

## CLÍNICA AMPLIADA NA ATENÇÃO BÁSICA DE UM MUNICÍPIO DO SERTÃO CENTRAL DO CEARÁ NA PERSPECTIVA DA PNH

Francisca Clarice Rodrigues Henrique<sup>1</sup>; Francisco Bruno Queiros de Freitas<sup>1</sup>;  
Mariza Maria Alves Barbosa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Discente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Católica de Quixadá.  
E-mail: claricehenrique123@gmail.com; brunnoqueiros2016@gmail.com

<sup>2</sup>Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Católica de Quixadá.  
E-mail: mariza@unicatolicaquixada.edu.br

### RESUMO

Após suas fases iniciais de garantia de acesso, de construção de infraestrutura, introduziu-se, no Sistema Único de Saúde (SUS) uma dimensão qualitativa, de gestão e de cuidado, por meio da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde (PNH) e de suas diretrizes, como a clínica ampliada, que busca integrar vários planos de tratamento que possibilitem maior eficácia na complexidade em saúde, necessitando de um trabalho multiprofissional, colocando em discussão justamente a fragmentação de tudo o que não diz respeito às doenças, criando um ambiente favorável para que se possa falar e gerar a compreensão ampliada do processo saúde-doença. O objetivo do estudo foi compreender a clínica ampliada na atenção básica no SUS – Quixadá- CE, na perspectiva da PNH. O estudo foi de natureza qualitativa, desenvolvido nas Unidades básicas de saúde da sede de Quixadá-Ce e os participantes foram 11 profissionais, 2 gestores e 36 usuários, definidos por saturação teórica-empírica. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada e análise foi através do discurso do sujeito coletivo, onde observou-se que o atendimento é feito apenas pelo médico e dificilmente os usuários são encaminhados a outros especialistas, assim como há falha também do sistema de referência e contrarreferência. Considera-se então que há um distanciamento da clínica desenvolvida nas UBS em relação ao que preconiza a clínica ampliada, diretriz da PNH, como modo de qualificar o serviço e a atenção em saúde.

**Palavras-chave:** Clínica Ampliada. Sistema Único de Saúde. Humanização. Atenção Básica de Saúde.

### INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem se desenvolvendo em busca da consolidação de seus princípios e diretrizes para uma melhor atenção à saúde. Após suas fases iniciais de garantia de acesso, de construção de infraestrutura, de definição de processos de financiamento, introduziu-se, nesse sistema, uma dimensão qualitativa, de gestão e de cuidado, que se traduziu pela Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde (PNH) que apareceu como proposta fundamental para legitimar o SUS como política pública, crítica, sensível, produtora de saúde, mas também de sujeitos e de cidadãos. (SAMPAIO, 2006).

A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, em que surgem muitas resistências, pois esse processo inclui mudanças de comportamento que despertam receio e medo. Os padrões conhecidos parecem mais seguros. Entretanto, os novos padrões não são generalizáveis, pois cada instituição, cada equipe, cada profissional, terá seu processo singular de humanização. A PNH, enquanto movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, foi formulada para a efetivação dos princípios do SUS. Para isso, ela apresenta como princípios

norteadores: a inseparabilidade entre gestão e atenção, pois, desse modo, incorporam-se, na integralidade, o cuidado e suas condições de realização entre processo técnico e a compreensão do que sejam direitos, sujeitos, democracia, processo saúde/doença; a inseparabilidade entre clínica e política, transversalidade para abertura comunicacional e para ampliação da grupalidade, e autonomia e protagonismo dos sujeitos, de forma que, na ampliação e retroalimentação entre saberes, multipliquem-se as possibilidades de diálogo entre profissionais de saúde e usuários, e, também, o incremento de poderes de decisão, tudo isso em um espaço mais harmônico de cooperação (BRASIL, 2013).

