

A clínica nos documentos para a Atenção Básica no Brasil

The clinic in documents for primary health care in Brazil

Rubens Bedrikow¹, Gastão Wagner de Sousa Campos²

1. Residência em Clínica Médica. Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva (FCM/Unicamp).

2. Professor titular de Saúde Coletiva da FCM/Unicamp.

CONTATO: Rubens Bedrikow | FCM/Unicamp | Rua Edevaldo Luiz de Barros, 36 | Campinas | São Paulo | Brasil | CEP 13087-832 | E-mail: rubedrikow@yahoo.com.br

Resumo Esta pesquisa analisou documentos oficiais dirigidos à Atenção Básica no Brasil do ponto de vista do tipo de clínica presente: tradicional e/ou ampliada. Na maior parte dos documentos, a clínica da doença constitui a principal teoria presente. A clínica ampliada está presente de forma heterogênea: ausente em alguns documentos, apenas mencionada como estratégia para mudança de modelo em outros e mais amplamente explorada em outros. Ficou-se com a impressão que os documentos oficiais do Ministério da Saúde são elaborados por grupos independentes, de forma fragmentada. Há um reconhecimento da necessidade de incluir o sujeito singular na clínica do profissional da atenção primária, mas os grupos que formularam os documentos não foram capazes, na sua maioria, de propor mudanças concretas na prática médica.

PALAVRAS-CHAVE: Clínica. Atenção Básica. Ministério da Saúde.

Abstract This research analyzed official documents for primary health care in Brazil from the perspective of the type of clinic present: the traditional one and/or the extended one. For most documents, the main theory present is that of the traditional clinic. The extended clinic is heterogeneously present: absent in some documents, just mentioned as a strategy to change the health care model in others, and largely explored in others. The impression is that independent

groups prepare the official documents of the Ministry of Health in a fragmentary way. There is an understanding of the need to include the unique subject in the primary care clinical activities, but most groups in charge of those documents failed to propose real changes in medical practice.

KEYWORDS: Clinic. Primary health care. Ministry of health.

Introdução

Este estudo analisou o tipo de clínica presente nos documentos oficiais que organizam a atenção primária no Brasil.

O objetivo não foi conhecer o tipo de clínica que efetivamente se exerce, mas, sim, o método clínico pensado, formulado e inserido em documentos destinados a orientar a prática médica.

A clínica contemporânea é fruto de um processo histórico que combinou diferentes possibilidades epistemológicas com transformações sociais¹. Resulta de disputas ou coexistência de diferentes teorias explicativas do processo saúde-doença/adoecimento, porém com predomínio do método clínico empírico-classificatório e raciocínio patofisiológico voltado à doença¹. A intromissão de teorias contra-hegemônicas que admitem incerteza, imprevisibilidade e singularidade dos diferentes sujeitos enfermos permite a distinção de duas principais modalidades de clínica – da doença e do sujeito – adotadas pelos pesquisadores na análise dos documentos.

Os pesquisadores limitaram a abrangência do estudo à atenção primária por entenderem que um possível movimento em direção à ampliação da clínica, atenta à singularidade dos sujeitos, teria lugar primeiramente e de forma mais espontânea nesse nível, mais próximo do cotidiano das pessoas e caracterizado pela longitudinalidade dos encontros entre profissionais de saúde e enfermos.

A clínica tradicional

A clínica tradicional assenta-se na abstração e raciocínio lógico oriundos da cultura helênica, assim como no método empírico imanente à Revolução Científica que eclodiu *pari passu* com o Renascimento europeu¹. Na Idade Moderna, a incorporação do método científico à arte de curar e prevenir doenças deu o tom do que seria a prática médica hegemônica nos séculos seguintes. Tem suas raízes no desenvolvimento da ciência moderna e sua racionalidade baseada na observação e classificação da natureza¹. Para Foucault², a busca de doenças presentes no corpo, a partir da observação empírica, é a principal característica desse tipo de clínica. O método tradicional de clinicar, embasado na anamnese, exame físico e exames complementares dirigidos a sintomas, sinais e alterações de órgãos, vale-se dessa concepção que atribui à experiência sensível o poder de descobrir doenças no corpo. Consiste em traduzir sintomas e sinais em diagnósticos mediante a *realização e interpretação de um exame clínico racional*³. Destina-se a obter dados que permitam encontrar um nome, o da doença.

