

Especialização Multiprofissional em **Saúde da Família**



Eixo III - A Assistência na Atenção Básica
Clínica Ampliada



GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Ministro da Saúde

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Pesquisa Jamil Assereuy Filho

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretora Kenya Schmidt Reibnitz

Vice-Diretor Arício Treitinger

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Antonio Fernando Boing

Subchefe do Departamento Sérgio Fernando Torres de Freitas

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

COMITÊ GESTOR

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

Coordenadora Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora Executiva Rosângela Leonor Goulart

Coordenadora Interinstitucional Sheila Rubia Lindner

Coordenador de Tutoria Antonio Fernando Boing

EQUIPE EAD

Alexandra Crispim Boing

Antonio Fernando Boing

Eleonora Milano Falcão Vieira

Marialice de Mores

Sheila Rubia Lindner

AUTORES

Carmem Regina Delziovo

Lucas Alexandre Pedebôs

Rodrigo Otávio Moretti-Pires

REVISORA

Jussara Gue Martinez

VALIDADORES EXTERNOS

Equipe da ESF e NASF de Alto Bela Vista (SC)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Clínica Ampliada

Eixo III
A Assistência na Atenção Básica

Florianópolis
UFSC
2012

© 2012 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

Disponível em: www.unasus.ufsc.br.

Ficha catalográfica elaborada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Bibliotecária responsável: Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

U588c Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. Clínica ampliada [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Carmem Regina Delzियो; Lucas Alexandre Pedebôs; Rodrigo Otávio Moretti-Pires. – Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

42 p. (Eixo 3 – A Assistência na Atenção Básica).

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo do módulo: Bases Conceituais da Clínica Ampliada. – Clínica Ampliada como Metodologia de Trabalho. – Caminhos para Implementar a Clínica Ampliada. – Práticas Exitosas de Clínica Ampliada.

ISBN: 978-85-61682-94-1

1. Medicina de família e comunidade. 2. Atenção primária à saúde. 3. Metodologia. 4. Gestão em saúde. I. UFSC. II. Delzियो, Carmem Regina. III. Pedebôs, Lucas Alexandre. IV. Moretti-Pires, Rodrigo Otávio. V. Título. VI. Série.

CDU: 616-084

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe: Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes

Coordenação de Produção: Giovana Shuelter

Design Instrucional: Agnes Sanfelici

Revisão Textual: Ana Lúcia P. do Amaral

Design Gráfico: Maraysa Alves

Ilustrações: Rafaella Volkmann Paschoal

Design de Capa: Rafaella Volkmann Paschoal

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| UNIDADE 1 BASES CONCEITUAIS DA CLÍNICA AMPLIADA | 11 |
| 1.1 Conceituando Clínica Ampliada | 11 |
| 1.2 Por que Clínica Ampliada? | 12 |
| 1.3 A concepção de saúde e sua determinação social | 13 |
| 1.3.1 Integralidade e suas implicações para a Clínica Ampliada..... | 15 |
| 1.3.2 Vulnerabilidade e a Clínica Ampliada..... | 16 |
| REFERÊNCIAS | 18 |
| | |
| UNIDADE 2 CLÍNICA AMPLIADA COMO METODOLOGIA DE TRABALHO | 21 |
| 2.1 Como utilizar a Clínica Ampliada como ferramenta de trabalho? | 24 |
| 2.1.1 Aspectos a serem considerados na coleta da história do usuário | 28 |
| REFERÊNCIAS | 30 |
| | |
| UNIDADE 3 CAMINHOS PARA IMPLEMENTAR A CLÍNICA AMPLIADA | 33 |
| REFERÊNCIAS | 35 |
| | |
| UNIDADE 4 PRÁTICAS EXITOSAS DE CLÍNICA AMPLIADA | 37 |
| REFERÊNCIAS | 39 |
| | |
| SÍNTESE DO MÓDULO | 40 |
| | |
| AUTORES | 41 |

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Caro aluno, seja bem-vindo!

Neste módulo, você conhecerá a Clínica Ampliada, entendida como proposta de sustentação dos princípios do SUS relativamente ao processo do cuidado, ampliando a atenção do profissional de saúde para além da doença, seus sintomas e aspectos orgânicos.

Este módulo foi construído de forma que, inicialmente, na primeira unidade, possa permitir que você conheça a Clínica Ampliada no contexto da atenção básica, requisito importante para que em seguida, na segunda unidade, seja possível identificar a aplicabilidade desta nas situações relacionadas a sua prática assistencial.

Na sequência, expomos uma análise crítica dos caminhos a serem percorridos para a implementação desta ferramenta, e, por fim, na última unidade, apresentamos algumas experiências de Clínica Ampliada para exemplificar esta ferramenta na prática dos serviços.

Esperamos que o conteúdo deste módulo propicie muitas reflexões em torno de situações da prática profissional e que permita a visualização de sua aplicação neste contexto.

Ementa

Clínica Ampliada utilizada como ferramenta de trabalho das equipes da atenção básica com vistas à produção de saúde junto ao território de abrangência, por meio do estudo de conceitos, metodologia de trabalho, caminhos para a efetividade e práticas exitosas de seu uso.

Objetivo Geral

Compreender a aplicabilidade da Clínica Ampliada como ferramenta de trabalho das equipes da atenção básica com vistas à produção de saúde.

Objetivos Específicos

- Reconhecer a Clínica Ampliada como ferramenta de trabalho no contexto da Atenção Básica.
- Identificar a aplicabilidade da Clínica Ampliada em situações relacionadas à realidade da prática profissional.
- Analisar criticamente os caminhos para a implementação dessa ferramenta no contexto da Atenção Básica.
- Reconhecer as possibilidades de operacionalização da Clínica Ampliada na prática assistencial.

Carga horária: 30h

Unidades de Conteúdo

Unidade 1: Bases conceituais da Clínica Ampliada

Unidade 2: Clínica Ampliada como metodologia de trabalho

Unidade 3: Caminhos para implementar a Clínica Ampliada

Unidade 4: Práticas exitosas de Clínica Ampliada

PALAVRAS DOS PROFESSORES

Estimado aluno,

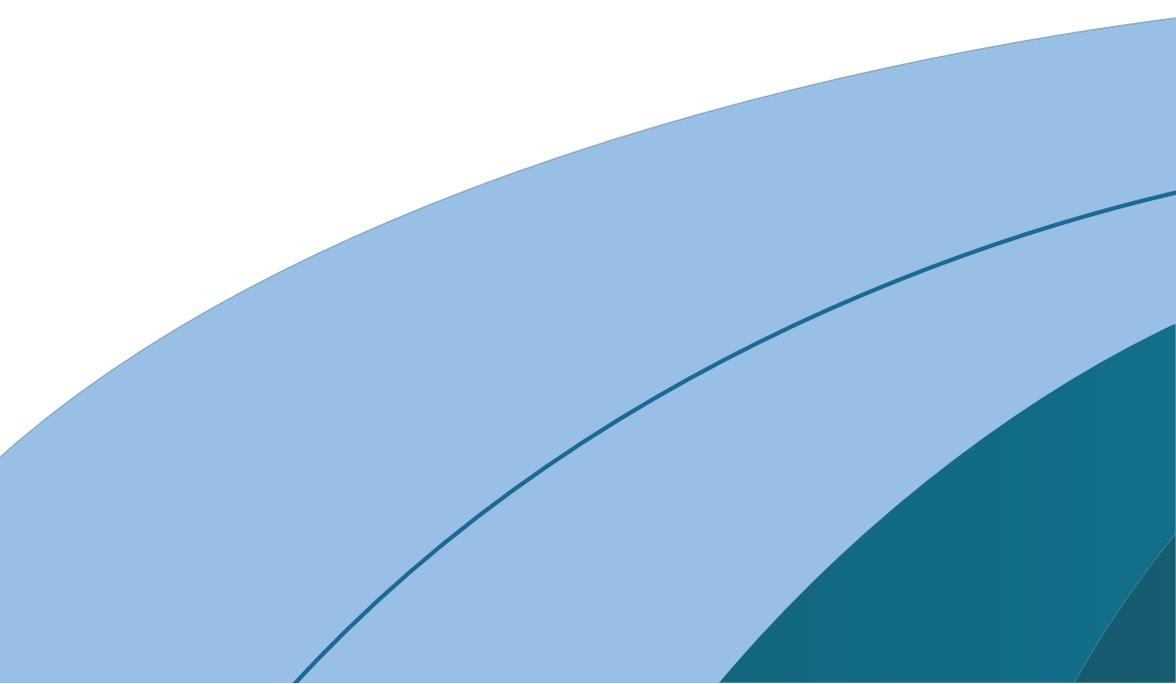
Após ter conhecido como metodologia de trabalho o Apoio Matricial, agora será apresentado a você a Clínica Ampliada, proposta pelo Ministério da Saúde desde 2003 por meio da Política Nacional de Humanização, como ferramenta de trabalho das equipes da Atenção Básica, principalmente da ESF e do NASF. Trata-se de uma ampliação no foco de atenção para além da doença, abordando o sujeito, a família e o contexto social com o objetivo de proporcionar a saúde e a autonomia do sujeito, sua família e da própria comunidade.