O desenvolvimento técnico-científico na área da saúde, evidenciado com a criação de serviços muito bem equipados para intervenções em saúde e avanços científicos tanto em conhecimentos quanto em soluções para os problemas que afetam a saúde das pessoas, tem trazido benefícios. Porém, tal desenvolvimento parece não ter sido acompanhado por avanços correspondentes nas relações humanas entre profissionais e usuários; entre instituições e profissionais; entre instituições, profissionais e comunidade. A escassez de pesquisas acerca da prática em saúde sob uma perspectiva social denota, de uma forma geral, que entre os profissionais de saúde ainda reside um reflexo do olhar predominantemente tecnicista. Isso demonstra que ainda estamos praticando o modelo biomédico tradicional, centrado na síndrome, na doença e na dimensão exclusivamente biológica e que a assistência à saúde que tem sido proporcionada está muito mais delegada à operação de equipamentos e procedimentos do que à efetivação de um cuidado integral, centrado nas necessidades da pessoa. Até aqui é possível questionar: a prática de saúde na atenção básica com relação a diretriz da clínica ampliada desenvolvida pela ESF é coerente com o que preconiza a PNH?

O objetivo deste estudo foi compreender a clínica ampliada na atenção básica no SUS – Quixadá- CE, na perspectiva da PNH.

Este estudo pretendeu contribuir para uma atenção à saúde em coerência com o conceito ampliado de saúde, definido pelo SUS, por meio de práticas humanizadas que pela PNH signifiquem melhoria na qualidade de vida das pessoas e dos serviços de saúde, comprometidos com a defesa da vida da população.

## METODOLOGIA

### TIPO DE ESTUDO

O estudo caracterizou-se por natureza qualitativa, descritivo, com fins de compreender um certo conjunto de práticas de saúde, no contexto específico da atenção básica no SUS, de um município de médio porte do sertão central cearense, Quixadá, por meio da análise normativa da prática da clínica ampliada, na perspectiva da PNH.

Para Minayo (2007), o método qualitativo é o que se aplica ao estudo das relações, das representações, das crenças, das percepções e opiniões, dos produtos das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, do modo como constroem seus artefatos e a si mesmos, e do modo como sentem e pensam. Esse método traz, como contribuição ao trabalho, uma mistura de procedimentos de cunho racional e intuitivo capazes de proporcionar melhor compreensão dos fenômenos, tendo como objetivo a consciência histórica dos processos.

### LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido nas UBS da sede do município de Quixadá-Ce. Atualmente, em Quixadá existem 21 Equipes de saúde da Família responsáveis pelo cuidado em saúde produzido na atenção básica. Em 2005, a gestão municipal propôs ao SUS local o envolvimento estratégico nas Políticas Nacional e Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde e criou o projeto “Acolher Cidadão” (CEARÁ, 2006), com o objetivo de qualificar a atenção em saúde por meio da capacitação dos recursos humanos e das instituições de saúde, tornando-os, assim, capazes de solucionar conflitos de forma integrada a partir dos parâmetros da ética e do respeito à cidadania. Esse projeto permitiu aos trabalhadores refletirem sobre seu papel como agente de mudanças das práxis da democracia, da humanização e da própria política.

## PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram deste estudo 11 profissionais, 2 gestores e 36 usuários da atenção básica sede em Quixadá-Ce. O número de participantes foi definido pelo critério de saturação teórico-empírica.

## COLETA DE INFORMAÇÕES

Para a obtenção das informações dos sujeitos, foi utilizado uma entrevista semiestruturada, com questões fechadas e abertas. O roteiro das entrevistas possuiu uma parte comum, com perguntas fechadas, que consta de dados sobre formação e sobre regime de trabalho, e uma parte, aberta, diferenciada quanto ao público alvo: gestores, profissionais de saúde e usuários. As questões abertas, por sua vez, foram desdobradas das perguntas norteadoras e dos objetivos específicos que direcionaram essa pesquisa, além de serem, também, orientadas pelas diretrizes operacionais da PNH. As entrevistas não foram gravadas.

De acordo com Minayo (2007), os roteiros de entrevista semiestruturada têm o propósito de guiar o pesquisador no andamento da interlocução. Os tópicos selecionados devem contemplar a abrangência das informações esperadas, bem como permitir flexibilidade nas conversas para absorver novas questões trazidas pelos diferentes sujeitos. Por isso mesmo, foram elaboradas questões comuns e outras específicas para cada grupo de entrevistados, devido à natureza heterogênea dos informantes.

## ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

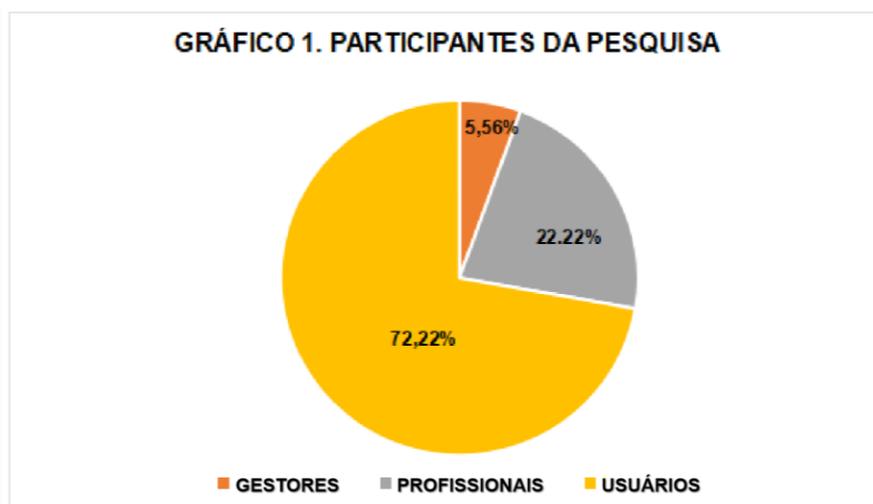
A análise das informações foi realizada por meio do Discurso do Sujeito Coletivo com base em Lefèvre.

## ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitados todos os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, como a não maleficência, justiça, equidade e beneficência. Em especial destaque o inciso III. 3, alínea g “contar com o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa e/ou do seu representante legal”, alínea “prover procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização de informações em prejuízo das pessoas”; e alínea n “garantir o retorno dos benefícios obtidos através da pesquisa para os sujeitos” (BRASIL, 2012). Este trabalho tem por número no Comitê de Ética 2.967.303.

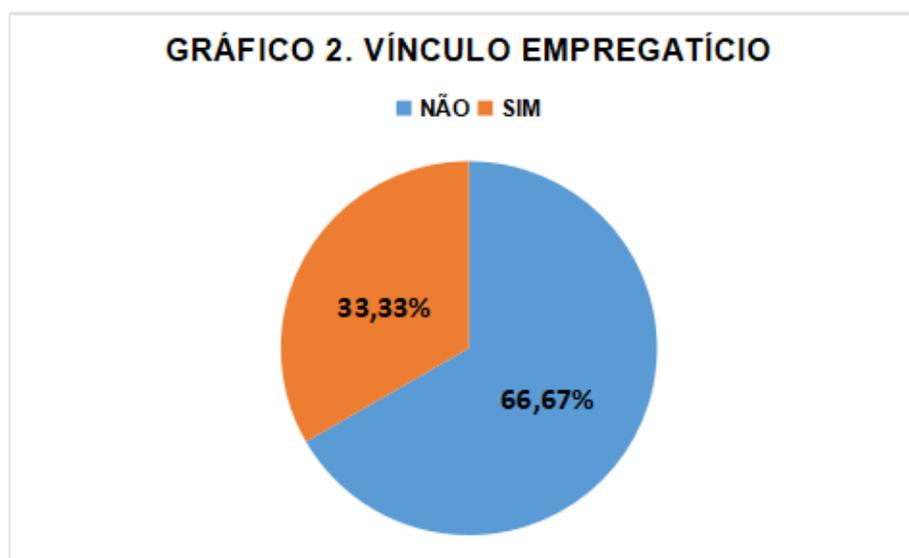
## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo contou com a participação de 3 (5,56%) gestores, 12 (22,22%) profissionais e 39 (72,22%) usuários, as entrevistas foram codificadas de modo a permitir o sigilo das informações (Gráfico 1).



Fonte: Autores, 2019.

