

# CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA



## Clínica Ampliada no Contexto da Atenção Primária em Saúde 2019

### AUTORES:

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento • Gustavo Tenório Cunha • Jacinta de Fátima P. Machado • Leika Aparecida Ishiyama  
Maria Amélia de Campos Oliveira • Mara Lisiane de Moraes dos Santos • Vera Lúcia kodjaoglanian

### REVISÃO E ATUALIZAÇÃO:

Erika Kaneta Ferri

### REVISÃO TÉCNICA:

Débora Dupas G. do Nascimento • Leika Aparecida I. Geniole • Sílvia Helena M. de Moraes



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
Fundação Oswaldo Cruz  
Fiocruz Mato Grosso do Sul



## **GOVERNO FEDERAL**

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE  
Luiz Henrique Mandetta

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO  
TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
Mayra Pinheiro

UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
UNA-SUS  
Maria Fabiana Damásio Passos

COORDENADORES DA UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNA-SUS  
Alysson Feliciano Lemos  
Roberto Francisco Vianna

## **FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

PRESIDENTE DA FIOCRUZ  
Nísia Trindade Lima

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO  
INSTITUCIONAL  
Mario Santos Moreira

VICE-PRESIDÊNCIA DE EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO  
E COMUNICAÇÃO  
Cristiani Vieira Machado

FIOCRUZ MATO GROSSO DO SUL  
Jislaine de Fátima Guilhermino

## **COLEGIADO GESTOR**

DÉBORA DUPAS GONÇALVES DO NASCIMENTO  
debora.dupas@fiocruz.br

GISELA MARIA A. DE OLIVEIRA  
giselamaria2007@hotmail.com

JANAINA ROLAM LOUREIRO  
janaina.loureiro@fiocruz.br

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE  
leikageniole@gmail.com

SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES  
silvia.moraes@fiocruz.br

## **EQUIPE TÉCNICA**

CRISTINA SÔNIA DE OLIVEIRA  
cursosfiocruzms@gmail.com

LEIDA MENDES CARDOSO  
seca.fiocruzms@gmail.com

SERGIO ASSIS GODOY DE MESQUITA  
sgodoymesquita@gmail.com

## **CRIAÇÃO, DIAGRAMAÇÃO E INFOGRÁFICOS**

MARCOS PAULO DE SOUZA  
mpsouza@gmail.com

## **SOBRE OS AUTORES**

### **DÉBORA DUPAS GONÇALVES DO NASCIMENTO**

Fisioterapeuta, Mestre em Enfermagem e Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da USP. Coordenadora de Educação da Fiocruz Mato Grosso do Sul.

### **GUSTAVO TENÓRIO CUNHA**

Graduação em Medicina (1996), Mestrado (2004) e Doutorado (2009) em Saúde Coletiva, ambos pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Atualmente é pesquisador contratado pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/UNICAMP, desenvolvendo atividades relacionadas à pesquisa, docência e extensão. Possui experiência na área de Saúde Coletiva e apoio à gestão, com ênfase em Atenção Básica, atuando principalmente nos seguintes temas: Clínica Ampliada, Grupos Balint-Paidéia, Estratégia Saúde da Família; Gestão da Clínica; Humanização do SUS.

### **JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO**

Cirurgiã Dentista, especialista em Odontopediatria, Ortopedia Funcional dos Maxilares e Ortodontia. Especialização Técnica em Formação Docente para Profissionais da Saúde. Aperfeiçoamentos: Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde; Apoiadores da Política de Humanização do SUS; Formação em Tutoria de Ensino a Distância. Situação de trabalho atual : Apoiadora Institucional/Gerência Técnica de Educação Permanente na Atenção Básica na Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. Apoiadora Intersetorial da Política de Educação Permanente: Representante da Comissão Intergestores Regional-macrorregião de Campo Grande na CIES. Orientadora de Aprendizagem no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família-FIOCRUZ-Unidade Mato Grosso do Sul; Tutora EAD no curso de Formação de Tutores para o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

## LEIKA APARECIDA ISHIYAMA

Médica, pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), especialista em Saúde da Família, pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SBMFC). Coordenação Pedagógica do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. FIOCRUZ Unidade Mato Grosso do Sul/UFMS. Especialista em Medicina do Trabalho, pela Universidade de São Paulo.

## MARIA AMÉLIA DE CAMPOS OLIVEIRA

Enfermeira, com habilitação em Enfermagem Obstétrica, Mestrado em Administração de Serviços de Saúde e Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP). Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP.

## MARA LISIANE DE MORAIS DOS SANTOS

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Estadual de Londrina, Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde pelo Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Mestre em Saúde Coletiva pela UFMS. Doutora em Ciências da Saúde pela UnB. Professora Adjunta do Curso de Fisioterapia da UFMS. Orientadora de Aprendizagem do Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família/Mato Grosso do Sul da UNASUS/UFMS/FIOCRUZ Cerrado Pantanal.

## VERA LÚCIA KODJAOGLANIAN

Possui graduação em Psicologia - Fac Unidas Católicas de Mato Grosso (1983), Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul- UFMS (1997). Especialista em Ativação de Processos de Mudanças na Graduação em Saúde. É sanitarista aposentada da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (MS). Foi Secretária de Estado de Saúde de MS de 1993 a 1994 e Adjunta de 1991 a 1992. Trabalhou na FIOCRUZ Mato Grosso do Sul, de junho de 2008 a janeiro de 2018. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Relações Interpessoais, atuando principalmente nos seguintes temas: Saúde da Família, Atenção Básica, Avaliação Educacional, Currículo Integrado e Formação em Saúde, Métodos Ativos de Aprendizagem, em especial o *Problem Based Learning/PBL*. Na Fiocruz, atuou junto a Universidade Aberta do SUS, a UNA-SUS, na coordenação da formação dos trabalhadores do SUS na modalidade à distância. Integrou o Corpo Docente Permanente dos Programas de Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFMS e do PROFSAÚDE, Mestrado Profissional em Saúde da Família em Rede Nacional da Fiocruz até janeiro de 2018. Coordenou o PROFSAUDE em MS de maio de 2017 a janeiro de 2018. Integrou o Grupo de Pesquisa do Observatório Microvetorial de Políticas Públicas de Saúde, até janeiro de 2018.