O método clínico tradicional reduz os doentes às suas doenças. O sujeito é neutralizado, colocado de lado, sendo suas qualidades singulares sistematicamente desprezadas para que não atrapalhem a concretude da doença na sua forma pura, ideal. Em outras palavras, a objetividade da

biomedicina despreza as sensações e a linguagem subjetiva dos pacientes^{4,5}. Para Campos⁶, esse método consiste numa *antidialética positivista da medicina que fica com a doença, descartando-se de qualquer responsabilidade pela história dos sujeitos concretos*.

A clínica ampliada

A fragilidade da clínica tradicional diante de demandas que não se encaixam em diagnósticos possíveis pelo método empírico-classificatório e as limitações impostas pelo modo tradicional de conceber a clínica, com um *enfoque desequilibrado para o lado biológico, esquecendo-se das dimensões subjetiva e social das pessoas*, levaram Campos⁶ a ampliar e revisar a clínica, incluindo o sujeito singular e o contexto, sem, contudo, ignorar a doença.

A clínica ampliada cuida do imprevisível e do singular próprio a cada sujeito ou coletividade. Para isso, não fica apenas com o que o corpo pode mostrar, com aquilo que se revela ao olhar empírico. Aborda temas outros além da doença e convida o paciente a participar das decisões sobre o próprio cuidado, sem evitar os desafios emocionais, sociais, culturais e econômicos, na lógica da co-construção do cuidado. Utiliza-se da história de vida dos sujeitos, da clínica de diferentes categorias profissionais, do trabalho em equipe mediante reuniões e apoio matricial, da elaboração de projetos terapêuticos singulares (PTS), entre outros dispositivos. Tudo isso com o objetivo de possibilitar ao sujeito continuar *andando* na vida, fazer suas escolhas, gerenciar sua vida, mesmo que acometido por uma doença, à qual não pode ser simplesmente reduzido.

Método

Trata-se de pesquisa documental mediante métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos originais que ainda não receberam tratamento analítico/científico⁷.

A análise dos documentos partiu da busca de elementos da clínica tradicional e da clínica ampliada. No que diz respeito à primeira,

considerou-se a doença como único ou principal objeto de atenção, concentração de saber e poder no médico e no hospital, uso de protocolos e diretrizes embasados em evidências clínicas para subsidiar o método clínico empírico-classificatório e raciocínio patofisiológico. Em relação à clínica ampliada, esperou-se encontrar o sujeito como objeto de atenção, valorização da singularidade de cada indivíduo, história de vida como forma de abordagem do paciente, interesse por temas outros que a doença, protagonismo, possibilidade de escolha e pactuação, clínica de outros profissionais que não o médico, construção de PTS e apoio matricial, entre outros dispositivos.

Deu-se preferência a documentos destinados aos profissionais e gestores que atuam na atenção primária e que indicassem o modo de fazer clínica: *Política Nacional de Atenção Básica, Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias, alguns Cadernos de Atenção Básica e a Cartilha da Política Nacional de Humanização referente à Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*.

A decisão de analisar os Cadernos de Atenção Básica (CAB) referentes à hipertensão arterial e diabetes mellitus levou em conta a prevalência crescente das doenças crônicas, detectada, principalmente, por meio de inquéritos populacionais⁸, seu impacto na demanda de serviços de saúde⁹, na mortalidade e incapacidades¹⁰. Tais doenças, que vêm para ficar¹¹, exigem uma abordagem ampliada em relação à clínica tradicional.

Optou-se por analisar o CAB sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa em razão do rápido envelhecimento populacional em curso em nosso país, o que exige mudanças no exercício da clínica. Sendo a incapacidade funcional significativa em idosos¹⁰, comprometendo sua mobilidade, ganha relevância ainda maior o cuidado oferecido pela equipe de Atenção Básica.

O CAB que trata do controle dos cânceres de colo do útero e da mama foi selecionado em razão dos dois tipos de câncer figurarem entre as cinco mais importantes neoplasias do ponto de

vista populacional no Brasil⁸. Os pesquisadores consideram que as doenças dessa natureza – as neoplasias malignas – precisam ser abordadas mediante uma clínica ampliada, atenta ao sujeito, sem, contudo, desconsiderar a doença.