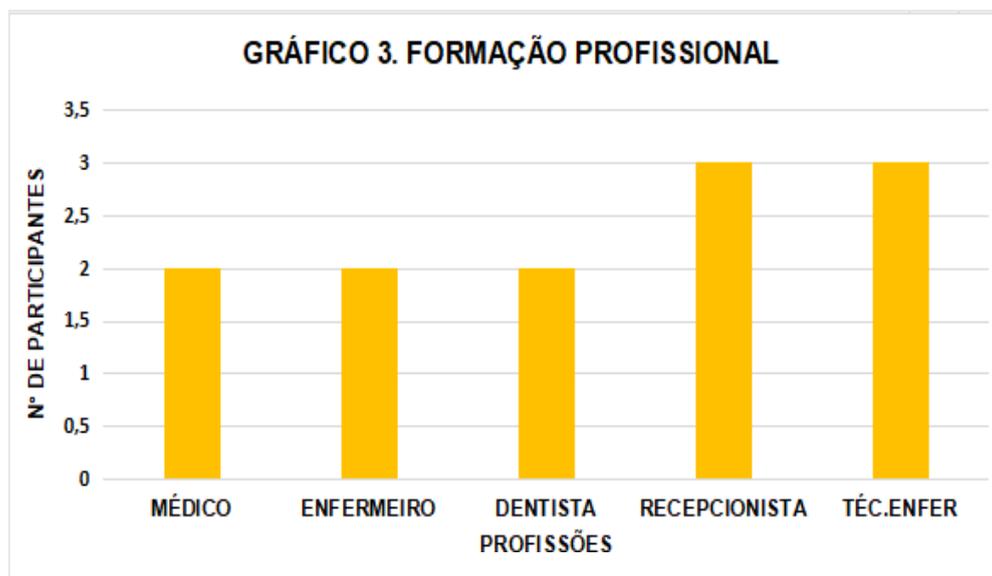
Todos os gestores entrevistados eram do gênero feminino, com idades entre 30 a 39 anos e com formação profissional de enfermeira. No que concerne o tempo de exercício profissional 66,67% (n=2) das entrevistadas trabalham a cerca de 9 anos e 33,33% (n=1) a pouco mais de 12. Quanto ao regime de trabalho 66,67% (n=2) são concursadas e 33,33% (n=1) é contratada temporariamente pelo município. Todas gestoras possuem carga horaria contratual de 40 horas, sendo distribuída em turnos semanais de 8 horas. Duas (66,67%) destas gestoras não apresentaram outros vínculos empregatícios, enquanto 33,33% (n=1) apresenta, sendo preceptora do Centro Universitário Unicatólica de Quixadá (Gráfico 2).



Fonte: Autores, 2019.

Dos profissionais, 91,67% (n=11) eram do gênero feminino e 33,33% (n=1) masculino, 50,00% (n=6) apresentaram idade de 20 a 35; 33,33% (n=4) de 36 a 51 anos e 16,67% (n=2) de

52 a 57 anos (Gráfico 2). Destes; 16,67%(n=2) se apresentaram como médicos, 16,67%(n=2) dentistas, 16,67%(n=2) enfermeiros; 25,00% (n=3) recepcionistas e 25,00% (n=3) técnicos de enfermagem (formação profissional) (Gráfico 3).



Fonte: Autores, 2019.

Quanto ao tempo de exercício profissional, 58,33% (n=7) trabalhavam a pouco mais de 2 anos; 33,33% (n=4) de 8 a 13 anos e 8,33%(n=1) de 15 anos. No que se refere ao regime de contrato de trabalho 25,00% (n=3) dos entrevistados eram contratados temporário do município; 16,67%(n=2) concursados e 58,33%(n=7) não responderam; 83,33%(n=10) dos entrevistados apresentaram carga horária contratual de 40 horas e 16,67%(n=2) entre 30 a 32 horas, sendo distribuída em turnos semanais de 8 horas. Destes profissionais 33,33% (n=4) não apresentavam outros vínculos empregatícios, enquanto 66,67% (n=8) apresentaram, sendo 37,50% (n=3) em clínicas particulares, 50% (n=4) em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e 12,50%(n=1) no Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH)