É um grande desafio, mas temos a certeza de que somos capazes de vencê-lo com um trabalho de equipe interdisciplinar, porque esta é uma parte da receita para o sucesso do trabalho das equipes de saúde!

Carmem Regina Delziovo
Lucas Alexandre Pedebôs
Rodrigo Otávio Moretti-Pires

Clínica Ampliada

Unidade 1



1 BASES CONCEITUAIS DA CLÍNICA AMPLIADA



Na Prática

Quando o usuário procura o serviço de saúde, o que ele encontra?

A resposta a essa pergunta não é tão simples, principalmente por ter relação com o que o serviço e os profissionais de saúde estão preparados para oferecer. Diferentes correntes teóricas contribuem para o trabalho em saúde, destacando-se três grandes enfoques: biológico, social e psicológico. Em cada um destes enfoques, aspectos diferentes são valorizados na construção do diagnóstico e da terapêutica (BRASIL, 2009a). Neste contexto, o desafio proposto para os profissionais é a atenção à saúde, ampliando-se assim o seu objeto de trabalho ao congregar esses diferentes enfoques. O ser humano precisa ser entendido também na sua inserção social, política e cultural, na dinâmica de suas relações na família e comunidade, no acesso a serviços de saúde, trabalho, educação, entre outros aspectos que constroem seu processo de saúde/doença.

Assim, a resposta à questão sobre o que o usuário encontra quando busca o serviço de saúde pode ser uma equipe que o acolha, escute e compreenda suas necessidades. Neste sentido, e procurando contribuir com esta construção, a presente unidade traz o conceito de Clínica Ampliada e os demais conceitos a ela associados, como ferramenta de trabalho da equipe de saúde.

1.1 Conceituando Clínica Ampliada

A Clínica Ampliada foi proposta inicialmente por Campos (1997) como uma clínica capaz de lidar com a singularidade sem abrir mão da atenção às doenças, suas possibilidades de diagnóstico e intervenção (CUNHA, 2010). Em 2003, a Clínica Ampliada entrou como diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) que a conceitua como uma ferramenta teórica e prática com finalidade de contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, considerando a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença, permitindo o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde na busca do equilíbrio entre danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde (BRASIL, 2008).

A Clínica Ampliada é proposta como uma ferramenta com a qual os profissionais da ESF e do NASF enfocam o sujeito, a doença, a família e o contexto social, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia

do sujeito, da família e da comunidade na resolução de seus problemas. Para isso, utiliza-se da integração de equipe multiprofissional, da adscrição de clientela e da construção de vínculo entre profissionais e usuários na elaboração de projeto de cuidado. Esse projeto de cuidado é desenvolvido de forma singular e em conformidade com a vulnerabilidade de cada caso, com vistas à ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença, tomando a integralidade como objetivo maior. Também é uma forma de, concretamente, tornar humanizados os serviços de saúde, visando a mudanças nos modelos de atenção e gestão, promovendo a produção de saúde e de subjetividades na afirmação do encontro clínico entre trabalhador de saúde e usuário, relação esta de produção conjunta (BRASIL, 2009a).

A Clínica Ampliada transforma a atenção na medida em que possibilita que outros aspectos, não apenas o biológico, possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais de saúde (CUNHA, 2010). Preconiza a compreensão ampliada do processo saúde/doença, evitando uma abordagem que privilegie excessivamente algum conhecimento específico (BRASIL, 2009a).

Assim, quando a Clínica Ampliada é utilizada como ferramenta de trabalho, realiza um processo dinâmico que consiste em identificar a vulnerabilidade do usuário, na perspectiva de produção da saúde e da doença, reconhece os limites do seu saber profissional, fomenta a responsabilidade compartilhada entre os implicados na produção de saúde (trabalhadores de saúde, usuários e rede social) e atenta para a defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2009a). Na promoção da Clínica Ampliada, é preciso ter em mente suas implicações com o modelo de saúde, a integralidade e a vulnerabilidade dos usuários e comunidades, como discutiremos a seguir.

1.2 Por que Clínica Ampliada?

A universalidade do acesso, a integralidade da rede de cuidado e a equidade das ofertas em saúde pressionam a modificação dos modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde visando à ampliação da clínica (BRASIL, 2008). A proposta de Clínica Ampliada direciona-se a todos os profissionais de saúde na sua prática de atenção aos usuários, que são convidados a ajustar os recortes teóricos de sua profissão às necessidades desses usuários (BRASIL, 2009b). Neste sentido, é importante destacar algumas implicações na utilização da Clínica Ampliada como ferramenta de trabalho da equipe de saúde.

1.3 A concepção de saúde e sua determinação social

A partir da percepção da complexidade do processo saúde/doença, na sua **determinação social**¹, é possível entender a necessidade da Clínica Ampliada como ferramenta de construção de projetos de cuidado. Utilizar esta ferramenta de cuidado significa perceber que uma manifestação de sofrimento/doença está dentro de um contexto de vida, individual e coletivo (BONFADA et al., 2012). Neste sentido, discutiremos agora um pouco sobre a **concepção de saúde**² e a sua implicação na utilização da ferramenta da Clínica Ampliada.

Originado do Movimento de Reforma Sanitária, o Sistema Único de Saúde (SUS) não foi implantado para dar acesso à consulta e cura de doenças aos usuários. A proposta do SUS foi construída sobre as bases da concepção ampliada de saúde, que está inserida na Constituição Nacional quando se refere ao modelo de atenção à saúde em que o princípio da **integralidade**³ articula as manifestações do processo saúde/doença a determinantes sociais.

Para você entender melhor, ao mencionar saúde ampliada e a **integralidade**³, estamos referindo que a doença e/ou a saúde são manifestações que não podem ser entendidas pelos sinais, sintomas e disfunções biológicas. Doença e saúde são fenômenos dinâmicos, impossíveis de terem uma explicação sintética e pautada na interação mecânica de partes e do funcionamento do organismo humano. Esta visão estática do processo saúde-doença caracteriza o chamado biologicismo que pauta a ação clínica tradicional. Para uma abordagem ampliada e integral, você precisa inicialmente reconhecer que a cultura, as relações sociais e econômicas, as condições de vida e a disponibilidade/acesso aos serviços fundamentais (entre estes os da saúde) agem como determinantes do processo saúde/doença dos usuários e de suas comunidades. Se tomarmos essa perspectiva, definir o que seja uma necessidade de saúde torna-se uma tarefa complexa.

1 Determinação social da saúde: Modelo explicativo do processo saúde/doença para o qual a maneira como a vida é vivida pelos indivíduos, com os fatores sob seu controle e aqueles que não o estão, condicionam a saúde dos usuários e comunidades.

2 Concepção de saúde: O entendimento acerca do que seja efetivamente saúde é ponto de partida para determinar a interação entre profissional e usuário e também o modo como ele prestará a assistência em saúde. As duas principais concepções são a saúde ampliada e a mecanicista. A Saúde ampliada trata-se da concepção de saúde que entende que os determinantes sociais, culturais, econômicos, políticos e a disponibilidade/acesso aos serviços manifestam-se no corpo biológico e no processo saúde/doença. O Mecanicismo é uma concepção pautada na saúde como ausência de doença e que vê o corpo como partes cujo mecanismo de perfeito funcionamento produz saúde. Caso uma parte não esteja funcionando, produz-se a doença.

