

O DESAFIO DA CLÍNICA NA SAÚDE DA FAMÍLIA ¹

The challenge of the clinic in the health of the family

Maria Ângela Alves do Nascimento, Professora Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) – BA. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Integrado em Saúde Coletiva (NUPISC) da UEFS. Doutora em Enfermagem – EERP/USP. Primeira Secretária da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn Nacional) / Gestão 2001 – 2004.

Endereço: Av. Cardeal da Silva, 43/45- Ed vale do Lucaia apto. 202- Rio vermelho- Salvador/BA. CEP: 40.223-223 E-mail: nupisc@bol.com.br

RESUMO

Estudo teórico numa abordagem crítico-analítica sobre a clínica na saúde da família, embasado nos referenciais de Campos (2003 a; 2003 b) e Merhy (2003; 2002), com o objetivo de discutir a possibilidade da resignificação da clínica no programa saúde da família. Apesar dos desafios, o estudo aponta caminhos sobre um novo modo de pensar e produzir saúde através de um trabalho multidisciplinar da equipe de saúde direcionado a uma clínica ampliada, de relações, também denominada clínica do sujeito.

Palavras chave: Saúde da Família; Equipe de Assistência ao Paciente; Medicina de Família

ABSTRACT

Theoretical study with a critical-analytical approach on the Clinic in family health, based on the references of Campos (2003 a; 2003 b) and Merhy (2003; 2002), with the objective of discussing the possibility of re-signification of the clinic in the family health program. In spite of the challenges, the study shows the paths to a new way of thinking and of ways to health via multi-disciplinary work by the health team aimed at an enlarged clinic of relationships, also known as the subject clinic.

Key words: Family Health; Patient Care Team; Family Practice.

INTRODUÇÃO

Discutir o tema “O desafio da clínica na saúde da família” neste VII Encontro de Atualização em Atenção Primária à Saúde é uma instigante oportunidade e, de certa forma, representa um pioneirismo no contexto atual de reorganização da atenção básica à saúde.

Contudo, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), aqui por mim representada, aceitou o desafio para discutir a resignificação da clínica, diante da possibilidade de construir uma nova forma de pensar e de produzir saúde no Programa Saúde da família, numa perspectiva individual e coletiva.

Não nos deteremos neste momento a fazer uma análise crítica e histórica sobre a organização do Sistema de Saúde e, particularmente, do Programa de Saúde da Família frente às mudanças sócio-econômicas, políticas e culturais que marcam a sociedade contemporânea. Porém, antes de iniciar o tema propriamente dito desta mesa redonda é preciso que nos reportemos ao Sistema de Saúde Brasileiro, a partir das últimas três décadas, em que a vida real dos serviços de saúde tem mostrado que, conforme os modelos de atenção adotados, nem

sempre a produção do cuidado em saúde está comprometida com a cura e a promoção da saúde. Para Merhy (2002), esta realidade é um nó a ser trabalhado pelos gestores e trabalhadores de saúde na medida em que é um problema de gestão de processos produtivos em saúde, e estão presentes em qualquer modelo predominante, demarcados não só por algumas tensões básicas mas, também pelos atos produtivos, tais como:

- a lógica da produção dos atos de saúde como procedimentos e a produção dos procedimentos como cuidar (modelos médicos centrados em procedimentos, sem compromisso com a produção da cura);
- a lógica da produção dos atos de saúde como resultado das ações de distintas categorias de trabalhadores para a produção e o gerenciamento do cuidado e as intervenções mais restritas e exclusivamente presas às competências específicas de alguns deles.

Além do mais, estudos de Campos (2003a; 2003b) Merhy (2002; 2003) e Franco e Merhy (2003) têm mostrado que o modelo tradicional de prestar assistência à saúde está esgotado, ao apresentar limites de eficácia (baixo impacto) e de eficiência (custos elevados). Portanto, a reformulação de conhecimentos e práticas em saúde direcionadas à valorização da atenção básica com capacidade para dar resolubilidade aos problemas individuais e coletivos, a ampliação de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, a rearticulação dos serviços especializados e de alta complexidade segundo diretrizes de humanização e de adoção de práticas alternativas “têm se espalhado por todo o mundo, indicando a necessidade de proceder-se a uma verdadeira reengenharia humanizada dos serviços de saúde”. (CAMPOS, 2003b, p. 8)

Nesta perspectiva, no sentido de reorganizar a prática assistencial, foi criado em 1994, no Brasil, o Programa Saúde da Família, em substituição ao modelo médico hegemônico – o liberal privatista.

