifica outra frente de trabalho, a menopausa, e o que isso representa para Maria. A interrupção da menstruação manifestou-se em mal-estar, dispneia, sensação de edema, barulho no ouvido, dores de cabeça, ondas de calor e sangramento anal. Para ela, o sangue que não sai pela menstruação produz odor ruim em seu corpo. Essa questão é levada ao médico, com quem teria atendimento próximo. Ao mesmo tempo, a enfermeira mantém os atendimentos semanais de Maria para dar andamento

a seu plano de ajudá-la a se apropriar de práticas de autocuidado. Nessa direção, a enfermeira relaciona em um papel todas as medicações para que Maria não se perca em seus tratamentos. Essa estratégia foi acompanhada pela ACS, que relatou que nos primeiros dias a relação de medicamentos na porta da geladeira funcionou, mas depois caiu no esquecimento. A enfermeira abordou a questão com a usuária em um dos atendimentos e passou a trabalhar a autopercepção, no processo de aprender a cuidar de si. Assim relata a enfermeira o que Maria diz:

*“Eu estou muito tempo olhando só pro outro e eu me esqueci. Eu, agora que tô tendo essa oportunidade de falar, eu nunca tive isso, imagina... eu tinha tanta dificuldade de agendar um médico, ficava lá seis meses pra poder ir. E agora, aqui, eu posso vir toda semana, tem gente que vai na minha casa!”
Então, eu acho que agora ela tem essa possibilidade de se olhar e ser olhada, né? (Enfermeira 1 - Caso 2)*

Além disso, a enfermeira destina o tempo de atendimento propriamente dito à usuária, semanalmente, e também destina a ela outros momentos, posteriores e anteriores ao desencadear contatos e buscar informações para facilitar a resolução dos problemas, como, por exemplo, o contato com o coordenador da saúde mental para que Maria consiga a consulta que perdeu com o psiquiatra; discutir com o médico da equipe como foi o atendimento e as condutas para que possam compor um plano de cuidados compartilhado e também com a ACS, outra trabalhadora totalmente envolvida no caso.

Outro aspecto que chama atenção refere-se à atitude e postura de respeito pelo momento, movimento da usuária, que a vida toda só cuidou dos outros e agora tem que aprender a cuidar de si. Chama a atenção também, a disponibilidade da enfermeira para cuidar das pessoas, demonstrada pela grande sensibilidade e capacidade de escuta.

A prática clínica se constituiu em encontros⁶ sucessivos entre a enfermeira e a usuária. No processo de resgate do caso no momento do apoio matricial foram se confirmando alguns sentidos do trabalho, outros sentidos perderam sua relevância e se reconstituíram em novas perspectivas, e novos sentidos e interrogações foram se delineando, nesse instigante universo obscuro da vida como ela é.

No movimento de apresentação do caso, alguns planos de sentidos da prática clínica vão se desenhando, a partir da perspectiva de compartilhar com foco: “O que se passou?”.²⁰

Partindo da literatura, Deleuze e Guattari exploram a novela como gênero literário, em busca de descobertas. A novela carrega uma memória do passado, mas também chama o leitor para a expectativa acerca do que acontecerá. Ela guarda em si, de certa forma, um segredo a ser desvendado, ao mesmo tempo em que coloca em cena “posturas do corpo e do espírito, que são como dobras ou envolvimentos, [...] estados nos quais o corpo é surpreendido quando algo acaba de acontecer”.^{20:65} “A novela se define em função de linhas vivas, linhas de carne, em relação às quais ela opera, por sua vez, uma revelação muito especial”.^{20:66}