# SUMÁRIO

## Clínica Ampliada no Contexto da Atenção Primária em Saúde

Apresentação .....	08
Seção 1 - O Conceito Ampliado de Saúde e a transição nas Tecnologias de Ensino-Serviço no SUS: Por que precisamos da Clínica Ampliada?.....	09
Seção 2 - Um Método de Apoio e Qualificação da Clínica e da Gestão na Atenção Primária: Grupos Balint - Paideia.....	21
Seção 3 - A Clínica Ampliada na Formação como Ação Disparadora de Mudanças .....	32
Considerações Finais .....	58
Anexo .....	59
Referências .....	66



Este é um ebook interativo.  
Clique no sumário para ir até a seção desejada.

● Clique neste ícone para voltar ao sumário.

## Clínica Ampliada no Contexto da Atenção Primária em Saúde

# APRESENTAÇÃO

## Prezado Leitor,

A necessidade de um novo olhar sobre a clínica na atenção ao sujeito desencadeou reflexões acerca do fazer cotidiano e das práticas em saúde na perspectiva da Clínica Ampliada. Os textos a seguir, buscam articular a formação, a atenção e a gestão, com vistas a substituição da clínica individual, para uma abordagem centrada no indivíduo e em seu contexto.

Serão desenvolvidos os seguintes temas que poderão auxiliar os trabalhadores do SUS na atenção ao sujeito e sua família:

- Introdução e desenvolvimento do conceito de Clínica Ampliada enquanto diretriz da Política Nacional de Humanização;
- Desenvolvimento do Conceito Ampliado de Saúde na Atenção–Gestão–Formação;
- A Equipe Ampliada de Saúde no SUS e possibilidades de composição tecnológica da ação multiprofissional;
- A Clínica Ampliada na Formação como ação disparadora de mudanças nas práticas de Atenção–Gestão no contexto do SUS.

A parte 1 desenvolve o conceito teórico de Clínica Ampliada, fazendo um resgate histórico-crítico do conceito ampliado de saúde e do processo saúde-doença, identificando os nós críticos e o desafio da integralidade na atenção-gestão das ações de saúde.

A parte 2 se aprofunda no processo de trabalho de modo que permita uma análise sobre as práticas e a composição técnica do trabalho em saúde (razão entre trabalho morto e trabalho vivo) e o regime de afetabilidades.

A parte 3 inclui no debate os setores de Formação para a Estratégia de Saúde da Família e a educação permanente, com o advento dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família como agentes disparadores de mudança, de modo a potencializar os efeitos de transição tecnológica e paradigmática nos eixos Trabalho-Saúde-Educação.





## O CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE E A TRANSIÇÃO NAS TECNOLOGIAS DE ENSINO-SERVIÇO NO SUS: POR QUE PRECISAMOS DA CLÍNICA AMPLIADA?

“colar sobre um objeto a etiqueta de um conceito é marcar em termos precisos o gênero de ação ou de atitude que o objeto nos deverá sugerir”

(BERGSON, 2005b, p.38)

### A Distância Adequada

A palavra “clínica” remete-nos à ideia de inclinar-se sobre o leito do doente. Ou seja, encontrar uma “distância adequada” para o cuidado profissional. A clínica se diferencia das práticas sociais de cuidado (por exemplo, cuidados familiares) por esse distanciamento específico do profissional de saúde. Quando o profissional “não se inclina” e exercita uma prática excessivamente distante, uma “técnica” (eventualmente com alguma efetividade), mas que desconhece (pela distância excessiva) as singularidades de cada pessoa e de cada relação clínica, temos uma prática reduzida, inadequadamente padronizada. Porém, quando nos referimos a uma prática clínica ampliada, não estamos convidando os profissionais de saúde a exercerem uma prática de cuidado semelhante às práticas de cuidados familiares. Isto seria tecnicamente equivocado e afetivamente temerário. Estamos nos referindo a uma prática de cuidado especial, por isso mesmo chamada de clínica. Com o desenvolvimento do conhecimento humano sobre o processo saúde-doença, alguns aspectos da prática clínica ganharam uma importância demasiada, de modo a interferir na eficácia e na qualidade desta prática. Por exemplo, um aspecto que se hipertrofiou foi a importância do diagnóstico em relação à terapêutica. Parece evidente que a terapêutica é tão importante quanto o diagnóstico, ainda mais se considerarmos o número de doenças crônicas e incuráveis.

Diagnóstico e Terapêutica são instrumentos de trabalho do profissional de saúde na atenção aos usuários, na defesa da vida e no suporte para as situações de morte e dor. Esta confusão entre instrumento de trabalho (diagnóstico e terapêutica) e objeto de trabalho (pessoas e comunidades) está na raiz das dificuldades da clínica na atualidade.

### 1.1 Por que precisamos da Clínica Ampliada?

São muitos os desafios para qualificar a atenção à saúde. Por um lado são necessárias condições materiais adequadas a cada equipamento de saúde, de acordo com os seus objetivos na rede assistencial. Porém, por outro lado, são necessários profissionais com práticas clínicas adequadas e cooperativas. Em relação às práticas clínicas, um dos maiores problemas é a fragmentação da atenção e redução inadequada do objeto de trabalho.

O grande número de profissionais de saúde e a subespecialização dentro de cada profissão aumentam a fragmentação do trabalho. O que significa dizer que facilitam a redução da responsabilidade clínica de cada

profissional a um determinado aspecto, uma dimensão do adoecimento ou de uma patologia. Não se trata de questionar a importância da especialização dentro das profissões com o respectivo acúmulo progressivo de conhecimento.

Como regra geral, quando uma dimensão do adoecimento é momentaneamente mais importante que outras, a clínica deve focalizar sua atenção, pelo menos enquanto durar a preponderância desse aspecto do adoecimento.

Em geral, quanto maior a autonomia do sujeito, maior a necessidade de reconhecer outras dimensões dele e fazer novas escolhas. Fazer escolhas singulares e de forma compartilhada (com o paciente<sup>1</sup> e com outros profissionais) é o grande desafio da prática clínica.

Quando os profissionais reduzem sistematicamente a conversa com os pacientes aos temas nucleares da sua profissão, correm grande risco de fazer uma redução inadequada da sua prática clínica.