Contudo, os projetos neoliberais em nome de uma cidadania negativa de uma cesta básica de saúde têm ofertado quase que como uma panacéia um médico de família, que a tudo vem resolver, como um milagreiro, desprezando a complexidade do atuar em saúde e a necessidade de uma multidisciplinariedade desse agir. (MERHY, 2002)

Não há dúvidas de que precisamos romper com as limitações e subalternidades do modelo médico hegemônico e garantir a qualidade de vida da população, de uma nova interpretação mais complexa dos fenômenos da saúde e da doença pela interdisciplinariedade do conhecimento, intersetorialidade das práticas e integralidade da atenção à saúde.

Os desafios são muitos, pois o trabalho em saúde da família é complexo e difícil, isto porque exige uma constante articulação das ações clínicas e das ações da saúde coletiva, para se produzir saúde.

Mas de que clínica estamos falando?

De acordo com Campos (2003b), a medicina imagina uma única clínica, uma clínica totalizante: a clínica científica e ética. No entanto, trata-se de uma declaração ideológica, talvez assentada na preocupação de vender a imagem de uma instituição racional e humana. Mas, na realidade, na prática, há inúmeras clínicas que, de acordo com Campos(2003) apresenta os seguintes semblantes: a Clínica degradada, a Clínica clínica e a Clínica do sujeito/ ampliada.

A **Clínica degradada** é aquela que tem sua potencialidade para resolver problemas de saúde limitada. A degradação existente resulta da mescla de uma política de saúde inadequada com o comportamento alienado dos [trabalhadores de saúde] que a praticam. Atendem de forma padronizada, quase que independente da gravidade e das necessidades de cada um dos usuários. Portanto, há uma clínica degradada por interesses econômicos ou por desequilíbrios pronunciados de poder.

A **Clínica oficial** (Clínica clínica) também considerada limitada por trabalhar com um objeto de estudo e de trabalho reduzidos, o que traria implicações tanto no campo de saberes quanto para seus métodos e técnicas de intervenção. Além do mais poder-se-ia, constatar hoje que essa redução autorizaria a clínica oficial a se desresponsabilizar pela integralidade do sujeito ou seja, essa clínica “somente se responsabiliza pela enfermidade, nunca pela pessoa do enfermo”. (CAMPOS, 2003b, p. 61). Este objeto de estudo e de intervenção estaria reduzido em múltiplas dimensões: por um lado, um enfoque desequilibrado para o lado biológico, esquecendo das dimensões subjetiva e social das pessoas. O que, segundo Campos (2003b, p. 61), “acarretaria em saberes e práticas marcadas pelo mecanismo e pela unilateralidade de abordagem”. Por outro lado, aborda-se mais a doença que o indivíduo, e mesmo quando este é considerado, pensa-se em um indivíduo fragmentado, um ser composto de partes que, apenas teoricamente guardaria alguma noção de interdependência. Tal reducionismo traz conseqüências negativas como a abordagem terapêutica excessivamente voltada para a noção de cura – confundida na maioria das vezes com a eliminação dos sintomas, em alguns casos com a correção de lesões anatômicas ou funcionais - não priorizando as possibilidades de promoção da saúde ou de prevenção das doenças e até mesmo as de reabilitação. Além do mais, esse objeto reduzido autorizaria a diversidade de

especialidades, que terminariam em fragmentar o processo de trabalho em saúde. Conseqüentemente, vem reduzindo-se a capacidade operacional de cada clínico, estabelecendo-se uma cadeia de dependência quase impossível de ser integrada em projetos terapêuticos coerentes.

Tal realidade vem produzindo relações paradoxais com a sociedade. De um lado observamos que a medicina nunca perdeu sua capacidade de exercer o controle social sobre a maioria das pessoas. Segundo Campos (2003a), seu papel de árbitro e seu discurso “competente” sobre temas ligados à vida continuam. Por outro lado, percebemos uma alienação dos trabalhadores de saúde na sua relação cotidiana com os usuários dependentes de seus cuidados.