Resultados

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA^{12,13}

Este documento conserva as atribuições tradicionais dos profissionais de saúde – notadamente consultas dirigidas a doenças e procedimentos. Não há indicação para o exercício de uma clínica atenta ao sujeito e sua singularidade, o que favorece aquilo que já é mais hegemônico ou corriqueiro, a saber a clínica da doença. Também não abre espaço para o exercício da clínica por parte dos auxiliares e técnicos de enfermagem ou dos agentes comunitários de saúde.

No capítulo *Dos princípios e diretrizes gerais da atenção básica*, percebe-se a cautela de não associar este nível de atenção à saúde a uma prática centrada na doença, no médico e em procedimentos.

Ao caracterizar a Atenção Básica como *um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades*, chama a atenção a ausência da palavra doença, o que pode significar a intenção de não reduzir o objeto de atenção da medicina à doença.

O documento também preconiza o *deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário* e a ampliação do interesse ao *sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural*. A singularidade das pessoas, que dialoga com as políticas gerais, é igualmente considerada quando se aborda a educação permanente.

A abordagem através da história de vida das pessoas é apontada como forma de diminuir os riscos de iatrogenia.

Há menção à *clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais*. Espera-se a elaboração, acompanhamento e gestão de *projetos terapêuticos singulares*.

A indicação para que a clínica seja ampliada e o sujeito valorizado no que tem de singular, restringe-se aos princípios e diretrizes gerais da atenção básica, não sendo conservada nos capítulos que tratam das atribuições dos profissionais, o que, provavelmente, serve de desestímulo à prática da clínica ampliada e encorajamento à manutenção da clínica da tradicional.

CAB Nº 15: HIPERTENSÃO ARTERIAL¹⁴

Predomina neste documento a clínica da doença, fortemente associada à medicina baseada em evidências.

Os capítulos tratam da epidemiologia, medida da pressão arterial, critérios diagnósticos e classificação, avaliação clínica, hipertensão secundária, estratificação do risco cardiovascular, processo de decisão terapêutica, tratamento, hipertensão em populações especiais, emergência e urgência hipertensiva, das atribuições e competências da equipe de saúde e dos critérios de encaminhamento.

Na *Apresentação*, consta que este documento *baseia-se nas evidências científicas atuais*.

O capítulo 1 versa sobre as complicações da hipertensão arterial, confirmando ser a doença o principal objeto de interesse do trabalho médico.

A *Avaliação clínica inicial* consiste na investigação clínico-laboratorial destinada a *confirmar a elevação da pressão arterial e firmar o diagnóstico, avaliar a presença de lesões em órgãos-alvo, identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares e risco cardiovascular global, diagnosticar doenças associadas à*

hipertensão e diagnosticar, quando houver, a causa da hipertensão arterial. Portanto, restringe-se a doenças e desconsidera as demais dimensões do sujeito enfermo.

Os dados apontados como relevantes na história clínica dizem respeito às doenças, aos fatores de risco e aos aspectos psicossociais, nos moldes de uma clínica tradicional, sem que se atente para elementos que possam ampliá-la.

A decisão terapêutica parte da classificação do risco cardiovascular global e da presença de lesão em órgãos-alvo. O processo de decisão terapêutica baseia-se em informações puramente biomédicas e centradas nos profissionais de saúde.

A despeito de buscar *formas saudáveis e prazerosas de preparo dos alimentos* e de respeitar as *preferências pessoais* na elaboração do plano alimentar, as recomendações têm caráter normativo e visam essencialmente mudanças biológicas.

As atribuições do médico reforçam a prática centrada na doença: consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de lesões em órgãos-alvo e comorbidades; solicitação de exames; decisão terapêutica; educação permanente e encaminhamento às unidades secundárias e terciárias.

Estão ausentes elementos da clínica ampliada.

Neste CAB sobre hipertensão arterial sobressai a prática centrada na doença, no médico, em protocolos e diretrizes, repleta de elementos da clínica tradicional, e da medicina baseada em evidências.