Deleuze e Guattari²⁰ apontam 3 tipos de linhas, emaranhadas umas às outras em nós, que nos atravessam no viver no espaço social. A primeira seria a linha de segmentaridade dura, que pode ser binária, que funciona com escolhas binarizadas como homem/mulher,

rico/pobre, dentro/fora, casa/rua. Em funcionamento, esses segmentos fixam código e território e implicam um dispositivo de poder. A segmentaridade opera a organização do espaço social do Estado por segmentos, define as formas de deslocamento entre esses segmentos, construindo uma hierarquia e uma burocracia que se tornam muito pouco flexíveis. A segunda espécie de linhas, a segmentaridade circular desenhada em círculos, opera de forma mais flexível ou não, conforme seu funcionamento. Em um regime mais flexível, os círculos não ressoam todos juntos, não caem em um único ponto central. Quando há endurecimento da segmentaridade circular, todos os círculos ressoam e caem em um mesmo ponto central de acumulação e de significância, que percorre todos os círculos e repassa por todos os segmentos, como os aparelhos de Estado com suas máquinas burocráticas. E a terceira espécie de linha, que são as linhas de fuga. Estas são imperceptíveis, são movimentos difíceis de captar, que começam pelo meio, estão no meio, no emaranhado das linhas, tem algo de misterioso. Expressam fluxos moleculares de devir, de criação, que “quebram” o ritmo do cotidiano instituído, provocam uma ruptura das certezas, provocam desterritorialização, de forma que não se possa mais voltar à situação anterior.

Na prática clínica, uma linha bem demarcada e mais dura faz conformar um plano, certo ponto de partida para outras explorações. A linha dos saberes e práticas instituídas acerca das patologias referidas, isto é, hipertensão, diabetes, obesidade e adoecimento mental, para os quais estão traçados formas de agir pré-definidas.^{1,11}

O controle compõe um plano da prática clínica da enfermeira.

O modo instituído dessa prática clínica se fez presente, fazendo manter o foco de atenção em questões protocoladas, das ações programadas, estruturadas, do âmbito do controle: medicamentos, dietas, exames; ações estas definidas como suas competências e responsabilidades. Essa forma de agir está assentada na divisão técnica dos saberes e práticas, divisão esta delimitada por linhas de segmentaridade duras.²⁰

No modo hegemônico do trabalho em saúde, essa segmentaridade tem se apresentado de modo fixo, com centro único - o trabalho do médico. Alguns movimentos de investimento para mudanças têm contribuído para a flexibilização, de modo que os círculos não tenham um único centro, trazendo mais movimentos, outros olhares, tais como: a ESF, com foco na família, comunidade e trabalho em equipe, considerando a singularidade¹; a proposta de trabalho centrado no usuário⁸; e outras propostas de trabalho interdisciplinar, humanização.²¹

Assim, na medida em que a enfermeira assume a clínica centrada na usuária e percorre o caminho do conhecer, compartilhar e buscar formas de agilizar o cuidado em conjunto com o médico e com a ACS, outros círculos se fortalecem de modo que, aqui, a segmentaridade circular²⁰ apresenta um funcionamento não com um centro fixo, o que dá um caráter mais flexível para a clínica em construção.

Prosseguindo na busca, a enfermeira centra seu trabalho na usuária e toma como questão principal: “O que traz sofrimento?”.

A atitude interessada em compreender o caso constituiu outro plano da prática clínica.

A busca de informações ultrapassa a coleta de dados da anamnese; uma atitude interessada para compreender o caso, que busca apreender algum elemento que se mostra muito tênue, nas entrelinhas, que fica na espreita, à espera do melhor momento para se

revelar, à espera de uma situação de maior segurança e confiança para ser confidenciado, torna-se fundamental na clínica ampliada.

Esse movimento de busca abre espaço para a percepção do terceiro tipo de linhas de segmentaridade, as linhas de fuga.²⁰ Elas emergem no meio do processo, sem muita demarcação, desse movimento de curiosidade interessada na resolução do problema, de uma disponibilidade de estar com o outro no processo de uma situação mais confortável e sem sofrimento.

As linhas de fuga operam de forma muito próxima às tecnologias leves do processo de trabalho⁸, muitas vezes, nos parece não ser possível discerni-las uma da outra. Ambas operam com a potência da mudança, da ruptura, da criação.

E, no movimento de busca, de voltar seu trabalho à redução do sofrimento, a enfermeira usa as ferramentas de que dispõe. Nesse sentido, a construção do vínculo vai constituindo outro plano da prática clínica.