A **clínica do sujeito** é aquela ampliada, revista. Essa clínica, segundo Campos (2003b), teria de enfrentar e derrotar os nós críticos que a Clínica oficial não tem conseguido sequer analisar e muito menos resolver.

O objeto da clínica do sujeito inclui a doença, senão não seria clínica. E não há como abordar a doença sem enquadrá-la dentro de uma certa ontologia. Tratar a doença como um Ser com identidade própria é a base que autoriza os trabalhadores de saúde a intervirem em casos concretos. “O problema ocorre quando este Ser da doença substitui completamente o Ser realmente existente e perde-se a capacidade de se operar com a singularidade de cada caso (CAMPOS, 2003 b, p. 64).

Nesse “novo” paradigma – clínica ampliada / clínica do sujeito, a relação trabalhador de saúde – usuário é essencial, pois nesta relação um não existe sem o outro (NASCIMENTO; MISHIMA, 2004).

Portanto, na medida em que há uma aproximação nas relações dos usuários dos serviços e trabalhadores de saúde, haverá, segundo Franco e Merhy (2003), uma dimensão individual do trabalho em saúde, realizado por qualquer trabalhador que comporta um conjunto de “ações clínicas” – aqui entendidas no sentido “do encontro das necessidades com processos de intervenção tecnologicamente orientado, que visam ‘operar’ sobre o campo das necessidades que se faz presente neste encontro na busca da perseguição de fins implicados com a manutenção e/ou recuperação de um certo modo de andar a vida” (FRANCO; MERHY, 2003, p.37).

Para os respectivos autores, esses encontros interindividuais, a dois, se produzem em um espaço intercessor no qual uma dimensão tecnológica do trabalho em saúde, clinicamente evidente, sustenta-se na tecnologia das relações, território próprio das tecnologias leves, definidas como tecnologias de ações que se configuram em processo de intenção em ato, em

um processo de relação de interação, de vínculo, de escuta, de intersubjetividade, gestão como forma de governar o processo de trabalho, humanização dentre outras (MERHY, 1997).

A partir do momento que ocorre uma relação enquanto trabalho de saúde - entre um trabalhador e um usuário, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilização, que se articulam com a constituição de vínculos e dos compromissos em projetos de intervenções. Estes processos intercessores são atributos de uma prática clínica realizada por qualquer trabalhador de saúde.

Enfim, a **Clínica do modelo clínico** tem algumas características particulares que a diferenciam da Saúde Coletiva. Ela depende de profissionais com formação específica. Já a Saúde Coletiva defende, segundo Campos (2003b), uma clínica ampliada – aquela do trabalho integrado em equipe e, particularmente da interação interdisciplinar entre diferentes formas do exercício clínico existentes. Por outro lado não há clínica sem singularidade, sem a construção de referência estável ou de vínculo.

Na **clínica** a avaliação do risco é individual, caso a caso, ainda quando sejam considerados os elementos sociais, econômicos e culturais para se estabelecer a vulnerabilidade e o projeto terapêutico singular. A prática clínica depende de um certo conhecimento prévio sobre o risco e a doença; nesse sentido, ela suporta a existência de protocolos ou de diretrizes clínicas que orientam a atuação das equipes, dando um certo grau de previsibilidade à prática.

Já na **Clínica ampliada**, Campos (2003b) destaca que esta, ao incorporar o sujeito e o seu contexto à prática, introduz uma gama imensa de variações no desenvolvimento de cada equipe, uma dose de criatividade para responder a variabilidade biológica, psíquica e social dos casos. Esse paradoxo aparente exige um sistema de gestão que, ao mesmo tempo, ofereça formas de controle, diretrizes e critérios, e estimule a autonomia relativa das equipes. Na saúde da família isto implica em combinar a lógica de programas de saúde, destinados a grupos específicos.

A CLÍNICA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Considerações sobre a concepção do PSF versus vigilância à saúde

O PSF propõe um modelo assistencial para a saúde que tem como referência básica o “território processo”, considerando-o território social, econômico, político, epidemiológico, porque estão presentes e atuam variáveis sobre os quais ocorrem o processo de adoecimento da população.