CAB Nº 16: DIABETES MELLITUS¹⁵

Este documento apoia-se em evidências científicas a fim de *informar a comunidade sobre como prevenir a doença, identificar grupos de risco, fazer o diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica inclusive a medicamentosa, manter o cuidado continuado, educar e preparar portadores e famílias a terem autonomia no auto-cuidado,*

monitorar o controle, prevenir complicações e gerenciar o cuidado nos diferentes níveis de complexidade. Fica evidente o foco na doença e o sentido do saber que vai da equipe de saúde para o paciente.

O *Sumário* mostra a organização segundo um padrão tradicional – a maioria dos capítulos têm por objeto a doença.

Não constou como atribuição das diferentes categorias profissionais preocupar-se com o doente como pessoa singular, com as histórias de vida, desejos, afetos, cultura.

A *inserção de outros profissionais, especialmente nutricionistas, professores de educação física, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos, e até portadores do diabetes* não se acompanha necessariamente de mudança no modo de clinicar, garantindo somente a multidisciplinaridade.

No capítulo *Cuidado Integral ao Paciente com Diabetes e sua Família*, aparece a indicação de *criar oportunidades para que o paciente expresse suas dúvidas e preocupações; respeitar o papel central que o paciente tem no seu próprio cuidado, reconhecendo os aspectos familiares, econômicos, sociais e culturais que podem prejudicar ou facilitar o cuidado.* Espera-se também que a equipe avalie *periodicamente o estado psicológico dos pacientes e sua sensação de bem-estar, levando em consideração a carga de portar uma doença crônica, respeitando as crenças e atitudes dos pacientes.* Ao construir o plano de tratamento, recomenda-se levar em conta os desejos do paciente, assim como os aspectos culturais e psicossociais.

Constata-se a supremacia da clínica da doença, não obstante a evidente preocupação com os aspectos culturais e psíquicos do sujeito enfermo.

CAB Nº 19: ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA¹⁶

As doenças, notadamente as crônicas não transmissíveis, aparecem como principal objeto

de atenção do trabalho médico. Preconiza-se a investigação de doenças cardiovasculares, diabetes, déficits auditivo, visual e cognitivo, afecções osteoarticulares, perda de peso, quedas, fadiga, transtornos do sono, alterações miccionais ou intestinais, incontinência, problemas sexuais, dor e iatrogenias relacionadas à polifarmácia. Não se indica mudança de método clínico nem quando aponta-se para as repercussões emocionais e sociais.

No que diz respeito às atribuições do médico, o documento limita-se a preconizar a atenção integral às pessoas idosas, consultas, prescrição de medicamentos, solicitação de exames complementares, assistência domiciliar, encaminhamentos a serviços de referências, orientação sobre uso correto de medicamentos e educação permanente.

Os primeiros dez capítulos abordam as políticas públicas para o idoso no SUS, humanização, promoção de hábitos saudáveis, avaliação global do idoso, suporte familiar e social, avaliação multidimensional, fragilidade, maus tratos, envelhecimento e medicamentos.

Os oito capítulos seguintes tratam de doenças e agravos comuns na população idosa: osteoporose, quedas, hipertensão, diabetes, incontinência urinária, depressão, demência e AIDS. Para todas essas doenças e agravos, indica-se a clínica tradicional, voltada à doença.

A atenção domiciliar obedece à clínica tradicional, enfatizando a *promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação*.

Na *Apresentação*, recomenda-se a intervenção nas dimensões cultural e social através de ações coletivas na comunidade, atividades de grupo e participação das redes sociais dos usuários.

O conceito de senescência facilita o olhar para outras dimensões além da doença. O profissional da saúde deve contribuir para que o idoso redescubra possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Deve considerar o contexto

familiar e social, assim como as potencialidades e o valor das pessoas idosas.

O profissional de saúde deve *lidar com as questões do processo de envelhecimento, particularmente no que concerne à dimensão subjetiva e conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das pessoas idosas, de suas famílias e da comunidade*.

Não consta das atribuições dos profissionais, pelo menos não explicitamente, a preocupação com a co-construção do cuidado, a abordagem através da história de vida, o olhar para outros temas além da doença, a elaboração de PTS, entre outras características da clínica ampliada.

Um dispositivo caro à clínica ampliada, o PTS, surge como ferramenta apenas para o cuidado do paciente com depressão, seguindo a tradição do seu emprego na Saúde Mental.