A construção do vínculo demanda investimento por parte das enfermeiras, atitude acolhedora ao sofrimento, olhar para além da queixa ou demanda imediata, que se desdobraram em ações concretas como a busca ativa em situação de falta ao retorno, flexibilização da agenda, com retornos mais próximos, interesse pelo acompanhamento dos usuários nos outros serviços, quando encaminhados, entre outros.

Outro plano constituído foi demarcado pela busca de recursos para tentar resolver os problemas e situações com os usuários. Uma mistura de elementos foi acionada, uns mais tradicionais, como a lista de medicamentos colocada na porta da geladeira; outros já anunciados, mas nem sempre utilizados, como acionar o marido para colaborar no cuidado, demandar à coordenação da saúde mental a solicitação de agilidade na marcação da consulta especializada.

Considerando o conceito de tecnologias como recursos do processo de trabalho em saúde, incluímos também, os saberes-ferramentas que as enfermeiras portam nesse plano da prática clínica. Nesse caso, destacamos a formação em saúde mental e domínio da intervenção breve como elementos que convergem para a ampliação da clínica.

Nos encontros de apoio, outro plano se conformou como plano da prática clínica da enfermeira, o plano do tempo do(n) cuidado.²²

Ele se expressou na bifurcação: dar o tempo ao outro (disponibilidade da enfermeira) e esperar o tempo do outro (a usuária). Por outro lado, esse tempo, de certo modo, também se fez no ato da própria produção dos dados da pesquisa, na escuta dos casos, dar esse tempo para que algo aconteça. Eis o tempo do(n) cuidado. A disponibilidade interna para estar com o outro, destinar a atenção, olhar, interagir. Como uma dobra, esse tempo da enfermeira também é o tempo da espera, o tempo do outro fazer algo pactuado, como uma mudança na alimentação, o início de uma atividade física, a ingestão correta da medicação, e tantos outros sobre os quais, na APS, não se tem qualquer controle.⁵ É preciso que o usuário o faça, e o trabalhador aposta no trabalho realizado e espera. Essa espera expressa a cumplicidade, os acordos, os limites, os riscos, a compreensão em uma recaída... O tempo do(n) cuidado é o tempo da criação.²²

O tempo também aparece como frequência. Esse é o tempo cronológico, presente no cotidiano, apresentando a finitude, o limite. No caso apresentado, os encontros eram

semanais, a enfermeira manejava a frequência de forma singular, com vistas ao cuidado a construir.

A prática clínica se desdobra no tempo do registro. As enfermeiras necessitam documentar seus atendimentos, tanto no sistema informatizado como no prontuário do usuário. Muitas vezes, o tempo demarcado para a consulta não possibilita que o registro seja feito no ato ou logo a seguir, e os registros se acumulam.^{11,12} Pesam, ainda, os múltiplos outros registros que a enfermeira deve fazer: sistema de informação municipal, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SisPreNatal), Sistema de Informação em Saúde (SIS)...

O cuidado vai sendo construído com a usuária, seus recursos materiais, familiares, internos e outros mais, e também com os recursos da enfermeira. Aqui, demarca-se outra espécie de tempo, o da experiência da enfermeira. Esse tempo se bifurca em outros tempos. O tempo da experiência da enfermeira no atendimento daquele caso, como um acontecimento²⁰, que faz emergir uma ruptura que transforma ela própria e também o usuário. O outro tempo da experiência da enfermeira refere-se ao tempo naquela equipe, na APS, na enfermagem, seria o tempo como uma espessura que está presente e não aparece, mas que dá sustentação e segurança para o cuidar, e correr certos riscos... dá liberdade para compartilhar dúvidas e certezas, negociar etapas, inventar alternativas... Esse tempo da experiência é também o tempo do conhecer: conhecer o território, conhecer as famílias, conhecer as pessoas, conhecer os colegas da equipe, conhecer os casos, conhecer os recursos da comunidade, conhecer os próprios recursos. Experiência e saber, quando bem explorados, trazem intensidade ao tempo do cuidar.