Considera-se que o atendimento das necessidades de saúde remete às necessidades humanas elementares, dentre as quais se destacam a alimentação, a habitação, o acesso à água potável e saudável, aos cuidados primários de saúde e à educação. Atender às necessidades de saúde da população requer um salto qualitativo nas condições de vida, o que não é automático e nem garantido ao longo dos anos, dependendo da interlocução de um conjunto de fatores, dentre os quais, além dos aspectos econômicos, tem merecido destaque a educação para a saúde, associada à integralidade.

Assim, a definição de necessidades de saúde na abordagem da integralidade ultrapassa o nível de acesso aos serviços e tratamentos médicos, levando em conta as transformações societárias vividas ao longo do século XX e já no século XXI, com a emergência do consumismo exacerbado, a ampliação da miséria, da degradação social e das perversas formas de inserção de parcelas da população no mundo do trabalho. Por sua vez, isso envolve aspectos éticos relacionados ao direito à vida e à saúde, direitos e também deveres. Nesse sentido, é necessário apreender a saúde como produto e parte do estilo de vida e das condições de existência, sendo a situação saúde/doença uma representação da inserção humana na sociedade. Para Campos (2009), a Clínica Ampliada parte do pressuposto da determinação social do processo saúde/doença, no entanto, não perde de vista que cada pessoa interfere de modo ativo nesse processo. Desta forma, fica clara a necessidade do protagonismo do sujeito no projeto de sua cura, ou seja, a sua autonomia (BRASIL, 2009a).

3 Integralidade: Trata-se de uma abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais. É um dos princípios constitucionais do SUS, que garante ao cidadão o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, desde ações assistenciais em todos os níveis de complexidade (continuidade da assistência) até atividades inseridas nos âmbitos da prevenção de doenças e de promoção de saúde. Prevê-se a cobertura de serviços em diferentes eixos, o que requer a constituição de uma rede de serviços (integração de ações) capaz de viabilizar uma atenção integral (BRASIL, 2008).

O protagonismo e a autonomia são princípios da Política Nacional de Humanização que tem a Clínica Ampliada como diretriz na sua implementação. O entendimento de protagonismo no processo de produção da saúde diz respeito ao papel de sujeitos autônomos e implicados no processo de produção de sua própria saúde. A autonomia significa pensar os indivíduos protagonistas nos coletivos de que participam, corresponsáveis pela produção de si e do mundo em que vivem (BRASIL, 2008).

1.3.1 Integralidade e suas implicações para a Clínica Ampliada

A Clínica Ampliada tem como eixo norteador a integralidade da atenção (CAMPOS, 2003), que é um dos princípios doutrinários do SUS, esboçado inicialmente na Constituição Federal de 1988 através da expressão “atenção integral” e, mais tarde, detalhado na Lei n. 8.080, de 1990, como integralidade da assistência, a qual se constitui como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Esta lógica, conjuntamente com a formação fragmentada clássica da biomedicina, propiciaram um sistema hierarquizado composto prioritariamente por mecanismos de referência e contrarreferência entre a atenção primária e os demais níveis. Em 2011, o Decreto nº. 7.508 reafirma que a integralidade da assistência à saúde inicia-se e completa-se na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual (BRASIL, 2011).

Contudo, assim como o próprio SUS sofreu grandes transformações ao longo do tempo, também o foram as interpretações dos princípios que o regem (aliás, a desconstrução/reconstrução dos entendimentos em saúde são, normalmente, disparadores de posteriores mudanças estruturais). Podemos dizer, assim, que a integralidade é entendida em várias dimensões. Na esfera político-administrativa, diz respeito tanto à forma de organização dos sistemas e serviços de saúde na perspectiva do atendimento nos níveis de atenção, como na integração com os demais setores e serviços disponíveis para a atenção integral à saúde. Na esfera da atenção à saúde, diz respeito à produção de saúde, como a relação entre equipe e usuários dos serviços e ações de saúde, considerando a necessária integração de saberes e práticas. Ainda na esfera da atenção à saúde, uma das mais conhecidas dimensões atribuídas à integralidade refere-se ao reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa. Assim, contrapõe-se à lógica estritamente biomédica ao entender que o ser é indissociável do seu meio. Tal concepção vai ao encontro do paradigma de determinação social do processo saúde/doença, trazendo como consequência a consideração dos fatores socioeconômicos, políticos e culturais como determinantes da saúde e da proteção social e, principalmente, sugerindo um modelo integral de atenção (PINHEIRO; MATOS, 2001).

A partir da percepção da complexidade deste processo, entende-se que muitos de seus determinantes não estão ao alcance de intervenções pontuais e isoladas, por um único profissional.

Neste contexto, integralidade pressupõe intersectorialidade, como a articulação com diversas áreas externas à saúde, mas que são parceiras por terem sob sua responsabilidade campos e ações que se refletem na saúde integral dos usuários e comunidades.

A intersetorialidade não se confunde com integralidade, sendo, entretanto, considerada como uma das dimensões da integralidade.

Na atenção no serviço de saúde, a equipe precisa visualizar a articulação com outros serviços da rede complexa, que é composta pela totalidade dos outros serviços e instituições públicas, privadas e filantrópicas. Assim, é necessário que os articuladores das políticas de saúde, educação, assistência social, habitação, cultura, entre outras, utilizem-se de diversas práticas profissionais interdisciplinares e articulem-se através de diferentes serviços e instituições (NOGUEIRA; MIOTO, 2006). Entende-se que, para produzir saúde, a integralidade pressupõe uma ação interdisciplinar e intersetorial.

1.3.2 Vulnerabilidade e a Clínica Ampliada

Espera-se que as equipes de saúde consigam tanto apoiar a comunidade e outros setores para a intervenção sobre determinantes do processo saúde/doença, quanto garantir atenção singular aos casos com maior vulnerabilidade (CAMPOS, 2007).

Nas intervenções em que se faz uso da ferramenta da Clínica Ampliada, a vulnerabilidade dos usuários/comunidades precisa ser conhecida pela equipe, no sentido de possibilitar a construção voltada às necessidades reais dos usuários e comunidades, utilizando como ponto importante nos diagnósticos as condições dos grupos sociais, de maneira participativa, assim como a redefinição dos objetos de intervenção e a análise crítica das práticas de saúde. Segundo Ayres et al. (1999), a saúde do indivíduo é gerada no indivíduo/coletivo, ou seja, a interação entre a disposição de recursos, informações sobre os problemas de saúde, como são ocasionados e as possibilidades que se abrem para sua resolução na prática.

A perspectiva da vulnerabilidade, assim como as demais que apresentamos, não nega o aspecto biológico do ser, mas sim o aprimora e o supera, já que as dimensões coletivas da saúde são um horizonte ampliado, que se afasta da responsabilidade e culpabilização individual dos usuários por sua saúde, incorporando o trabalho participante com a comunidade, com o objetivo de que os usuários sejam sujeitos de suas próprias vidas.

Pensar a vulnerabilidade das pessoas e de sua saúde é refletir sobre a dimensão estrutural que a produz e imergir nos processos de exclusão social – nas dimensões particular e singular – para entender a forma com que os indivíduos/grupos sociais enfrentam a doença e mantêm a saúde.

O modelo de vulnerabilidade relaciona os aspectos individuais, sociais e dos serviços de saúde, reconhecendo também a determinação social da doença e a necessidade de se renovarem as práticas de saúde como práticas sociais e históricas, envolvendo diferentes setores da sociedade.

No conceito de vulnerabilidade, a doença é desfecho de um processo dinâmico de construção individual e coletiva, apontando-se que saúde e doença são produções também de dimensão subjetiva, ou seja, as representações/significados que os usuários possuem sobre os fatos e sobre a vida em si, de forma que refletem também sobre os seus comportamentos e atitudes.

Na prática, o conceito de vulnerabilidade pode contribuir para renovar as práticas de saúde coletiva na perspectiva ampliada, tendo como base que “[...] a atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde” (AYRES, 2001).