Ampliar a clínica significa ser capaz de reconhecer o que é necessário para cada pessoa e para cada coletivo em cada momento, de modo a ampliar as possibilidades de vida e de autonomia.

As prioridades e a melhor forma de viver a vida (e lidar com riscos, dores e restrições) são muito variadas, ainda que influenciadas por contextos culturais, econômicos e as diversas relações de poder comuns.

Apesar disso, é muito frequente que os profissionais considerem que as dimensões não biológicas do processo saúde-doença não lhe dizem respeito.

As consequências das práticas clínicas reduzidas são concretas: ineficácia clínica (não “adesão”), conflitos desnecessários entre trabalhador de saúde x pacientes, insatisfação dos trabalhadores, iatrogenias (ou danos desnecessários à população), estigmatização-culpabilização dos pacientes mais complexos, dificuldade de trabalhar em equipe de forma sinérgica (conflitos entre os profissionais) entre outras.

<sup>1</sup> A palavra paciente remete a uma indesejável passividade da pessoa que está sob cuidados terapêuticos. Porém a palavra usuário também traz dificuldades por ser muito inespecífica, sendo utilizada tanto para designar pessoas acometidas de alguma adição quanto para pessoas que utilizam diversos tipos de serviços. Optou-se, neste texto, por utilizar a palavra “paciente” reconhecendo sua limitação para designar a pessoa sob cuidados terapêuticos, porém valorizando o uso corrente nos serviços de saúde.

## 1.2 Principais causas das práticas clínicas reduzidas

### A complexidade

São muitas as causas de práticas clínicas inadequadamente reduzidas. Uma das mais importantes e abrangentes é o fato de que **lidar com outras variáveis além daquelas circunscritas por um diagnóstico, aumenta a complexidade do trabalho. Por outro lado, uma abordagem excessivamente simplificadora diminui a eficácia e produz danos.** Ao reconhecer, por exemplo, que a abordagem de uma pessoa com epilepsia implica ajudá-la a lidar com o preconceito contra a doença, ajudá-la a lidar com sua família, com seu espaço de trabalho, com projetos e com a comunidade, lida-se com um número maior de variáveis.

Obviamente esta dimensão do problema obriga a equipe de saúde a trabalhar de forma cooperativa com outros atores sociais. O preconceito, por exemplo, contra portadores de patologias, é uma questão também coletiva. Decisões coletivas (ainda que técnicas ou medicamentosas) são decisões da polis. Muitos profissionais aproveitam o fato de que a formação universitária muitas vezes não os preparou para lidarem com a complexidade e negam que apoiar indivíduos e comunidades, para enfrentar os obstáculos aos projetos terapêuticos, seja sua função profissional também.

Outros se sentem muito incomodados com o fato de que problemas de ordem subjetiva e social não possam quase nunca ser resolvidos de forma unilateral ou absoluta. Ou seja, **a relação de poder dos profissionais de saúde com indivíduos e comunidades afetadas, quando se pensa na prática da clínica ampliada, tem que ser mais horizontal, mais cooperativa e menos impositiva.**

É possível aventar a hipótese de que este desejo de soluções simples e poderosas para os problemas decorra do fato de que existem situações em que as terapêuticas funcionam desse modo mais unilateral. A vacina Sabin para poliomielite é um exemplo de tecnologia que praticamente dispensa a abordagem de outras variáveis.

É justo e necessário para o desenvolvimento do nosso conhecimento desejar e buscar ampliar soluções mais simples e poderosas, quem sabe preventivas para os problemas de saúde. Porém negar-se a lidar com a realidade em função desse desejo compromete seriamente a qualidade da prática clínica e aumenta o sofrimento de todos.

### Subjetividade na Prática Clínica

Uma dificuldade para a prática da clínica ampliada é lidar com a subjetividade na relação clínica. A focalização da atenção contribui em alguma medida para que o profissional evite enfrentar o sofrimento do “outro” e o fluxo de afetos que inevitavelmente é disparado na relação clínica.

É muito importante o conceito de transferência desenvolvido pela psicanálise para designar as projeções afetivas, muitas vezes inconscientes, que as relações humanas podem produzir. Segundo este conceito, queiramos ou não, percebamos ou não, nossa história e/ou nosso modo de lidar com a vida podem produzir em nós, ao nos depararmos com determinada pessoa e situação, alguma projeção afetiva mais intensa. Obviamente, quando estas projeções são positivas bilateralmente a relação clínica é facilitada e esse aspecto pode passar despercebido. Porém, quando a transferência (por parte do profissional ou por parte do paciente) é negativa, aparecem dificuldades.

Não se trata, como muitas vezes implicitamente parece supor a prática clínica dominante, de evitar transferências afetivas. Isso seria impossível. Trata-se de aprender a lidar com elas. Um exemplo prosaico: se um profissional viveu um problema de saúde (pessoalmente ou na sua família) pode, ao atender uma pessoa com o mesmo diagnóstico, projetar sobre esta pessoa aspectos da sua experiência. É necessário que o profissional perceba esse fluxo de afetos para utilizá-lo da melhor forma e na medida do possível.

O trabalho em equipe pode contribuir muito para a percepção das transferências, na medida em que, ao se discutir o caso, as diferentes relações de cada profissional com o mesmo paciente possam ajudar a evidenciar as projeções de cada profissional. Não se trata de utilizar as reuniões clínicas para focalizar as transferências de cada um, até porque nem sempre este é um espaço adequado (embora em alguma medida isto esteja sempre acontecendo nas relações humanas).

Trata-se de mapear as conversas com determinada família ou paciente que fluem melhor, através de quem cuja fala flui mais informações. Mesmo que não se converse sobre as diferenças entre os vários profissionais e o mesmo paciente, ao se explicitar que essas diferenças existem, automaticamente isto possibilita um aprendizado de cada um sobre os motivos que o levaram a construir uma relação clínica desta ou daquela forma, além do aprendizado mais completo sobre a situação clínica.

É importante dizer que o conceito de transferência coloca em dúvida a possibilidade de percepções puramente objetivas nas relações humanas. A percepção estaria sempre mediada por estes filtros, muitos deles pouco conscientes ou inconscientes. Essa hipótese pode ser perturbadora para muitas pessoas, no entanto ela também estimula uma postura crítica, prudente e investigadora.