Dos usuários entrevistados, 92,3% (n=36) eram do gênero feminino e 7,7%(n=3) do masculino, destes 10,26%(n=4) apresentaram idade de 18 a 25 anos; 25,64% (n=10) de 26 a 33; 12,82%(n=5) de 34 a 41; 17,95%(n=7) de 42 a 49; 17,95%(n=7) de 50 a 57; 7,69%(n=3) de 58 a 66 e 7,69%(n=3) de 67 a menos de 85 anos (Gráfico 4). Quanto ao grau de escolaridade 2,56%(n=1) dos entrevistados afirmou que nunca estudou; 2,56%(n=1) tem ensino fundamental completo; 35,90%(n=14) fundamental incompleto; 28,21%(n=11) ensino médio completo; 23,08%(n=9) médio incompleto; 5,13%(n=2) com ensino superior completo e 2,56%(n=1) superior incompleto.



Fonte: Autores, 2019.

A Política nacional de humanização (PNH) possui diretrizes como método de inclusão nos processos de saúde, que tem como intuito promover o maior conhecimento sobre a mesma. Dentre as diretrizes encontra-se: acolhimento, cogestão, ambiência, valorização do trabalhador, fomento às redes e coletivos, defesa dos direitos e deveres e clínica ampliada.

Acerca da percepção e aplicabilidade da ferramenta tecnológica de apoio à atenção integral, resolutive e humanizada a PNH julga necessário amplificar o “objeto de trabalho” através da clínica ampliada. A mesma é designada ao encargo sobre determinada prática, bem como, ampliar o propósito ou a finalidade do trabalho clínico, além de buscar a construção de saúde por intermédio de meios preventivos, curativos, de reabilitação ou cuidados paliativos. A clínica também poderá cooperar para a amplificação da autonomia dos usuários e da capacidade de lidar com seu próprio sistema ou rede (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Esta diretriz busca integrar vários planos de tratamento que possibilitem maior eficácia na complexidade em saúde, necessitando de um trabalho multiprofissional. Para a identificação do tratamento coloca-se em discussão justamente a fragmentação de tudo o que não diz respeito às doenças, criando um ambiente favorável para que se possa falar e gerar a compreensão ampliada do processo saúde-doença (BRASIL, 2009).

O matriciamento ou apoio matricial é um plano que integra a diretriz da clínica ampliada que procura produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (CHIAVERINI et.al 2011). Entretanto os usuários relatam que são atendidos somente por médicos, dificultando a atenção maior entre equipe e usuário, não ocorrendo a integração com outros profissionais quando se necessita, além da dificuldade para se conseguir referência médica:

DSC: Sempre resolvi o problema na unidade só pelo médico sem precisar de referência, desconheço o atendimento multiprofissional, geralmente apenas um profissional me atende. Nunca ouvir falar se o médico encaminha para outros profissionais, como psicólogo. Por que nunca passei por situações que necessitasse de encaminhamento. Porém, nem sempre o médico encaminha quando se precisa.

Em contrapartida gestores e profissionais referem que para o encaminhamento ser feito o paciente deve necessitar de uma equipe multiprofissional para seu caso, evidenciada na escuta feita pelo médico:

DSC: O plano terapêutico é definido pelo médico é dado em conjunto por uma equipe multiprofissional, para além dos profissionais da ESF, desde que seja necessário. É feita a

escuta qualificada e de acordo com a necessidade do paciente, encaminhamentos serão feitos para outros lugares, o paciente marca na central e faz seu acompanhamento.

DSC: No plano terapêutico dos usuários conseguimos articular outros profissionais para além do médico, através de encaminhamentos para especialistas e com ajuda do NASF, que vai depender da necessidade do paciente.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta tecnológica de apoio à atenção e representa a organização e desenvolvimento do processo de trabalho buscando um conjunto de propostas e condutas em que os profissionais se reúnem em prol do sujeito com um olhar holístico, unindo terapêuticas articuladas, para sujeitos individuais ou coletivos, o que se processa em quatro momentos: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação, de modo que designa o movimento de coprodução e cogestão do cuidado (NASCIMENTO; OLIVEIRA 2010).

Outro discurso relevante oriundo das falas dos profissionais de saúde, tratou sobre a contrarreferência feita pelo especialista após a referência do usuário por meio da rede de atenção à saúde:

DSC: Observo que existe um problema de contrarreferência que quase não é dada, pois de 100% apenas 3% desta população retorna a UBS com a contrarreferência. Muitas vezes os pacientes que relatam os procedimentos realizados e paciente acabam se perdendo na rede.