Nesse sentido, na última década, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1996) tem proposto que a intervenção nas dinâmicas locais se dêem a partir de tecnologias de planejamento território – centradas (territorização), articuladas aos instrumentais da epidemiologia e da vigilância da saúde.

Sem dúvida, o conhecimento articulado em torno da idéia de “território processo”, sobre qual operam modelos assistenciais com base exclusiva na vigilância à saúde é importante e essencial nas estratégias da produção do cuidado.

No entanto, comungamos com Franco e Merhy (2003) que é limitante considerar que este conhecimento por si só seja suficiente para responder à complexidade dos problemas de saúde, pois é necessário resgatarmos os conhecimentos e práticas acumuladas na preservação de saúde para conseguirmos responder às demandas da assistência que se colocam para os serviços.

Nessa perspectiva os autores afirmam que a Epidemiologia oferece um instrumental importante para compor a “caixa de ferramentas” das equipes de saúde como um todo, mas, com certeza, a ele deve se agregar o conhecimento inscrito na **clínica** (destaque nosso), sociologia, psicanálise, teorias gerenciais, planejamento em saúde dentre outros.

Por ter o PSF uma matriz teórica circunscrita prioritariamente no campo da vigilância da saúde, ou seja, seu trabalho quase restritamente centrado no território, de acordo com as concepções da OPAS, isto significa que, em grande medida, “a normalização do programa inspira-se nos cuidados a serem oferecidos para ações no ambiente, definindo o processo de trabalho como centrado em atos de saúde de cunho “higienistas”, dando pouca importância a própria constitucionalidade de uma rede básica assistencial, integrada a um sistema local de saúde”. (FRANCO; MERHY, 2003, p.100) Outrossim, não dá muito valor ao conjunto de prática clínica, nem toma como desafio a necessidade de sua ampliação na abordagem individual nela inerente no que se refere a sua atenção singular, essencial para os casos em que os processos mórbidos já se instalaram, diminuindo “as autonomias nos modos de andar a vida” (MERHY, 1998).

Desta forma, vemos que o PSF desarticula sua potência transformadora, aprisionando o trabalho vivo em ato em saúde, em normas e regulamentos definidos conforme o ideal da vigilância à saúde, transformando suas práticas em “trabalho morto” dependente. Assim, a vigilância da saúde, ao não se dispor a atuar na direção da clínica, dando-lhe um real valor com propostas ousadas como a da “clínica ampliada”, age como linha auxiliar do modelo médico hegemônico.

Na realidade, “é como se o PSF estivesse delimitando os terrenos de competência entre ele e a corporação médica: ‘da saúde coletiva cuidamos nós, o PSF; da saúde individual, cuidam vocês, a corporação médica’. E nada é melhor para o projeto neoliberal privativista do que isto, pois deixa-se um dos cenários de lutas vital para a conformação dos modelos de atenção sem disputa anti-hegemônica” (MERHY, 1998, p.100).

A concretude da Clínica no programa saúde da família

Estudo de Franco e Merhy (2003) apontam que a clínica no PSF assume função subsidiária, como se ela não tivesse competência para atuar na saúde pública, e fosse necessário contaminá-la pela Epidemiologia. Porém, percebemos que prevalece no âmbito da discussão do programa a dúvida dicotomia entre Epidemiologia e Clínica, “como se a primeira fosse parte nobre do sistema de saúde e a segunda incorporasse o mundo liberal, individualista e, neste sentido, merecesse a rejeição das propostas assistenciais formuladas no âmbito de saúde coletiva” (FRANCO; MERHY, 2003, p.58).

Esta contraposição, entre a Epidemiologia e a Clínica, segundo Merhy (1998), poderá levar à percepção de que a Clínica no PSF deve ser subsumida pela Epidemiologia, criando muitas restrições para que seja utilizada em todo o seu potencial como forma do trabalho em saúde, tomando-se certas modelagens do trabalho clínico médico pelo conjunto da clínica.