Por outro lado, as transferências não se remetem somente à história pessoal de profissionais e pacientes, mas também (e talvez principalmente) às histórias e percepções coletivas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o documento “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de e saúde”<sup>2</sup>. Os afetos na relação clínica também são produzidos institucionalmente, socialmente e culturalmente, refletindo os conflitos sociais e percepções coletivas.

Um exemplo de como o contexto produz afetos conscientes e inconscientes na relação clínica pode ser verificado quando um profissional com determinada opção religiosa se depara com um paciente com opção religiosa diferente, ou com algum tipo de prática considerada proibida na concepção do profissional. A tendência é que predomine uma transferência negativa por parte do profissional, muitas vezes inconscientemente. O desafio é mais dramático quando toda a equipe compartilha de crenças e opções diferentes da população assistida. Por exemplo, no atendimento de populações minoritárias (indígenas, ciganos, quilombola ou de qualquer grupo marcadamente minoritário).

É um fato bastante comum que as relações de dominação entre classes ou entre povos estejam acompanhadas (ou até precedidas) por uma produção cultural que culpabiliza e estigmatiza a população dominada.

2 Disponível no site [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf?jsessionid=7805ACDB4F766B7D6D138B533FB5BB47?sequence=3](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?jsessionid=7805ACDB4F766B7D6D138B533FB5BB47?sequence=3)

Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.

Coisas muito concretas, como o tempo de consulta e a disponibilidade para escuta por parte do profissional, são afetadas por esses afetos e crenças produzidos socialmente. O resultado é que muitas vezes se cuida mais e se investe mais em quem tem menos risco e menos necessidades.

Os conflitos sociais, portanto, atualizam-se nas relações clínicas produzindo dificuldades na constituição de vínculo terapêutico positivo, na aposta da equipe para enfrentar situações difíceis e graves, principalmente de pessoas em situação de exclusão/dominação.

Quando esse tipo de afeto predomina em uma equipe em relação a determinado grupo populacional, muitas vezes é necessário que uma pessoa de fora, exercendo um papel de “apoio”, possa ajudar o grupo a perceber esse padrão de subjetividade. O apoiador pode viabilizar para dentro da equipe outros pontos de vista, principalmente dos pacientes ou pessoas em situação semelhante, para aumentar a capacidade da equipe de perceber esse padrão de subjetividade que ela (re)produz.

Ainda que muitas vezes não seja possível evitar determinado padrão de subjetividade dominante e depreciador, o apoiador pode ajudar a equipe perceber e lidar com tal situação de forma a diminuir os danos.

Outro padrão muito comum é o investimento afetivo dos profissionais de saúde em determinados aspectos do seu núcleo de conhecimento ou procedimento. Muitas vezes ele se identifica de tal forma com um procedimento ou conhecimento, que tem dificuldades de reconhecer algum limite sem sentir-se pessoalmente ofendido. É como se o fracasso, por exemplo, de uma técnica ou de uma medicação, significasse um fracasso pessoal, uma ameaça à própria identidade da pessoa. Obviamente essa dificuldade pode produzir problemas na prática clínica em duas direções: pode afetar o vínculo, muitas vezes gerando até uma responsabilização do paciente pelo fracasso da terapêutica, ou pode gerar uma enorme dificuldade do profissional de reconhecer a importâncias de outros conhecimentos e profissionais de saúde, dificultando a construção de objetivos comuns e a sinergia no trabalho em equipe. A delicadeza dessa situação é o núcleo de conhecimento de cada profissional.

Por último, um desafio para os profissionais ampliarem a prática clínica é o de lidar com a dor, o sofrimento e a morte. Ana Pitta, em seu livro “Hospital Dor e Morte como Ofício”, aborda o desgaste dos profissionais de saúde em uma sociedade que entende a morte como uma derrota, como um evento que deve ser confinado e escondido. Nesse contexto, uma parte importante do trabalho em saúde – que é o cuidado das pessoas para a morte digna e com o mínimo de sofrimento - acaba sendo negligenciado.

O ideal de cura ou prevenção desqualifica ou diminui a importância de cuidados paliativos ou de redução de danos. Ocorre então tanto um desgaste maior dos trabalhadores, como a erupção de diversos mecanismos de defesa não conscientes no plano institucional. A própria hiperfragmentação das atividades, em uma adaptação gerencial da linha de produção industrial para o trabalho em saúde, pode servir como estratégia de negação da situação de sofrimento e dor vivida por pacientes. **Ao restringir o objeto de trabalho a uma atividade muito parcial, é como se fosse possível evitar o contato com a situação real.** Trata-se de fazer um curativo, um diagnóstico, uma medicação, um exame, uma prescrição etc. Trata-se de uma hepatite crônica, de um tumor x ou y, de uma “ICC”<sup>3</sup>, um alcoolista.

As reduções da prática clínica aos múltiplos procedimentos e das pessoas sob responsabilidade das equipes aos diagnósticos que elas recebem são uma forma (também) de lidar com situações difíceis. Da mesma forma, durante muito tempo, serviços de oncologia recusavam o tratamento paliativo aos pacientes que não tinham chance de serem curados. “Argumentavam” que, caso cuidassem desses pacientes, deixariam de cuidar daqueles que tinham chance de serem curados (VARELLA, 2004, p. 144). Ficou evidente, com o tempo, que não era assim e que este era um sintoma institucional da dificuldade de lidar com a morte e com os limites do conhecimento e das técnicas disponíveis.

No Brasil, de forma semelhante, certa tradição que associa o trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) exclusivamente à prevenção e promoção, em detrimento da clínica, acaba justificando as dificuldades de acompanhar as situações mais graves e complexas na APS.

Durante muito tempo só se atendiam pessoas saudáveis nos Centros de Saúde. Não havia espaço para o atendimento de intercorrências. Por isso é necessária muita atenção dos profissionais de saúde para avaliar o quanto o desgaste de lidar com a dor e com a morte não está conduzindo a estratégias de defesa que não resolvem o problema do desgaste e comprometem a função dos serviços de saúde. Um modo de gestão mais compartilhado, em que seja possível para os profissionais conversarem sobre dificuldades, contribui muito para qualificar a prática clínica.