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você conheceu o conceito de Clínica Ampliada como uma ferramenta que tem a finalidade de contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, considerando a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença e permitindo o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde na busca do equilíbrio entre danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde (BRASIL, 2008). Estudou também as implicações da concepção de saúde, da integralidade e da vulnerabilidade na utilização da Clínica Ampliada como ferramenta de trabalho.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (Org.). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. p. 50-71.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BONFADA, D. et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000200028&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 29 jun. 2011. Disponível em: <<http://jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11>>. Acesso em: 16 jun. 2012.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde e paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Papel da rede de atenção básica em Saúde na formação médica: diretrizes. **Cadernos ABEM**, v. 3, p. 6-10, out. 2007. Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/pdf_caderno3/cadernos/papel_rede_atencao_basica.pdf. Acesso em: 17 jun. 2012.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

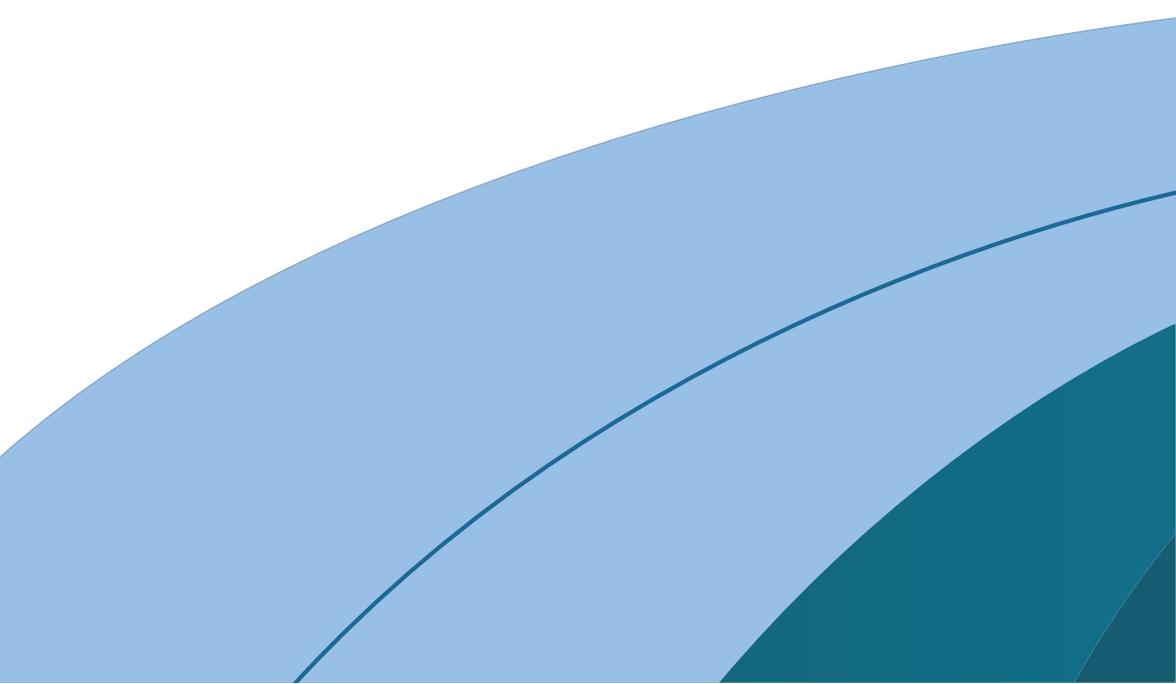
NOGUEIRA V. M. R.; MIOTO, R. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et al (org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde; Recife: ABEPSS, 2006.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado de saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2001.

SPOSATI, A. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome: Unesco, 2009.

Clínica Ampliada

Unidade 2



2 CLÍNICA AMPLIADA COMO METODOLOGIA DE TRABALHO

Na produção de cuidado, toda profissão de saúde faz um recorte, um destaque de sintomas e informações, a depender do núcleo de saber profissional envolvido. A Clínica Ampliada busca, através da interação entre as equipes e a intersetorialidade, constituir-se como uma ferramenta de atuação na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial dos diferentes saberes.

Neste sentido, valoriza a escuta atenta e qualificada na Atenção Básica e amplia o entendimento sobre o processo saúde-doença, sem supervalorizar determinada forma de conhecimento. Para isso, pressupõe dos profissionais o reconhecimento da singularidade de cada situação a fim de ponderar o quanto é possível e necessário compartilhar diagnósticos e terapêuticas. Neste compartilhamento, são envolvidos diferentes profissionais, serviços e setores da sociedade; e o indivíduo, a família e a comunidade são considerados sujeitos das ações de saúde e não meros objetos de trabalho dos técnicos do setor, buscando ajustar os recortes teóricos de cada profissão às suas necessidades (BRASIL, 2007).

Essa ampliação do objeto de trabalho comumente traz incertezas aos profissionais de saúde, acostumados a trabalhar com objetos restritos especificamente relacionados ao seu núcleo de saber. Ampliar o campo de atuação para a pessoa, família ou comunidade em questão pode trazer insegurança, mas deve ser compreendido como um processo que é parte da mudança e da qualificação do trabalho em saúde.

Portanto, para sua realização, é necessário que os meios de trabalho também se modifiquem, transformando-se em arranjos que possibilitem alto grau de colaboração na equipe e entre equipes, melhorando a capacidade de escuta e de lidar com problemas e condutas automatizadas de forma crítica. Além disso, é preciso criar mecanismos de suporte aos profissionais para que possam lidar com as próprias dificuldades e com aproximações e distanciamentos positivos e negativos nas diferentes situações identificadas e trabalhadas através de uma clínica ampliada.

Por fim, a prática de uma Clínica Ampliada pode ser caracterizada por cinco movimentos:

- Compreensão ampliada do processo saúde-doença do caso;
- Construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas;
- Ampliação do objeto de trabalho na intervenção;
- Transformação dos meios ou objetos de trabalho de maneira integrada;
- Suporte para os profissionais de saúde das diversas áreas (BRASIL, 2009a).

Neste contexto, surge com a PNH, a proposta de construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas. Ao ampliar a compreensão do processo saúde-doença, há necessidade de se reconhecer que a ação clínica é complexa, tanto nos determinantes do processo que origina a doença, como nas consequências das intervenções profissionais. Também se reconhece que o projeto de cuidado estabelecido por um profissional isolado não dá conta dessa complexidade e há a necessidade de se compartilhar os diagnósticos dos problemas e a construção conjunta de propostas de solução entre a equipe e o usuário, o que potencializa a obtenção de resultados positivos.

No entanto, a formação disciplinar e isolada dos profissionais, assim como a organização do trabalho em saúde, promoveu a fragmentação do processo de trabalho; e então os profissionais de saúde não se percebem como responsáveis por pessoas ou famílias. Focam suas ações na maioria das vezes na realização de procedimentos, diagnósticos ou intervenções em “pedaços de pessoas”. A perspectiva humanizadora convida a ampliação do objeto de trabalho para que pessoas se responsabilizem por pessoas, uma vez que são vistas como seres humanos em sua complexidade e não como simples fragmentos das especialidades da saúde.

Na consecução desses projetos de cuidado ocorrerá necessidade de transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho, de forma que as relações entre a equipe, com outras equipes e com o usuário favoreçam a comunicação. Nesta construção, são necessárias a capacidade de escuta do outro em si mesmo e a capacidade de lidar de forma crítica com condutas automatizadas, e de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com família e com comunidade, demandando um olhar complexo sobre os casos que se apresentam na Unidade de Saúde e no território.

No entanto, os profissionais de saúde ainda apresentam uma formação que não os prepara para este processo de trabalho. Assim, é fundamental que a gestão promova suporte para os profissionais de saúde. Uma vez que esta abordagem faz com que o mundo do usuário e suas relações complexas e dinâmicas cheguem até o profissional, será necessário suporte para que ele lide com a própria dor ou com o medo que o trabalho em saúde pode proporcionar. Existirá a necessidade de criação de mecanismos para que os profissionais possam trabalhar suas próprias dificuldades, enfrentando a “neutralidade” e o “não envolvimento”, que muitas vezes é proposto como forma de autoproteção diante do coletivo de sofrimento enfrentado na atuação.