A *Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa* preconiza a *escuta qualificada[...] e a investigação de todos os aspectos (familiares, sociais, culturais, econômicos, afetivos, biológicos, etc.) que envolvem a vida da pessoa*. Entretanto, tal avaliação segue um roteiro que prende a relação profissional de saúde-paciente aos agravos, doenças, funcionalidade e suporte familiar e social.

É no capítulo 20, *Gerenciamento do cuidado da pessoa*, que aparece claramente a opção pela clínica ampliada: *O controle das condições crônicas nos idosos pode, hoje, ser mais eficiente em virtude dos avanços científicos, mas é a clínica ampliada que permitirá o seguimento regular da terapêutica*. Estão presentes: reuniões de equipe regulares, PTS, *propostas terapêuticas pactuadas*, evitar que a doença ou o risco tornem-se dominantes na vida do idoso, *construção de possibilidades de prazer e felicidade, que os idosos possam ser ativos, participantes e coprodutores das soluções para os seus problemas, respeitar os desejos da pessoa idosa e de sua família, serviços prestados devem ser flexíveis e adaptáveis às mudanças observadas entre as pessoas idosas e suas famílias*.

Estão presentes elementos tanto da clínica da doença como da clínica ampliada. Ao tratar das principais doenças que acometem a pessoa idosa, o comprometimento da sua funcionalidade e a sua fragilidade, assim como ao listar as atribuições dos profissionais de saúde, segue, essencialmente, o método clínico tradicional, ainda que se encontre indicações para o olhar na direção de questões outras que a doença. Ao tratar do *Gerenciamento do cuidado da pessoa* - o documento enfatiza a importância da ampliação da clínica, destacando as reuniões de equipe, a elaboração de PTS, a pactuação e co-construção de soluções e de propostas terapêuticas e o respeito aos desejos dos pacientes.

Há uma preocupação em abordar a pessoa idosa empregando-se os dois métodos clínicos, porém estes encontram-se separados, um depois do outro, como se os elementos da clínica ampliada tivessem que buscar espaço diante de uma clínica tradicional imutável, anterior e mais essencial.

CAB Nº 13: CONTROLE DOS CÂNCERES DO COLO DO ÚTERO E DA MAMA¹⁷

O controle dos cânceres de colo do útero e da mama prevê ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos baseadas em evidências disponíveis na literatura científica, na lógica da clínica tradicional e da medicina baseada em evidências. Constam, portanto, apenas os objetivos tradicionais da medicina.

Exceção feita à escuta qualificada e ao interesse pelos *hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos*, todas as demais atribuições comuns a todos os profissionais da equipe destinam-se ao cuidado da doença, atividades multidisciplinares, intersetoriais e até de vigilância da doença. A escuta qualificada é direcionada às *necessidades das mulheres*, sem que se aponte claramente para questões subjetivas.

Nos capítulos seguintes, atenta-se à anatomopatologia, epidemiologia, manifestações

clínicas, fatores de risco, prevenção e detecção precoce, diagnóstico, rastreamento e tratamento das doenças propriamente ditas.

No capítulo *Humanização e acolhimento à mulher*, são mencionados valores norteadores da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: reconhecimento dos direitos dos usuários, sua subjetividade e referências culturais, autonomia, protagonismo, corresponsabilidade, vínculos solidários e participação coletiva.

O capítulo *Linha de cuidado para o controle dos cânceres do colo do útero e da mama* preconiza que as *pessoas devem ser vistas como sujeitos na singularidade de sua história de vida, nas condições socioculturais, nos anseios e nas expectativas*, considerando as dimensões física, espiritual e psicossocial do sofrimento. A despeito disso, não há nenhuma proposta consistente no sentido de abordar mais intensamente a experiência com essas doenças. Somente no capítulo dedicado aos cuidados paliativos é que encontramos algumas recomendações nesse sentido.

Fica a impressão que tanto o câncer de mama como o de colo do útero são, primeiramente, abordados como entidades próprias, separadas do doente, na lógica do diagnóstico a partir da anatomopatologia, sintomas e sinais e exames complementares e do tratamento dirigido a esses tumores. Sobre esse pano de fundo, o documento aponta para a importância de se considerar a singularidade dos sujeitos, porém sem indicar clara ou incisivamente como e quando proceder para que realmente o profissional de saúde ocupe-se da pessoa doente de forma ampliada.