### 1.3 A proposta da Clínica Ampliada

Campos (1997, 2003) diagnosticou uma polaridade entre a tendência universalizante do conceito de doença na biomedicina (tendência do conhecimento em produzir uma “ontologia” da doença) versus a “singularidade” do sujeito. Inspirado nos avanços da luta antimanicomial, delimitou um campo de problemas ligados à prática clínica, não exatamente dependentes de pertencerem a esta ou àquela racionalidade ou campo disciplinar, mas dependentes principalmente do “hábito” – usual nos marcos da filosofia dominante no mundo ocidental – de atribuir excessivo peso ao conhecimento produzido a partir da busca de verdades universais ou gerais, em detrimento do conhecimento obtido a partir do reconhecimento da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, tem defendido a clínica ampliada como uma diretriz importante da política. Em seu documento base<sup>4</sup> a PNH traz um resumo bastante sintético e oportuno:

4 Para saber mais, acesse BRASIL. Ministério da Saúde. HUMANIZA SUS- documento Base para Gestores e trabalhadores. Brasília . 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. HUMANIZA SUS- documento Base para Gestores e trabalhadores. 4. ed., Brasília. 2010

A Política Nacional de Humanização toma cinco diretrizes centrais para orientar a ação das equipes que têm como missão produzir saúde:

- Acolhimento;
- Gestão democrática;
- Clínica ampliada;
- Valorização do trabalho e;
- Garantir os direitos dos usuários (BRASIL, 2003).

Segundo Brasil (2010, p.68) a Clínica Ampliada é: “Ampliação de suas bases conceituais, avançando para além da alopatia, da racionalidade clínica da biomedicina; “ampliar incluindo práticas complementares; ampliar para além do biológico, incluindo as dimensões social e subjetiva (afinal, a produção de saúde se dá para além e aquém da experiência material do corpo); ampliar para ação interdisciplinar, com aposta no trabalho em equipe. Construir uma relação clínica que seja uma experiência de troca entre sujeitos, não de alguém que sabe e alguém que não sabe; uma clínica que não seja encontro episódico, mas a construção de vínculo e confiança no tempo, permitindo a contração de responsabilidades na rede de saúde; enfim, ampliar a clínica significa reconstruir relações de poder na equipe e com os usuários e sua rede sócio-familiar, ampliando processos de troca e de responsabilização mútua”.

Nesse sentido, o conceito de clínica ampliada deve ser entendido como uma das diretrizes impostas pelos princípios do SUS. A universalidade do acesso, a integralidade da rede de cuidado e a equidade das ofertas em saúde obrigam a modificação dos modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde. A modificação das práticas de cuidado se faz no sentido da ampliação da clínica, isto é, pelo enfrentamento de uma clínica ainda hegemônica que:

- 1) toma a doença e o sintoma como seu objeto;
- 2) toma a remissão de sintoma e a cura como seu objetivo;
- 3) realiza a avaliação diagnóstica reduzindo-a à objetividade positivista clínica ou epidemiológica;
- 4) define a intervenção terapêutica considerando predominantemente ou exclusivamente os aspectos orgânicos.

Tanto a busca por uma Clínica Ampliada, quanto a análise dos determinantes de uma clínica reduzida à doença nos levam à relação da clínica com a gestão. Para Campos (2000), os princípios tayloristas buscam a fragmentação e especialização do trabalho induzindo ao trabalho repetitivo, desprazeroso e pouco criativo, motivado fortemente pelo ganho indireto e postergado (seja da recompensa financeira do homo economicus, seja da identificação com algum “ideal” da organização-instituição). Na saúde, a RGH (Racionalidade Gerencial Hegemônica)<sup>6</sup> induziria, portanto, a uma certa cultura organizacional que nega a incerteza e a discussão coletiva e estimula um tipo de clínica reduzida e especializada-fragmentada, que investe grande energia na possibilidade de que as tipologias generalizantes e padronizáveis (protocolos, guidelines, diagnósticos, ensaios clínicos) sejam suficientes (e até onipotentes) para enfrentar os desafios dos serviços de saúde.

Nesse sentido, a clínica dominante e a gestão tradicional apoiam-se e se coproduzem. **É por isso que a proposta da clínica ampliada é complementar à proposta de cogestão, e que diversos dispositivos e arranjos organizacionais, como o Projeto Terapêutico Singular, a Equipe de Referência/Apoio Matricial e Cogestão, são necessários e justapostos à proposta de clínica ampliada.**

Campos (2008) ainda aponta alguns eixos importantes que caracterizam a clínica ampliada no contexto atual do SUS, a saber:

**A) Compreensão ampliada do processo saúde-doença: a clínica ampliada busca evitar uma abordagem que privilegie excessivamente alguma matriz de conhecimento disciplinar.**

Ou seja, cada teoria faz um recorte parcialmente arbitrário da realidade (por exemplo, na mesma situação clínica podem-se “enxergar” vários aspectos: patologias orgânicas, “forças sociais”, produção de subjetividade, etc.) e cada recorte poderá ser mais ou menos relevante em cada momento. A clínica ampliada busca construir sínteses singulares tensionando os limites de cada matriz disciplinar e colocando em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde, vivida a cada instante por sujeitos reais. Esse eixo da clínica ampliada traduz-se ao mesmo tempo em um modo de fazer a clínica e na ampliação do objeto de trabalho, com a necessária inclusão de novos instrumentos.

5 Embora se trate de um documento institucional da PNH/MS, composto em processos coletivos de discussão, o trecho citado é de autoria do Prof. Eduardo Passos.

6 Racionalidade Gerencial Hegemônica é o modo dominante de pensar e fazer a gestão do trabalho. Segundo Campos (2000), este modo dominante e fortemente influenciado por princípios tayloristas se espalhou da linha de produção da fábrica para toda a sociedade.

Ampliar a clínica, por sua vez, implica:

- 1) tomar a saúde como seu objeto de investimento, considerando a vulnerabilidade, o risco do sujeito em seu contexto;
- 2) ter como objetivo produzir saúde e ampliar o grau de autonomia dos sujeitos;
- 3) realizar a avaliação diagnóstica considerando não só o saber clínico e epidemiológico, como também a história dos sujeitos e os saberes por eles veiculados;
- 4) definir a intervenção terapêutica considerando a complexidade biopsicossocial das demandas de saúde.