Os profissionais devem ser participantes ativos no sentido de arguir sobre as melhores condições para a realização de um processo de trabalho em que se sinta confirmado nas suas necessidades. É necessário criar redes de colaboração onde o profissional tenha suporte e apoio para suas demandas e também possa colaborar com as demandas dos demais membros da equipe de saúde.

Os envolvidos na ação de saúde precisam atuar como protagonistas numa rede de relações com formação de vínculos. Neste contexto, preconiza-se a interação e criação de vínculos entre usuários, família e comunidade com a equipe de saúde, preconizada pela PNH.

Abaixo estão elencadas algumas estratégias que o PNH sugere para adoção na Atenção Básica, objetivando a formação de vínculos.

- Identificar famílias e pessoas que requerem atenção especial, seja no cadastramento das famílias, no olhar dos agentes comunitários de saúde, nas visitas domiciliares ou em outras atividades na comunidade. Isto pode ocorrer a partir da necessidade explicitada ou identificada no “encontro” com pessoas em situação ou risco de violência, pessoas com deficiência, portadores de transtornos mentais e outros.
- Destacar, no atendimento cotidiano da demanda, as pessoas que merecem atenção especial, a ser definida a partir do risco/vulnerabilidade e não por ordem de chegada.
- Qualificar a atenção a partir de um projeto terapêutico para cada situação: marcar retornos periódicos, agendar visita domiciliar, solicitar apoio de outros profissionais, combinar atendimento em grupo ou outras práticas que potencializem o cuidado.
- Identificar pessoas em situação de transtorno ou adoecimento em função de discriminação de gênero, orientação/identidade sexual, cor/etnia ou estigma de certas patologias.
- Considerar as especificidades das populações quilombolas, indígenas, assentadas, ribeirinhas, povos da floresta e presidiários, dentre outras.
- Garantir o cuidado aos grupos de pessoas com maior vulnerabilidade em função de agravo ou condição de vida para os quais já existam programas estruturados (pré-natal, imunização, hipertensão e diabetes, hanseníase, tuberculose, etc.).

- Trabalhar em articulação com outros níveis de atenção/especialidades, policlínicas, hospitais, maternidades, Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), urgências, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), apoio diagnóstico, fortalecendo a rede de saúde local.
- Estabelecer parcerias também com outros setores, como escolas, creches, universidades, centros de assistência social e outras instituições/equipamentos sociais da região e organizações do movimento social/comunitário.
- Estimular e possibilitar que a equipe conheça, discuta e avalie os diversos relatórios com os dados produzidos, periodicamente, para que estes gerem informação útil no sentido de apoiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação e compartilhá-los com a população. Por exemplo: cobertura vacinal, cobertura de aleitamento materno, mortalidade materna e infantil, início precoce do pré-natal, número de casos de doenças transmissíveis, etc. (BRASIL, 2006).



Saiba Mais

Para conhecer um pouco mais sobre o assunto, acesse a página on-line da rede de colaboração para a humanização da gestão e da atenção no SUS, disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/glossary/term/117>

2.1 Como utilizar a Clínica Ampliada como ferramenta de trabalho?

A Clínica Ampliada tem como requisitos para sua efetivação a integração da equipe, a adscrição de clientela e a construção de vínculo que permitirá a elaboração de projeto de cuidado de forma singular para cada usuário ou coletividade (BRASIL, 2007).

A equipe de profissionais tem diferentes formações e saberes que devem atuar de forma a atender da melhor maneira possível às necessidades da população adscrita. A atuação na saúde da família permite um trabalho de interação entre os profissionais, possibilitando maior integração da equipe e construção de um projeto de trabalho comum. Os modos de trabalho em equipe interferem diretamente na construção de um projeto de cuidado singular. Uma equipe em que os profissionais trabalham de forma fragmentada e isolada pode desenhar intervenções totalmente diferentes com relação à mesma situação problema (OLIVEIRA, 2010). O resultado não é um projeto de equipe, mas um conjunto de ações por vezes incoerentes com a necessidade do usuário.

Neste sentido, o desafio que está posto para a atuação como profissional na equipe de saúde é a integração e não simplesmente o agrupamento. A interação e a articulação dos profissionais na construção de um projeto conjunto requer um compromisso ético com os demais profissionais e sobretudo com o usuário. Para tal, precisa-se de uma postura flexível e da compreensão de que a competência de uma equipe pode dar conta mais facilmente da complexidade da atuação no processo saúde doença do que a competência isolada de cada profissional.

A adscrição de clientela estabelece a população de responsabilidade da equipe, estabelecendo a vinculação equipe/usuário. A adscrição vai permitir o diagnóstico da situação de saúde do território e o planejamento, viabilizando as ações orientadas de acordo com as prioridades. Sem adscrição de população não se faz saúde da família, não existe possibilidade de responsabilização e construção de projeto de saúde para o território (BRASIL, 2009b). A equipe precisa assumir a responsabilidade pela sua área de abrangência, fazendo diagnósticos de situação de saúde e reconhecendo os casos de usuários/famílias que mais necessitam de sua atenção. No entendimento de que cada caso é um caso, ou seja, da singularidade das realidades vivenciadas, os profissionais assumem um compromisso ético profundo de potencializar os aspectos positivos na busca do empoderamento e da autonomia destes e na formação de vínculos (BRASIL, 2006).

A aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro de intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, possibilitando a formação do vínculo como um processo que gera uma ligação entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos (BRASIL, 2008).

A equipe da ESF, a partir da adscrição de sua população, é a responsável pela formação dos vínculos. Mesmo que a equipe NASF atue conjuntamente, o vínculo deve ser mantido pelo profissional da ESF. A escolha do profissional da ESF, que será referência para o usuário na elaboração de um Projeto Terapêutico Singular na visão da Clínica Ampliada, deve observar os vínculos já estabelecidos. O processo de identificação e transferência de afetos se dá de forma muito particular entre usuário e profissional e entre os próprios profissionais. Prestar atenção a esses vínculos favorece a efetivação da Clínica Ampliada. As semelhanças nas histórias de vida dos envolvidos (profissionais/usuários) favorece o processo de transferência de afetos, como, por exemplo, o atendimento de um usuário com câncer por um profissional que já teve em sua família este diagnóstico terá uma possibilidade de desenvolvimento de afeto de forma diferenciada. Na medida em que os vínculos se estabelecem, laços de confiança tornam possível conhecer as histórias de vida marcadas muitas vezes por sofrimento, exclusão social e privação de afeto (BRASIL, 2007).

A formação de vínculo preconiza atenção e cuidado humanizado, trocas e a busca da integralidade na assistência.

O profissional da ESF/NASF precisa acolher toda a queixa do usuário. Este é o primeiro passo para a atuação na perspectiva da Clínica Ampliada. No serviço de saúde, muitas vezes, não é possível uma escuta qualificada de todos, mas é possível selecionar os que mais necessitam e a eles dedicar mais tempo. A escuta abrange também a observação da linguagem não falada – o corpo “fala” – demonstrando muitas vezes o que o usuário tem dificuldade de verbalizar. A escuta e a interação entre o usuário e o profissional vai facilitar o questionamento sobre o que levou ao adoecimento, permitindo a constatação de sua posição ativa na construção da sua saúde/doença. Com isso, o usuário percebe que é o responsável pela construção da sua condição de saúde, deixando de responsabilizar somente o serviço de saúde pelo seu cuidado (BRASIL, 2007).

Lembramos que uma prática que favorece a clínica ampliada é a visita domiciliar, por proporcionar uma visão diferenciada da realidade vivenciada pelo usuário e possibilitar a ampliação de vínculos. Quando realizada por profissionais de áreas de conhecimento diferentes, amplia a visão da realidade, favorecendo o intercâmbio de conhecimentos e a abertura de campo para a discussão dos casos na equipe multidisciplinar.