CONCLUSÃO

O caso de atendimento clínico de usuária com agravos crônicos, realizado por uma enfermeira de uma equipe de Saúde da Família possibilitou a exploração de planos da prática clínica para além do foco na doença.

Nem o caso, nem os planos são repetíveis, posto que são singulares.

Os planos demarcam algumas superfícies possíveis que dão forma à prática clínica da enfermeira, superfícies cujo contorno se faz por linhas de segmentaridade fixas, flexíveis e de fuga.

O plano do controle do tratamento, medicamentoso e não medicamentoso, pode se abrir no cruzamento com outros planos para novas possibilidades inventivas, novas descobertas, como da busca pela compreensão do caso, da construção de vínculo, da busca conjunta de soluções para os problemas, da disposição de dar o tempo para o cuidado e vivê-lo como acontecimento.

O caso assim exemplifica a potência da enfermeira de APS para fazer passar a vida quando a doença interrompe seu processo.

Este artigo apresenta o limite de tratar de apenas um caso, mas contribui com um conhecimento do trabalho da enfermeira na APS, trazendo elementos para o debate sobre a ampliação da prática clínica, na bifurcação do qualitativo e do quantitativo. Afinal, a enfermagem como prática social precisa responder a essa demanda da sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
2. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. *Rev Latinoam Enferm* [serial on the internet]. 2011 [cited 2015 Sep 13];19(1):123-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/17.pdf>
3. Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJB, Matumoto S, Fortuna CM. Os desempenhos da enfermeira na saúde da família: construindo competência para o cuidado. *Texto & Contexto Enferm* [serial on the internet]. 2013 [cited 2015 July 16];22(4):961-70. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/12.pdf>
4. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface Comun Saúde Educ* [serial on the internet]. 2010 [cited 2015 July 16];14(34):593-605. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>
5. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
6. Vieira AN, Silveira LC, Franco TB. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na enfermagem. *Trab Educ Saúde* [serial on the internet]. 2011 [cited 2015 July 16];9(1):9-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n1/v9n1a02.pdf>
7. Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: Teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizers. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 53-92.
8. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
9. Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde Soc* [serial on the internet]. 2011 [cited 2015 July 16];20(4):961-70. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/13.pdf>
10. Araújo JL, Paz EPA, Moreira TMM. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão arterial realizado por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [serial on the internet]. 2010 [cited 2015 July 16];14(3):560-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/eann/v14n3/v14n3a18.pdf>
11. 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* [serial

- on the internet]. 2008 [cited 2015 Sep 13];17(1):124-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/14.pdf>
12. Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* [serial on the internet]. 2010 [cited 2015 Sep 13];44(3):520-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/AO1308.pdf>
13. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. Cartografia das dores do cuidar no trabalho clínico do enfermeiro na atenção básica. *Texto & Contexto Enferm* [serial on the internet]. 2013 [cited 2015 Sep 13];22(2):318-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a07.pdf>
14. Baremlitt GF. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1996.
15. Mendes Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec; 1994.
16. Passos E, Barros RB. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicol Teor Pesqui*. 2000;16(1):71-9.
17. Rolnik S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Estação Liberdade; 1989.
18. Baremlitt GF. *Introdução à esquizoanálise*. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari; 1998.
19. Deleuze G. *Conversações*. São Paulo: Ed. 34; 1992.
20. Deleuze G, Guattari F. *Mil platôs. Capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1999. v. 3.
21. Brasil. *Redes de produção de saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. (Política Nacional de Humanização, série B).
22. Pelbart PP. *A nau do tempo-rei: 7 ensaios sobre o tempo da loucura*. Rio de Janeiro: Imago; 1993.

Recebido em: 08/05/2015
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 04/08/2015
Publicado em: 01/10/2015

Endereço de contato dos autores:
Silvia Matumoto
Avenida dos Bandeirantes, 3900 Ribeirão Preto - SP
E-mail: smatumoto@eerp.usp.br