A clínica ampliada apresenta estas propostas:

- 1) compromisso com o sujeito e não só com a doença;
- 2) reconhecimento dos limites dos saberes e a afirmação de que o sujeito é sempre maior que os diagnósticos propostos;
- 3) afirmação do encontro clínico entre dois sujeitos (trabalhador de saúde e usuário) que se coproduzem na relação que estabelecem;
- 4) busca do equilíbrio entre danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde;
- 5) aposta nas equipes multiprofissionais e transdisciplinares;
- 6) fomento da corresponsabilidade entre os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (trabalhadores de saúde, usuários e rede social);
- 7) defesa dos direitos dos usuários.

(PNH/MS DOCUMENTO BASE)<sup>5</sup>

**Sobre o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) proposto por Eugênio Vilaça Mendes, acesse aqui.**

## **B) Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas: reconhecer a complexidade da clínica significa reconhecer limites.**

Fica evidente, em um número cada vez maior de situações, a dificuldade em se obter os resultados idealizados de forma unilateral, independente, principalmente, da vontade do “paciente”. É até mesmo necessário que se possa perguntar aos profissionais por que é tão forte e tão frequente a vontade de decidir pelo “outro” e até mesmo “contra o outro” entre profissionais de saúde. Fato é que poucas coisas além de iatrogenias e desperdício de recursos acontecem nos serviços de saúde, quando os projetos terapêuticos não são negociados com os “pacientes” e entre os profissionais.

É necessário, portanto, um segundo eixo de trabalho na clínica ampliada, que é a **construção compartilhada dos diagnósticos e das terapêuticas**. Assim, é necessária, em um grande número de vezes, alguma mudança na autoimagem e/ou na expectativa pessoal do profissional de saúde em relação ao seu trabalho, de forma que ele não busque inadvertidamente construir uma relação unilateral com o “paciente”, mesmo quando tenha algum grau de certeza amparada em experiência ou conhecimento científico.

Essa necessidade de compartilhamento dirige-se também para a equipe de saúde, outros serviços de saúde e setores que frequentemente fazem parte (ou precisam fazer) da rede assistencial, seja de forma mais pontual ou mais crônica. **Trata-se de reconhecer que apostar em várias dimensões do problema, de forma compartilhada, é infinitamente mais potente do que insistir em uma abordagem pontual unilateral.**

## **C) Ampliação do “objeto de trabalho”: as doenças, as epidemias e os problemas sociais acontecem em pessoas. Portanto, o objeto de trabalho de qualquer profissional de saúde deve ser a pessoa ou grupos de pessoas, por mais que o núcleo profissional ou especialidade sejam bem delimitados.**

E devem pertencer ao campo de conhecimentos dos profissionais de saúde saberes que permitam alguma compreensão e alguns instrumentos para lidar com o tema (“pessoa”).

É possível que uma compreensão ampliada provoque uma grande sensação de insegurança profissional, porque necessariamente traz a necessidade de lidar com as incertezas do campo da saúde. Essas

dificuldades fazem parte do desafio da clínica ampliada e não devem ser consideradas uma exceção, mas parte do processo de mudança e qualificação trabalho em saúde.

## **d. A transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho: também se modificam intensamente na clínica ampliada. São necessários arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes (nas organizações e na rede assistencial).**

Mas, principalmente, é necessária alguma capacidade de escuta-percepção (da relação clínica), a capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com a família, a comunidade e grupos sociais.

## **e. Suporte para os profissionais de saúde: a clínica com objeto de trabalho reduzido acaba tendo uma função protetora para os profissionais (mesmo que baseada em certa negação da situação), porque permite ao profissional “não ouvir” uma pessoa ou um coletivo em sofrimento e, assim, tentar “não lidar” com o “drama” da situação que se apresenta na clínica.**

É necessário criar instrumentos de suporte aos profissionais de saúde para que eles possam lidar com as próprias dificuldades perante identificações positivas e negativas com os diversos tipos de situação. É necessário ainda, que se enfrente um forte ideal de “neutralidade” e de “não envolvimento” profissional, prescrito nas faculdades de saúde, que, muitas vezes, coloca uma interdição para os profissionais de saúde quando o assunto é a própria subjetividade. A partir disso, a gestão deve cuidar para incluir o tema nas discussões de caso (PTS – Projeto Terapêutico Singular) e evitar individualizar ou culpabilizar profissionais que estão com alguma dificuldade em lidar com esse processo, não estigmatizando, por exemplo, mas enviando sistematicamente os profissionais que apresentam algum sintoma para os serviços de saúde mental. As dificuldades pessoais no trabalho em saúde refletem, na maior parte das vezes, problemas no processo de trabalho (a baixa grupalidade solidária na equipe, a alta conflitividade, a fragmentação, etc.).



Dito isso, podemos apontar para o que seriam implicações da clínica ampliada em termos de capacidades e disponibilidades dos profissionais de saúde para executá-la, entre elas:

- Alguma disposição para buscar constantemente nos encontros da clínica uma percepção de “si” mesmo, imerso em diversas forças e afetos (em transformação);
- Alguma disposição na tentativa de articular ou compor satisfatoriamente, para cada situação singular, um “cardápio de ofertas” de saberes e tecnologias diferentes, lidando da melhor maneira possível com a tendência excludente e totalizante de muitos desses saberes;
- Alguma disposição para buscar negociar projetos terapêuticos com os sujeitos envolvidos, levando em conta as variáveis necessárias em cada momento;
- A capacidade de lidar com a relativa incerteza (e o “luto” da percepção de inexistência de certezas absolutas) que esses desafios trazem;
- Finalmente, uma disposição para trabalhar em equipe e construir grupalidade, de maneira que seja possível criar mais facilmente uma dinâmica solidária e disponível para a clínica ampliada.

#### 1.4 A prática da clínica ampliada

Campos (2008) propõe que a prática da clínica ampliada se dê com alguma analogia com a prática do “Apoio à Gestão”. Define então a existência de “ciclos” na relação profissional e usuário, não necessariamente seqüenciais, propondo um roteiro de trabalho.