CAB Nº 27: DIRETRIZES DO NASF: NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA¹⁸

Na *Apresentação*, constam o apoio matricial, o PTS e a recomendação de se exercer uma clínica ampliada.

Elementos próprios da clínica ampliada apontados neste caderno são a *gestão compartilhada*

do cuidado, corresponsabilização, coprodução de saúde e de autonomia, formulação de projetos terapêuticos e conhecer a situação afetiva, as consequências e o significado do adoecimento.

Há uma crítica *ao modo tradicional dos sistemas de saúde* que fragmentam as ações médicas e reduzem o usuário a *mero sistema biológico*, e a indicação do objeto de trabalho do profissional de saúde deve ser a pessoa ou grupos de pessoas.

A transformação dos meios ou instrumentos de trabalho implica em *arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes, técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada, capacidade de escuta (do outro e de si mesmo), de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com a família, a comunidade, entre outras pessoas e grupos sociais.*

Outra ferramenta tecnológica é o cuidado com a subjetividade dos profissionais de saúde.

Dentre as leituras recomendadas encontram-se algumas referentes à clínica ampliada.

No capítulo *SAÚDE MENTAL NO NASF*, constam conceitos comuns à Saúde Mental e à clínica ampliada: *reapropriação de sua história de vida, produção de saúde é também produção de sujeitos, construção de um processo de valorização da subjetividade.*

Este documento parece ter alcançado um equilíbrio entre os saberes biomédicos nucleares das diferentes categorias profissionais nas diferentes áreas temáticas apresentadas e os elementos de uma clínica ampliada, claramente evidenciado pelas frequentes referências à inclusão do sujeito, à valorização da singularidade, à corresponsabilização, à coprodução de saúde e autonomia, à valorização da história de vida e elaboração de PTS.

DIRETRIZES PARA O CUIDADO DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E NAS LINHAS DE CUIDADO PRIORITÁRIAS¹⁹

Um dos elementos da biomedicina, associado ao positivismo da medicina baseada em evidências, é o emprego de diretrizes clínicas, isto é, *recomendações específicas para cada nível de atenção, elaboradas com o objetivo de orientar o cuidado[...] incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia[...] definem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado[...] e o acompanhamento e a verificação dos resultados.* Percebe-se o foco na doença e a dependência das melhores evidências.

A *ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO* critica a redução de sujeitos às suas doenças e recomenda a prática centrada na pessoa e na família, explorando o protagonismo destas: *Tudo o que não se quer com as redes de atenção e com a implantação das linhas de cuidado é reduzir os sujeitos às suas doenças para daí projetar o comportamento destas em uma série de sujeitos[...] A atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença, transforma a relação entre os usuários e os profissionais de saúde, porque aqueles deixam de ser pacientes e se tornam os principais produtores sociais de sua saúde.*

Sugere-se a elaboração de PTS, destacando-se a singularidade do sujeito, a coprodução e a cogestão do cuidado.

O documento autoriza todos os profissionais da equipe a realizarem o acolhimento *ao escutarem a queixa, os medos e as expectativas.*

Há incentivo à *Atenção Multiprofissional* que exigiria arranjos específicos tais como reuniões de equipe, discussão de caso e atendimentos compartilhados, usados também no *Apoio Matricial.*

Este documento baseia-se na compreensão ampliada do processo saúde-doença, mas não descuida das melhores evidências clínicas e da importância do diagnóstico de doenças (medicina baseada em evidências e clínica tradicional). Indica-

se a atenção centrada na pessoa e na família com o intuito de não reduzir os sujeitos às suas doenças, porém a valorização da singularidade do sujeito aparece de forma explícita somente quando aborda a elaboração de PTS.

CLÍNICA AMPLIADA, EQUIPE DE REFERÊNCIA E PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR - CARTILHA DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO²⁰

O documento não traz elementos da clínica da doença.

Enfatiza a singularidade de cada sujeito: *é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular.*

Da clínica ampliada, detectou-se: compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular; responsabilidade sobre os usuários; intersetorialidade; reconhecer os limites dos conhecimentos e tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; compromisso ético; busca de autonomia para os usuários; produção de vida e participação da pessoa doente.