Diante do exposto até então, ousamos fazer alguns questionamentos, parafraseando Merhy (2002):

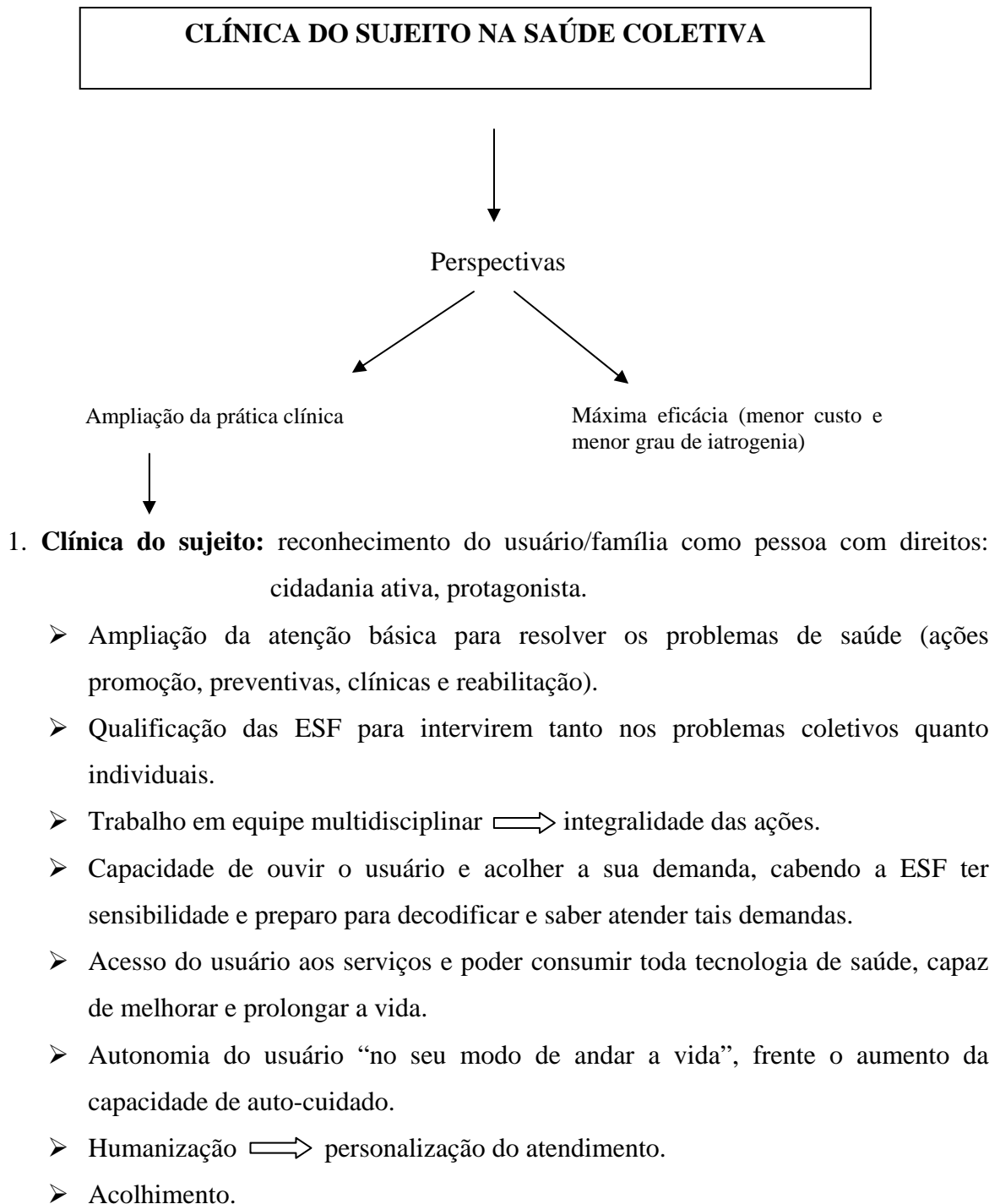
- Será possível o PSF superar o atual paradigma clínico de intervenção médica por outro centrado no usuário, modelado em um processo de trabalho que reconheça a prática clínica dos outros trabalhadores de saúde?
- Será que só os médicos são portadores de autonomia em saúde? E as práticas clínicas dos outros profissionais desse setor no PSF?