Assim, pode-se saber as principais hipóteses diagnósticas, condutas e tipo de abordagem. Contudo, sua escassez prejudica muito o trabalho na UBS, que não identifica a conduta terapêutica destinada ao usuário e este muitas vezes não sabe explicar as informações necessárias sobre seu tratamento o que dificulta aperfeiçoá-lo e dar seguimento na unidade (SANTOS, 2015).

Como aponta Serra e Rodrigues (2010), essa realidade culmina em uma baixa resolutividade dos problemas dos usuários, o que pode agravar seu estado de saúde, e prejudicar sua qualidade de vida. Existe a carência de trabalhos por meio dos programas de educação permanente, além do comprometimento dos profissionais com a realidade do território.

Como princípio norteador do sistema de referência e contrarreferência é fornecer a continuidade dos usuários dentro da comunidade. Esse sistema é o elemento principal para a comunicação dos serviços de saúde, o mesmo gera um fluxo de encaminhamentos dentro da rede de modo a atender seus usuários de acordo com a complexidade do caso apresentado organizando o sistema de saúde permitindo que os usuários migrem para os diferentes níveis de atenção estabelecidos a partir da sua necessidade tornando seu atendimento facilitado e resolutivo (KANTORSKI et al., 2017).

## CONCLUSÕES

Observou-se através dos discursos que não ocorre uma atenção integral aos usuários como propõe-se a política, que deve ocorrer a partir de ações promocionais e intersetoriais de saúde, inovando nos processos de trabalho, buscando o compartilhamento dos cuidados, resultando em aumento da autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos, como proposta de intervenção pedagógico-terapêutica do matriciamento, produzindo saúde entre duas ou mais equipes, contudo, os usuários relataram ter apenas o atendimento médico e dificilmente são encaminhados a outros especialistas.

Para os profissionais esse modelo de atenção já ocorre, quando o médico define o plano terapêutico e identifica a real necessidade do paciente através do diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação, de modo a designar o movimento de coprodução e cogestão do cuidado. Entretanto os profissionais questionam a dificuldade de progredir com o tratamento devido a falhas no sistema de referência e contrarreferência que

deveria ser a comunicação entre os serviços, gerando um fluxo de usuários na rede encaminhando-os de acordo com a complexidade do caso, tornando-o resolutivo, mas devido a carência de contrarreferência o paciente acaba se perdendo na rede e seu caso não é resolvido.

A partir das análises dos conteúdos explorados nas UBS de Quixadá foi possível perceber um certo distanciamento da clínica desenvolvida nas UBS do que preconiza a clínica ampliada, diretriz da PNH, como modo de qualificar o serviço e atenção em saúde.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C.; Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. ET AL. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo - Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BRASIL- Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização-Humaniza SUS**, 2019.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, 2013.

\_\_\_\_\_. **PNAB**: Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **SciELO**, 2007.

CHIAVERINI, D. H.; GONÇALVES, D. A.; BALLESTER, D.; TÓFOLI, L. F.; CHAZAN, L. F.; ALMEIDA, N.; FORTES, S. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**, 2011.

KANTORSKI, L. P.; COIMBRA, V. C. C.; OLIVEIRA, N. A.; NUNES, C. K.; PAVANI, F. M., De OLIVEIRA S., L. C. S. Atenção Psicossocial Infantojuvenil: interfaces com a rede de saúde pelo sistema de referência e contrarreferência. **Texto e Contexto Enfermagem**, 2017.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. **Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. São Paulo: O Mundo da Saúde, 2010.

SAMPAIO, J. J. C. **A humanização em saúde**. In: CARNEIRO, C.; RUIZ, E. M. (orgs). *Acolher cidadão: estratégia de aperfeiçoamento do SUS em Quixadá*, Ceará. Fortaleza. Ed. UECE, 2006.

SANTOS, M. D. C. **Sistema de referência-contrarreferência em saúde em São Sebastião da Vitória, distrito de São João Del Rei-MG: o papel da rede na atenção básica**. 2015.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência e Saúde coletiva**, 2010.