A singularização é enfatizada ao se propor *especificar ofertas para cada sujeito e procurar o jeito certo e a proposta certa para cada pessoa ou grupo, de acordo com suas preferências e história.*

Na APRESENTAÇÃO, consta que *não só médicos fazem a clínica mas todos os profissionais de saúde fazem cada um a sua clínica.* Dois dispositivos seriam capazes de efetivar o trabalho em equipe: a equipe local de referência e o apoio matricial.

Apesar de não haver menção específica à realização rotineira de reuniões de equipe, a cartilha sugere *a construção de linhas de diálogo em todas as direções.* A reunião de equipe é lembrada na construção de PTS porque *todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações.* A reunião de equipe deve ser um espaço

de diálogo *em que todos tenham direito à voz e à opinião e deve poder valorizar a obra criativa e singular de cada um.*

Há um subcapítulo dedicado à *anamnese para a Clínica Ampliada e o PTS.* Além das perguntas da anamnese tradicional, é preciso dar *espaço para as ideias e as palavras do usuário*, permitindo-lhe trazer sua história de vida. Esta anamnese permite reconhecer as singularidades do sujeito, estimula o seu protagonismo no projeto de sua cura e ajuda a *descobrir o sentido da doença para o usuário.*

Esta cartilha ressalta a importância de considerar os sentimentos e outros eventos da vida que não a doença.

Este documento expõe de forma clara e didática como ampliar a clínica no cotidiano, trazendo vários conceitos e dispositivos da clínica ampliada.

Discussão

A análise dos documentos oficiais revelou que, exceção feita à Cartilha da PNH dedicada à Clínica Ampliada, Equipe de Referência e PTS, todos os demais documentos contêm elementos da clínica da doença. Na maior parte deles, esse tipo de clínica constitui a principal teoria do documento, seu postulado maior. Esse achado condiz com a hipótese inicial deste estudo que previa o predomínio da biomedicina e justifica os adjetivos tradicional e oficial apostos ao método⁶. Do ponto de vista dos pesquisadores, o fato desse tipo de clínica perpetuar-se como a forma hegemônica do exercício da medicina explica-se pela continuidade da soberania do paradigma positivista, competente na solução de uma série de problemas de uma sociedade moderna ocidental que acredita no saber científico como caminho para o progresso. Esse achado é coerente com a trajetória político-econômica da sociedade brasileira durante o processo de industrialização e urbanização do país, caracterizado pela americanização da sociedade, trazendo para a medicina uma perspectiva mercantilista vinculada

ao modelo hospitalocêntrico/técnico-industrial ainda vigente. Outra constatação interessante diz respeito à introdução da medicina baseada em evidências (MBE) nos documentos oficiais. Em vários deles, evidências científicas internacionais são mencionadas como garantia de qualidade e confiabilidade deles.

Não obstante a hegemonia da clínica da doença, uma série de fatos demonstra a “intrusão” do sujeito como objeto de atenção da medicina. A incorporação da clínica do sujeito deu-se de modo heterogêneo: amplamente presente na Cartilha da PNH e praticamente ausente no CAB n° 15 - Hipertensão arterial, indicando distanciamento ou independência entre os grupos que produzem os documentos técnicos dentro do Ministério da Saúde, refletindo olhares e interesses diversos.

Em vários documentos, há referência à clínica do sujeito, no geral para apontar um desejo, uma intenção de não centrar a prática apenas na doença, no médico e em procedimentos. Assim observou-se na “Política Nacional de Atenção Básica”, nos Cadernos de Atenção Básica e no “Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias”. Contudo, em quase todos, a mudança de método clínico não passou de uma intencionalidade inicial, não sendo conservada nos capítulos que tratam mais especificamente do exercício da clínica, nas partes mais operativas dos documentos. Tem-se a impressão de um reconhecimento da relevância e necessidade de incluir o sujeito e sua singularidade, mas, por outro lado, não se desarranja a clínica dominante, que consegue preservar sua forma tradicional de fazer. Os documentos dizem que o sujeito deve ser considerado, mas também dizem que o método clínico tradicional continua.