##### Ciclo I

##### Parte I - A busca do foco temático

O usuário é estimulado a fazer uma **narrativa**<sup>7</sup> em torno do “objeto” (queixa, ou dificuldade que motivou a busca do apoio) e sobre o objetivo (expectativas do usuário em relação a este apoio). Este é um momento importante para que se faça ou refaça o contrato com o máximo de clareza. A possibilidade de uma narrativa é importante porque ela engloba a construção de explicações e causalidades que em si mesmas já podem ser terapêuticas (“anamnese ampliada” – CUNHA, 2004). O foco temático bem construído vai facilitar a construção do vínculo porque permite alguma explicitação do desejo e do interesse do usuário. Com o tempo e na medida das possibilidades, o profissional poderá sugerir a ampliação do foco temático. Mas é importante evitar um hábito bastante comum na prática clínica e mais comum na APS, de desconsiderar o tema ou a prioridade do usuário, investindo nas prioridades programáticas ou profissionais (o tema mais importante de cada tipo de profissional de saúde).

<sup>7</sup> Aqui uma vasta gama de preciosas contribuições teóricas e práticas deve nos auxiliar na compreensão e valorização da “narrativa” na atenção individual: desde a psicanálise, com suas variações de método e teoria, até contribuições oriundas da Prática na Atenção Primária, como o Método Clínico Centrado na Pessoa (Stewart, 2010), e as valiosas contribuições de Ayres (2004).

A narrativa possibilita também o primeiro enfrentamento de um dos maiores adversários de uma prática clínica ampliada: a submissão, passividade ou transferência de toda a responsabilidade do tratamento para outro profissional. Isto porque, uma das causas de passividade é justamente a separação artificial do processo de adoecimento da vida vivida do sujeito doente.

Certo hábito de condução da história clínica costuma desprezar toda informação “não objetiva”, toda informação que justamente situe o sintoma no contexto real da vida. Essa conexão que reflete a “experiência”<sup>8</sup> do adoecimento permite ao usuário perceber não somente causalidades entre o adoecimento e a vida, mas principalmente “coproduções”, ou seja, elementos da vida cuja responsabilidade é principalmente do usuário, que determinam ou influenciam a sua condição de saúde. Tal percepção é importante na pactuação da conduta e na divisão dos papéis entre o profissional de saúde e o usuário.

### **Parte II - Intervenção ampliada: projeto terapêutico compartilhado**

Após considerar também a análise de exames físicos e outras informações relevantes, o profissional buscará fazer uma proposta de síntese entre as ofertas e diagnósticos do profissional e o relato - demanda do usuário. Esta síntese constitui um projeto terapêutico imediato: medicações, procedimentos, propostas no “modo de andar a vida”, formas de apoio institucional, retornos, etc., momento este que implica um clima de negociação, em oposição a um clima de prescrição unilateral. Isso significa dizer que não bastam perguntas sobre como o usuário entendeu, ou se concorda com a proposta, caso essas perguntas sejam feitas em um clima de pouca disponibilidade para negociação. É preciso, antes de tudo, estar aberto à negociação e procurar as perguntas e a forma de conduzir diálogos adequados e necessários à partilha de decisões.

#### **Ciclo II**

O segundo ciclo diz respeito aos encontros rotineiros. Do primeiro ciclo permanece a disposição para pactuar o foco temático e compartilhar decisões, mas agora é necessário criar espaço para análise das primeiras tentativas de realização do projeto terapêutico e do acompanhamento de situações crônicas, além de abrir a possibilidade de outros temas menos diretamente relacionados ao que pode ter sido a razão principal do encontro.

Evidentemente, quando o primeiro encontro entre um profissional e um usuário esbarra em uma longa história de tentativas de tratamento e experiências do usuário em outros serviços de saúde, este segundo ciclo deve estar presente também no primeiro encontro. Quando não, a proposta é que o segundo ciclo seja uma oferta do profissional para buscar criar um momento de narrativa do usuário sobre a sua experiência com o projeto terapêutico proposto até então. Aqui é importante tanto uma abertura do profissional para uma escuta não moralizante, quanto uma ruptura com hábitos de direcionamento da conversa para diagnósticos que já mencionamos anteriormente.

Este é um momento delicado porque é usual que os profissionais desenvolvam algum tipo de contrariedade (e até mesmo raiva) em relação aos usuários que têm dificuldades em seguir as propostas terapêuticas ou que relatem os limites de eficácia ou efeitos colaterais dos procedimentos propostos.

8 A diferenciação entre “ilness” e “disease” pode, muitas vezes, ajudar o profissional a diferenciar dois movimentos importantes na prática clínica: (1) a busca de classificação dos problemas apresentados pelo usuário em categorias gerais de diagnósticos e (2) a compreensão através de narrativas do usuário da experiência (sempre singular) do adoecimento (STEWART 2010).

Quando isso acontece, o mais comum é que o usuário estabeleça um padrão de relação em que ele só relata aquilo que o profissional quer (ou consegue) ouvir, evitando as dificuldades e decisões contrárias àquelas que ele percebe que o profissional deseja que sejam feitas.

Outro padrão de reação do paciente a esta dificuldade do profissional de ouvir problemas concretos com as propostas do projeto terapêutico é o enfrentamento direto do profissional pelo usuário, explicitando de forma desafiadora as “desobediências”. Esta atitude reativa revela um padrão de relação infantilizante imposto pelo profissional em algum momento da sua prática clínica.

Estes dois ciclos básicos vão se repetindo. Campos (2000) propõe que, nesse processo, o profissional de saúde busque sempre aumentar a compreensão do usuário sobre (1) os fatores de coprodução saúde, doença, modo de vida, sistema saúde, (2) a compreensão sobre si mesmo e sua rede social (instrumentos, como a abordagem sistêmica da família podem ser úteis para mapeamento compartilhado da rede social) e (3) a compreensão sobre modos de intervenção sobre si mesmo e sobre o contexto.

Em relação ao contexto social, buscar contribuir com o sujeito para que ele possa lidar melhor com:

- as relações de poder: situação de dominante e dominado. Não é pequeno o número de vezes em que as relações de poder tanto institucionais-sociais, quanto pessoais interferem na situação de saúde. O compromisso com uma definição ampliada de saúde convida a reconhecer que uma parte relevante da vida deve-se a alguma capacidade de lidar com poderes. Aqui a tipologia de Michel Foucault a respeito de três formas de dominação é uma contribuição importante<sup>9</sup> (Foucault, 1983).