No sentido de refletirmos o nosso modo de pensar e produzir ações de saúde na atenção básica, especificamente no PSF, ousamos, mais uma vez, expor o nosso entendimento com um olhar diferenciado embasado nos estudos de Campos (2003a, 2003b), Merhy (2003; 2002) e Franco e Merhy (2003) sobre o DESAFIO DA CLÍNICA NA SAÚDE DA FAMÍLIA, em prol da defesa de uma **clínica do sujeito**.

Entretanto, queremos deixar claro que não é uma receita, um modelo funcionalista, pois, segundo Nascimento (2002), é preciso que vislumbremos um horizonte onde a produção da saúde deve associar o sonho e a ciência, o racional e a intuição, o emocional e os sentimentos,

o real e o virtual, a imaginação e a criação, o espírito e o conhecimento, o visível e o indivisível, o cotidiano e a subjetividade, o individual e o coletivo e, também, considerar as particularidades e as singularidades.

Portanto, traduzimos aqui o outro modo de fazer a **clínica na saúde da família**, apesar dos desafios, por acreditarmos não somente na utopia, mas nas possibilidades de um sonho tornar-se realidade.



- Responsabilização pelo processo saúde-doença e não somente pela realização de procedimentos.

2. Fortalecimento de vínculos entre o indivíduo, família, grupos da comunidade com a ESF, a USF e com trabalhadores específicos que lhes sirvam de referência.



- Interdependência.
- Compromisso dos trabalhadores de saúde com os usuários e vice-versa.
- Responsabilização pela saúde de uma dada população adscrita.
- Envolvimento dos trabalhadores com a saúde coletiva de uma comunidade e com a saúde individual, particularmente dos mais vulneráveis.
- Acolhimento.
- Respeito e solidariedade.
- Humanização da assistência.

3. Construção de projetos terapêuticos e de acompanhamento sistemático de casos singulares.

- Relações de acolhimento e vínculo.
- Interrelação dentre pessoas que necessitam de ajuda e a equipe com recursos para intervir.
- Processo de fala e escuta.
- Autonomização do outro, no sentido de enfrentar o problema de saúde.
- Estímulo ao auto-cuidado: educação em saúde.
- Responsabilização da equipe saúde da família pela saúde de uma comunidade, e ao mesmo tempo destacar dentro dessa comunidade situações que necessitam de atenção individual (avaliação de riscos e, em decorrência, concentrar atenção às famílias e pessoas com maiores vulnerabilidades).
- Desmedicalização, ampliação da clínica.



Utilização de outros recursos terapêuticos: educação em saúde, práticas de vida saudáveis, atenção interdisciplinar, construção de cuidadores da própria comunidade (...)

- Posicionamento ético usuário centrado.

- Articulação de saberes para compor projetos terapêuticos.
- Compromisso radical com a defesa da vida individual e coletiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para concluir, o desafio está posto, convidamos todos vocês para refletirem / debaterem os aspectos aqui referidos à “clínica na saúde da família” pois, segundo Nascimento e Mishima (2004, p. 15), “além das palavras é preciso ação transformadora, a qual tem como ponto de partida o ser humano, e por isso, além da inteligência (...), é preciso ser gente”. Obrigada!

NOTA

1. Trabalho apresentado no VII Encontro de Atualização em Atenção Primária à Saúde – Juiz de Fora – MG – 01 a 02 de dezembro de 2004.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

CAMPOS, G. W. de S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do mundo de produzir saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 20, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003a.

CAMPOS, G. W. de S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003b.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. IN: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. IN: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. IN: CAMPOS, R.C. et al. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modelos de atenção. IN: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003.

NASCIMENTO, M. A. A. do. **Humanização e trabalho: razão e sentido da Enfermagem.** Feira de Santana, BA: UEFS, 2002. Mimeografado.

NASCIMENTO, M. A. A. do. O ensino da saúde coletiva na formação dos profissionais de Enfermagem. **ABEn – Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**, Brasília,DF, v.45, n. 4, p. 14-15, out./dez. 2003.

NASCIMENTO, M. A. A. do. Enfermagem e o cuidar – construindo uma prática de relações. **ABEn – Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v.46, n.2, p.14-15, abr./jun. 2004.