Em alguns documentos, como no CAB dedicado ao envelhecimento e saúde da pessoa idosa, inseriu-se a clínica do sujeito como algo a mais além da clínica tradicional. Exercem a clínica tradicional e, depois ou paralelamente, tentem incluir o sujeito.

A análise do conteúdo dos documentos selecionados permite concluir que o método clínico tradicional prevalece, é aquele que continua sendo proposto prioritariamente para o cuidado das pessoas na Atenção Básica. Por outro lado, a inclusão do sujeito como objeto de atenção, percebida por intermédio das referências à clínica ampliada, mesmo que aparentemente de forma complementar, tem significados a serem melhor avaliados. Pode significar uma insatisfação com os resultados obtidos apenas com o olhar para a doença, conforme alertou Shorter²¹, ao afirmar que, a par e passo com o desenvolvimento da farmacologia e tecnologia médica, o médico cada vez menos interessou-se pelo que o paciente tinha a dizer, reduzindo sua escuta ao mínimo necessário para se chegar à doença enquanto que os pacientes-sujeitos mostraram-se insatisfeitos por terem sido colocados de lado.

O desafio imposto aos formuladores é de como combinar a clínica da doença e a do sujeito nos documentos oficiais. Entre estes, o que melhor equilibrou esses dois tipos de clínica foi o CAB dedicado ao NASF. Os demais conservam a clínica tradicional, ainda que alguns apontem para a necessidade de ampliação da clínica. Portanto, não há como esperar ou exigir que os profissionais mudem sua prática se os documentos oficiais a eles direcionados não foram concebidos nesse sentido.

Conclusões

As principais conclusões a que se chegou, após a análise dos documentos oficiais selecionados e que organizam a atenção primária no Brasil, são:

1. A clínica da doença preponderou. Sua presença foi marcante, sobretudo nas partes que versavam sobre o que se esperava concretamente dos profissionais de saúde, isto é, suas atribuições.
2. A clínica do sujeito apareceu como complementar à clínica da doença, permanecendo, em alguns documentos,

apenas no plano das intenções de mudança de modelo, sem indicação de como exercê-la. Da forma como está disposta nesses documentos, parece não ter força suficiente para destronar a clínica da doença.

3. Alguns documentos apontaram para a necessidade de incluir o sujeito singular na clínica do profissional da atenção primária, mas não foram capazes, na sua maioria, de propor mudanças concretas na prática médica.

5. Percebe-se certa independência ou falta de integração entre os grupos que produzem os diferentes documentos técnicos dentro do Ministério da Saúde.

Referências bibliográficas

1. Bedrikow R. A clínica e as políticas públicas de saúde para a atenção básica no Brasil [Tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2013.
2. Foucault M. O nascimento da clínica. Tradução de Roberto Machado. 7a edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.
3. Goldman L, Ausiello D. Abordagem à medicina, ao paciente e à profissão médica: medicina como uma profissão humana e aprendida. In: Goldman L, Ausiello D. Cecil: Tratado de medicina interna. 22a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
4. Campos GWS. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora Hucitec - Editora Fiocruz, 2006.
5. Canesqui AM. A hipertensão do ponto de vista dos adoecidos. In: Canesqui AM. (Organizadora). Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2007.
6. Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos GWS. Saúde Paidéia. Hucitec, 2003.
7. Sá-Silva JR, Almeida CD e Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Rev Bras de Hist & Ciênc Soc 2009; 1(1): 1-15.
8. Ribeiro MCSA e Barata RB. Condições de saúde da população brasileira. In: Giovanella L. (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. rev. e amp. / organizado por Lúgia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.
9. Barros MBA. Introdução. In: Barros MBA et al. (organizadores). As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas, SP. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.
10. Zaitune MPA. Incapacidade funcional. In: Guariento ME e Neri AL. (organizadoras). Assistência ambulatorial ao idoso. Campinas, SP: Editora Alínea, 2010.
11. Alves R. O médico. Campinas, SP: Papyrus, 2002.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - 2. ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.
20. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
21. Shorter, E. Primary Care. In: Porter R. The Cambridge Illustrated History of Medicine. New York: Cambridge University Press; 1996.

DATA DE SUBMISSÃO: 31/08/2017

DATA DE ACEITE: 02/10/2017