A Clínica Ampliada se desenvolve também a partir da percepção de que precisam ser muito bem avaliadas as prescrições que limitam e impedem que os usuários continuem a levar a vida como eram habituados. Os danos provocados pelas proibições podem fazer com que o usuário decida que é impossível realizá-las e por isso decida não seguir o caminho terapêutico. É muito comum na vinda ao serviço de saúde que o usuário confirme todas as prescrições feitas, mas no seu dia a dia não as cumpra, entendendo que não é possível levar a vida desta forma. Por isso, conhecer o usuário, sua história de vida, seus valores através de uma escuta qualificada permite a negociação e a pactuação de pontos essenciais a serem seguidos com compartilhamento de responsabilidade. Trabalhar com ofertas mais do que restrições, procurando descobrir novos prazeres, pode ser um enfoque mais eficaz do que trabalhar com proibições. Para que isso seja possível, é necessário conhecer o usuário e planejar de forma singular o seu cuidado (CUNHA, 2010; BRASIL, 2009a).

Desta forma, o profissional de saúde precisa estar atento às limitações que prescreve na vida do usuário, que podem fazer com que este viva somente com a preocupação na doença, deixando de viver a vida. Além disso, faz-se necessária

a mudança na lógica da medicalização, reconhecendo-se que os saberes da biomedicina podem ser insuficientes e, às vezes, até prejudiciais quando desvinculados de uma visão/escuta ampliada e qualificada. Cunha (2010) ressalta a importância de evitar a medicalização da vida, lembrando que é necessário equilibrar o combate à doença com a produção de vida.

Neste contexto, o processo de comunicação é essencial na Clínica Ampliada. No entanto, nossa linguagem nem sempre é compreensível ao usuário (CUNHA, 2010). Muitos profissionais não exercem suas atividades nas comunidades onde vivem com suas famílias, outros vão trabalhar em locais muito diferentes do local onde nasceram e cresceram. Cultura, valores diferenciados e processo de comunicação com particularidades exigem do profissional de saúde um cuidado muito grande na orientação do usuário em relação ao que este precisa fazer. Outro fator dificultador no processo de comunicação entre o usuário e o profissional é a linguagem técnica que alguns utilizam. É necessário utilizar termos simples, de acordo com os hábitos locais e, além disso, habituar-se a questionar se o que foi ouvido foi o que falamos. Questionamentos como: “Você poderia repetir o que eu disse?” ou: “Fale o que você entendeu do que eu falei” podem evitar muitos mal entendidos e ajudar no processo de cuidado (BRASIL, 2009a).

Para o sucesso do processo de comunicação e o fortalecimento do vínculo com o usuário é preciso evitar iniciar os atendimentos com questionamentos sobre o que o usuário devia ter feito, como, por exemplo, evitou comer sal em excesso? Diminuiu a ingestão de gordura? É muito mais produtivo iniciar o processo de conversação valorizando os pontos de melhoria na qualidade de vida, demonstrando que a condução do processo de melhoria na saúde é seu crédito.

Outro desafio para os profissionais é o entendimento e a aceitação de que o caminho é do usuário e somente dele, a equipe faz as proposições a serem pactuadas, mas a decisão de cumprir ou não é do usuário. Este é um fator estressante; por um lado, o da percepção da perda do controle por parte da equipe, mas, por outro lado, a percepção da autonomia do usuário liberta a equipe de sensações de culpa.

É importante tentar produzir corresponsabilidade e não culpa! A culpa muitas vezes é uma forma inconsciente de lidar com as limitações do cuidado e de transferir todo o ônus de um possível fracasso ao usuário (CUNHA, 2010).

2.1.1 Aspectos a serem considerados na coleta da história do usuário

Cunha (2004) sugere que se adote a anamnese tradicional, mas que o profissional dê espaço à fala e às ideias do usuário. O mesmo autor reforça a importância de os profissionais despirem-se dos filtros teóricos que os impedem de escutar o usuário. Esses filtros são as teorias em que a formação profissional se dá, moldando a escuta à categorização biológica dos usuários.

Na Clínica Ampliada, é necessária a escuta qualificada livre de preconceitos, para que se ampliem as possibilidades de reconhecimento das vulnerabilidades e potencialidades de cada caso.

À medida que o usuário fala de seus problemas, é importante que se estimule a qualificação dos sintomas, relacionando-os aos sentimentos e aos eventos de sua vida que os desencadeiam. Este processo de reflexão permite a compreensão da relação com o dia a dia de sua vida na construção de saúde ou doença. Desta forma, permite-se, também, a compreensão de que a resolução dos problemas não está fora, distante, mas próxima e relacionada a mudanças na vida, despertando-se assim a percepção da sua autonomia (CUNHA, 2010).

Algumas questões importantes precisam ser feitas ao usuário para conhecer a sua história de vida e levá-lo à reflexão.

A primeira questão a ser feita é: **Por que você acha que adoeceu?** Este questionamento auxilia no processo de reflexão e entendimento de que o adoecimento é um processo. Permite também a compreensão do significado deste adoecimento na vida do usuário e muitas vezes de sua família como também o relacionamento deste com os acontecimentos da sua vida.

A segunda questão é: **Como você se sente em relação a sua doença?** Este questionamento permite conhecer o quanto a doença interfere na vida do usuário. Relatos de casos de usuários que não aderiam ao tratamento quando conhecidos a fundo trazem muitas surpresas. Por vezes, a cura remeteria à perda de benefícios financeiros ou à perda de atenção por parte dos familiares. Também questionar e conhecer os medos, raivas, o que traz prazer e quais os seus sonhos são pontos importantes na construção e pactuação do projeto de cuidado (BRASIL, 2009a).

Para utilizar a Clínica Ampliada como ferramenta de trabalho, é importante que o profissional da equipe de saúde tenha proximidade com as redes familiares e sociais dos usuários, o que facilita o reconhecimento de sua história de vida e com isso as intervenções. Ainda, aumenta-se a possibilidade de construir vínculos duradouros com os usuários, que é também condição para o aumento de eficácia das intervenções clínicas, sejam essas diagnósticas, terapêuticas ou de reabilitação. A construção do caso clínico pode ser efetivada em vários encontros ao longo do tempo, com isso, ao mesmo tempo, aumentar-se-á a confiança entre profissionais e usuários. Assim, a clínica deverá ser ampliada, partindo de seu núcleo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito, respeitando a característica singular de cada caso – “cada caso é um caso” – sem abrir mão de critérios técnicos previamente definidos, como as diretrizes clínicas, programas e outros (CAMPOS, 2007).

SÍNTESE DA UNIDADE

Esta unidade apresentou a metodologia de trabalho na Clínica Ampliada, que pode ser caracterizada por cinco movimentos: compreensão ampliada do processo saúde-doença; construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas; ampliação do objeto de trabalho; transformação dos meios ou objetos de trabalho; suporte para os profissionais de saúde (BRASIL, 2009a). Trouxe, ainda, a Clínica Ampliada como ferramenta de trabalho a partir da adscrição da população, formação de vínculos com escuta qualificada, num processo de construção de um projeto de cuidado a partir da corresponsabilidade e das necessidades singulares de cada usuário.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS: material de apoio**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

CAMPOS, G. W. S. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica: diretrizes. **Cadernos ABEM**. v. 3, p. 6-10, out. 2007. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pdf_caderno3/cadernos/papel_rede_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2012.

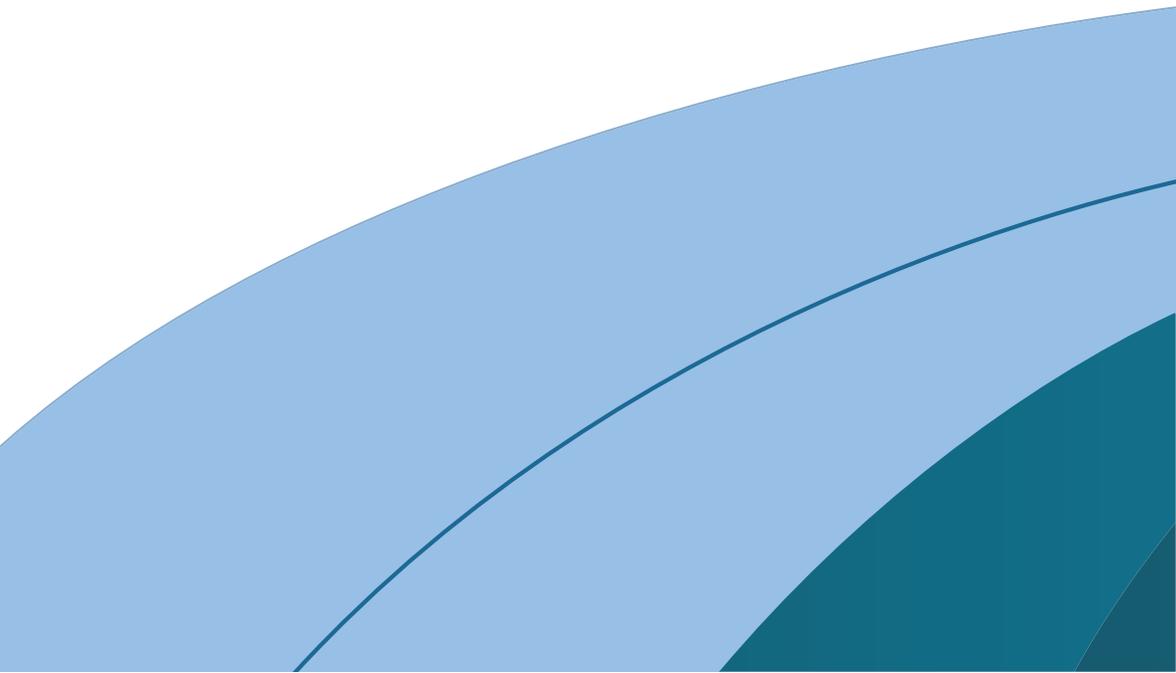
CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 2004.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, G. N. **O Projeto Terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. 202 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009. p. 89-109.

Clínica Ampliada

Unidade 3



3 CAMINHOS PARA IMPLEMENTAR A CLÍNICA AMPLIADA

A atuação na Clínica Ampliada preconiza um processo de aprendizagem contínuo e constante para o profissional/equipe e para o usuário. No desenrolar deste processo, pactos precisam ser realizados de formas diferentes, considerando a complexidade dos envolvidos e suas realidades. A ação pactuada entre o gestor e a equipe de saúde quanto a espaços de educação permanente é determinante para a construção de processos de formação voltados para a utilização desta ferramenta de trabalho (BRASIL, 2008; NASCIMENTO, 2010).

Esta ação pactuada vem ao encontro de um fator dificultoso para esta prática: a formação dos profissionais de saúde, ainda muito voltada ao modelo biológico/curativo, com uma conduta centrada no diagnóstico realizado através de exames e na conduta medicamentosa, na maioria das vezes aprendida no ambiente hospitalar. Na atenção básica, este modelo, que já é fragilizado, fica mais debilitado, tendo em vista que a realização do tratamento/orientação dependerá do usuário e sua família. Esta situação fica mais difícil sem um contato mais próximo através do diálogo que leve à compreensão do profissional do contexto vivido pelo usuário e do entendimento do usuário/família do seu papel no processo saúde/doença. O profissional preparado na sua formação para ter o máximo de controle sobre o processo diagnóstico/tratamento encontra na atuação na atenção básica uma situação diferente, gerando uma sensação de insegurança (CUNHA, 2004).

Para que esta postura profissional de insegurança e distanciamento se modifique, é necessário criar uma rede de apoio para os profissionais, preparando-os para atuação na perspectiva da Clínica Ampliada, tendo em vista que, ao perceber as fragilidades e sentimentos do usuário, este percebe também os seus próprios sentimentos e fragilidades. Construir espaços de discussão e reflexão quanto às suas fragilidades e potencialidades com relação à Clínica Ampliada é também um dos caminhos a ser implementados pela equipe (BRASIL, 2009).

Incorporar na prática a Clínica Ampliada implica numa revisão e reflexão por parte dos profissionais dos seus próprios valores e conceitos, assim como dos valores e conceitos da sociedade. A singularidade das realidades do usuário e de suas famílias exige atuações também singulares, demonstrando que o que pode ser o certo, ideal para o profissional, muitas vezes não é para o usuário e/ou sua família. Trabalhar com a Clínica Ampliada remete, então, a esta ampliação do “objeto de trabalho”, pensando neste como complexo, gerador de angústias, temores, dúvidas e ansiedades que precisam ser divididos entre os profissionais da equipe, o gestor e o usuário. Esta complexidade muitas vezes gera a sensação de impotência e de desamparo. No entanto, quando compartilhada, pode potencializar saberes, práticas, em uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, na concepção de que o fazer compartilhado pode ser mais potente do que o individual.

Nesta perspectiva, a clínica ampliada objetiva sustentar o desenvolvimento de uma nova postura relacional profissional/gestor/usuário e de novos arranjos organizacionais que permitam a escuta qualificada, na qual o usuário é visto de modo singular, ampliando-se a possibilidade de condutas. Estas condutas não se limitam à terapêutica medicamentosa e a procedimentos cirúrgicos, valorizam o poder terapêutico da escuta e da palavra, da educação em saúde e do apoio psicossocial (BRASIL, 2007).

A utilização da Clínica Ampliada como ferramenta de trabalho pressupõe ainda alguns arranjos entre o gestor e a equipe, como o de pactuar espaços coletivos para a discussão dos projetos de cuidado. A agenda dos profissionais precisa ser organizada de forma que os espaços para reuniões, discussões de casos clínicos e matriciamento estejam presentes na rotina dos serviços.

SÍNTESE DA UNIDADE

Conforme foi visto, a utilização da Clínica Ampliada como ferramenta de trabalho pelos profissionais da equipe de saúde depende do estabelecimento de pactos entre gestor e equipe em relação à organização da agenda. É fundamental incluir nessa agenda espaços de educação permanente, reuniões de equipe e construção de projetos de cuidado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

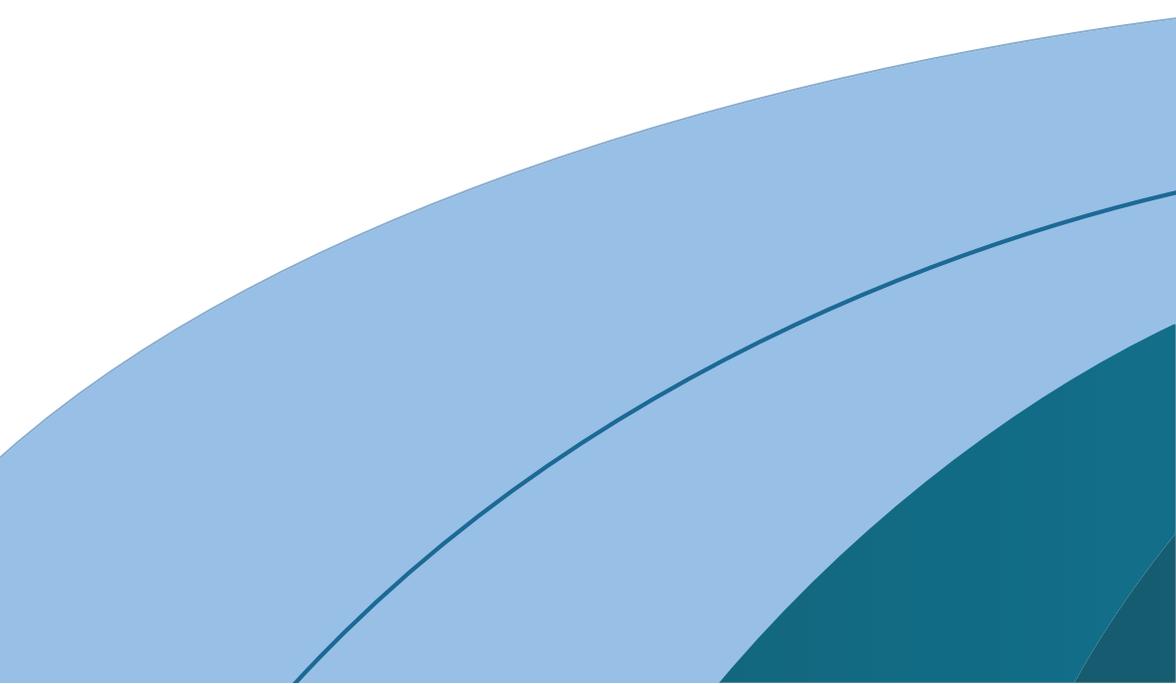
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 2004.

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. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

Clínica Ampliada

Unidade 4



4 PRÁTICAS EXITOSAS DE CLÍNICA AMPLIADA

Ao término do Módulo de Clínica Ampliada esperamos que os diversos aspectos teóricos sobre essa temática tenham ficado claro e passíveis de utilização na prática em Saúde da Família. No entanto, como uma forma de auxiliá-lo em como tornar operacionais estes conceitos, trazemos nessa unidade dois exemplos exitosos sobre a utilização dessa importante ferramenta.

Pode ter parecido que se trata de algo difícil de aplicar, mas como veremos a Clínica Ampliada demanda conhecimento técnico, mas principalmente sensibilidade e olhar humano dos profissionais e equipes para com os casos, em sua singularidade.

A Clínica Ampliada...

Um serviço de saúde percebeu que, mesmo tendo disponível toda a tecnologia para o diagnóstico e o tratamento dos usuários com anemia falciforme, havia um problema que, se não fosse levado em conta, não melhoraria a anemia desses usuários. Essa doença acomete principalmente a população negra que, na cidade em que o serviço funcionava, tinha poucas opções de trabalho. O serviço percebeu que o tratamento ficaria muito limitado caso o enfoque fosse estritamente hematológico, pois a sobrevivência dos usuários estava ameaçada pela interface da doença com o contexto em que os sujeitos se encontravam. Era necessário criar novas opções de trabalho para esses usuários do serviço, uma vez que, apenas com o tratamento convencional, não seria possível obter resultados satisfatórios. A equipe então se debruçou sobre o problema e propôs buscar ajuda em escolas de computação, com a ideia de oferecer cursos para os usuários com anemia falciforme que o desejassem, criando assim novas opções de trabalho e melhorando a expectativa de vida. O serviço buscou aumentar a autonomia dos usuários, apesar da doença. Além disto, ao perceber que as consequências atuais da doença tinham determinantes culturais, sociais e econômicos muito relevantes, criou ações práticas para atuar neste âmbito: iniciou conversas na cidade com movimentos sociais diretamente interessados no tema, buscando atuar junto com estes movimentos, com o poder público municipal e com outros serviços de saúde. O serviço de saúde “abriu a roda” (método da inclusão) para que problemas e soluções em relação à anemia falciforme pudessem ser mais coletivos. Houve uma ampliação da compreensão do processo saúde doença e uma ação em direção ao compartilhamento desta compreensão. O objeto de trabalho do serviço de saúde se ampliou. Buscou diagnosticar não somente os limites e problemas, mas também as potencialidades dos usuários doentes e da comunidade (BRASIL, 2009).

Para além do biológico...

Ao olhar o nome no prontuário veio-lhe à mente o rosto e a história de Andréia, jovem gestante que pedira “um encaixe” para uma consulta de “urgência”. Com 23 anos, ela estava na segunda gestação, porém não no segundo filho. Na primeira vez que engravidara, ela perdera a criança no sexto mês. Estela, obstetrix experiente, também fizera o pré-natal na primeira gestação e pôde acompanhar toda a frustração e tristeza da jovem após a perda. Com o prontuário na mão, abriu a porta do consultório e procurou o rosto conhecido. Fez um gesto sutil com a cabeça acompanhado de um sorriso, pensando ou dizendo de forma inaudível: “Vamos?”. Mal fechou a porta e já ouviu Andréia dizer, contendo um choro: “Ele não está se mexendo”. Quase escapou de sua boca uma ordem para que ela se deitasse imediatamente para auscultar o coração do bebê com o sonar. Olhou nos olhos de Andréia e, tendo uma súbita certeza do que estava acontecendo, disse: “Vamos deitar um pouco na maca?”. Enquanto a ajudava a deitar-se, ainda olhou para o sonar, confirmando a convicção de que não o usaria... pelo menos não ainda. Andréia se surpreendeu quando ela disse: “Feche os olhos e respire fundo”. Pegou a mão fria de Andréia, apertou entre as suas e colocou-a sob a sua mão, ambas sobre a barriga. Respirou fundo e procurou se colocar numa postura totalmente atenta, concentrando-se no instante. Agora eram ali duas mulheres, reinventando o antigo compromisso de solidariedade e sabedoria feminina para partilhar a vida. Quanto tempo se passou? Não saberia dizer. O suficiente para que ele começasse a se mexer com movimentos fortes e vigorosos dentro da barriga, sacudindo as mãos das mulheres e derrubando lágrimas da mãe. O que aconteceu foi que Estela pôde mediar uma “conexão”, possibilitar uma vivência que estabeleceu uma conversa silenciosa entre mãe e filho e permitiu à Andréia aprender a conhecer e utilizar a sua própria força e lidar com o medo ao atravessar o “aniversário” de uma perda (BRASIL, 2009).

SÍNTESE DA UNIDADE

Nessa unidade foram apresentados dois casos complexos, que permitiram observar o usuário e sua queixa principal além dos aspectos estritamente biológicos, como um exercício de reflexão para aplicação dos conceitos ilustrados nos módulos anteriores em sua vida profissional junto a Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 2004.

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. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

SÍNTESE DO MÓDULO

A Clínica Ampliada, apresentada neste módulo, é proposta como uma ferramenta com a qual os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) enfocam o sujeito, a doença, a família e o contexto social, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade na resolução de seus problemas. Para isso, utiliza a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e a construção de vínculo entre profissionais e usuários na elaboração de projeto de cuidado. Na prática, a clínica ampliada é caracterizada por cinco movimentos: compreensão ampliada do processo saúde-doença; construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas; ampliação do objeto de trabalho; transformação dos meios ou objetos de trabalho; e suporte para os profissionais de saúde.

AUTORES

Carmem Regina Delziovo

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (1985), licenciada em Enfermagem pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (1985) e mestre em Ciências da Saúde Humana pela Universidade do Contestado (2003). Atualmente é doutoranda em Saúde Coletiva na UFSC. Atua como técnica na Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Estado de Santa Catarina na Gerência de Coordenação da Atenção Básica. Tem experiência na área de Saúde Pública, com ênfase em Gestão, atuando principalmente nos seguintes temas: políticas de saúde, regulação, controle e avaliação, vigilância em saúde, estratégia de saúde da família e NASF.

<http://lattes.cnpq.br/9192985272761930>

Lucas Alexandre Pedebôs

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2008) e mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (2010). Atualmente é enfermeiro da Prefeitura Municipal de Florianópolis. Atuou, anteriormente, como professor em caráter temporário da Universidade Federal de Santa Catarina, e como coordenador de unidade básica de saúde. Tem experiência em Atenção Primária em Saúde e Educação Popular. É pesquisador da Rede Interinstitucional de Humanização e do Núcleo de Pesquisa em Bioética e Saúde Coletiva (NUPEBISC/UFSC).

<http://lattes.cnpq.br/6221635704169567>

Rodrigo Otávio Moretti-Pires

Docente do quadro permanente do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina é vice-coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC (2010-2013), editor chefe do Periódico “Saúde & Transformação Social/Health & Social Change”. Especialista em Saúde da Família (Polo de Educação Permanente do Nordeste Paulista/Ministério da Saúde através da EERP/USP), mestre em Saúde Pública pelo Departamento de Medicina Social (FMRP/USP) e doutor em Enfermagem Psiquiátrica pela EERP/USP, tendo realizado estágio pós-doutoral em pesquisa na temática do uso de álcool e drogas pela CICAD/Organização dos Estados Americanos (através de programa da SENAD e EERP-USP). Credenciado no Programa de Pós-Graduação “Saúde, Sociedade e Endemias da Amazonia”, da Universidade Federal do Amazonas

em parceria com a Fiocruz, assim como no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (DSP/CCS/UFSC) para orientar alunos de mestrado. Durante três anos, foi docente da Universidade Federal do Amazonas, do Instituto de Saúde e Biotecnologia, campus do Médio Solimões, onde desenvolveu atividades de ensino, pesquisa e extensão na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Formação de Recursos Humanos em Saúde para o Programa de Saúde da Família, pesquisa com o universo conceitual de Paulo Freire no Ensino Superior em Saúde, além de Epidemiologia de Farmacodependências.

<http://lattes.cnpq.br/5045216268657919>



Ministério
da Saúde



Secretaria de Estado da Saúde
Santa Catarina