Neste aspecto, o profissional precisa estar atento a um compromisso ético-político, uma vez que ajudar o sujeito a se perceber em relações de poder implica desnaturalizá-las; desse modo, é importante a compreensão dos mais importantes tipos de relação de poder em situações de conflitos, para:

- analisar com o sujeito como ocorrem movimentos de defesa, ataque e fuga. Assim pode-se contribuir para que o sujeito perceba a os seus padrões e os respectivos efeitos no enfrentamento de conflitos;
- se possível, contribuir para incrementar a capacidade de elaborar alianças e contratos na sua rede social;
- quando necessário, contribuir para a invenção de modos de tomar decisão;
- cuidar para que as decisões possam contribuir para o aumento da capacidade de projetar a vida (pensamento microestratégico, conectado aos temas dos desejos e sonhos).

9 Foucault (1983) opta por abordar o tema do poder a partir dos seus efeitos e procura estudar as “formas de resistência”, destacando o enfrentamento das (1) formas de dominação étnica, social e religiosa (2) das formas de exploração que separam os indivíduos daquilo que eles produzem; e (3) contra aquilo que liga o indivíduo a si mesmo e o submete, desse modo, aos outros (lutas contra as formas de subjetivação e submissão). Este último tipo seriam as lutas “transversais”, que diferentemente de outros tipos, almejam um resultado imediato e atacam o “efeito do poder enquanto tal”. Exemplos seriam as “oposições” entre profissionais de saúde e pacientes, entre pais e filhos, entre homens e mulheres, entre administradores e trabalhadores, entre pessoas que têm um estigma (que pode ser causado por um diagnóstico) e “outros”. Enfim, “são lutas que questionam o estatuto do indivíduo: por um lado, afirmam o direito de ser diferente e enfatizam tudo aquilo que torna os indivíduos verdadeiramente individuais. Por outro lado, atacam tudo aquilo que separa o indivíduo, que quebra sua relação com os outros, fragmenta a vida comunitária, força o indivíduo a voltar-se para si mesmo e o liga a sua própria identidade de um modo coercitivo” (FOUCAUT, 1983).

Em uma separação didática, pode-se acrescentar a abordagem dos fatores subjetivos, momento em que o profissional busca contribuir para que o usuário aumente a capacidade para lidar com:

- o interesse e o desejo próprio e de outros;
- os hábitos estruturados de vida;
- a relação com alimentos e rituais culinários;
- a relação com trabalho, atividade física, arte, esporte, natureza e território;
- a sexualidade: aumentar compreensão necessária e possível;
- os temores.

É importante destacar, em relação aos temores, o tema da medicalização da vida e a diretriz da prevenção quaternária (ALMEIDA, 2003; TESSER, 2010) que busca diagnosticar situações de risco para intervenções potencialmente produtoras de iatrogenias, como exames e procedimentos desnecessários (GRIMES e SCHULZ, 2002). Nunca é demais lembrar que, segundo a pesquisadora norte-americana Starfield (2000), a terceira causa de morte nos EUA são intervenções médicas. Por outro lado, o medo e a culpabilização são ferramentas tradicionais das profissões de saúde, herdadas provavelmente de instituições religiosas (MARTINS, 2008). De modo que os “temores” merecem sempre máxima atenção na prática clínica.

O vínculo terapêutico, a experiência do profissional e o trabalho em equipe (com a possibilidade de diferentes construções terapêuticas) também modulam constantemente a relação clínica.



## VAMOS refletir!

Esses tópicos não são obrigatórios. Geralmente a clínica implica escolhas e definição de prioridades. O caminho para chegar a essas escolhas passa pela construção de hipóteses de inter-relações entre o(s) problema(s) de saúde e a coprodução do sujeito. Este pequeno roteiro de prática da clínica ampliada não deve ser aplicado de forma linear. A qualquer momento, na relação clínica, irrompem encruzilhadas que requerem decisões.

# UM MÉTODO DE APOIO E QUALIFICAÇÃO DA CLÍNICA E DA GESTÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: GRUPOS BALINT - PAIDEIA

### **A cogestão e a clínica ampliada: Análise dos desenhos organizativos da Atenção-Gestão (a composição técnica do trabalho)**

Muitas vezes se imagina que arranjos mais democráticos nas organizações são incompatíveis com a qualidade dos serviços. Diz-se com frequência que seria preciso, para que funcionassem adequadamente, muita obediência, renúncia dos trabalhadores, fragmentação do trabalho (“cada um fazendo a sua parte”) e pouca conversa. Os gestores concentrariam ao máximo os poderes e os saberes, definindo exatamente como as coisas devem funcionar. Depois disso, caber-lhes-ia apenas fiscalizar se as determinações estão sendo cumpridas.

Neste modelo simplista, espera-se do gestor exatamente a postura contrária daquela que se espera do trabalhador: criatividade, protagonismo, iniciativa. É um modelo gerencial que se estruturou a partir da revolução industrial e espalhou-se por toda a sociedade, organizando o trabalho nas mais diversas áreas. Hoje esse modelo gerencial já sofre grandes questionamentos, mesmo na indústria, onde foi criado.

Ainda que se ignorem os seus desastres éticos, é impossível negar que nas áreas em que o objeto de trabalho é complexo e requer uma abordagem cooperativa e criativa, esse modelo é insuficiente. Na saúde, ele está relacionado ao “produtivismo” descolado dos resultados, à ignorância e pouco envolvimento dos trabalhadores com as finalidades da ação de saúde, ao isolamento e à desresponsabilização<sup>10</sup> dos trabalhadores em relação às pessoas sob seus cuidados.

Em trabalhos complexos como a saúde e a educação, é necessário outro modelo de gestão, uma gestão que invista também na autonomia e no conhecimento dos trabalhadores. Na Atenção Primária, estudos demonstram que equipes com dinâmicas de trabalho mais democráticas e com melhor “clima na equipe” têm melhor resultado (CAMPBELL, 2001). Não se trata, obviamente, de autonomia total de qualquer categoria profissional. O trabalho em saúde é um trabalho predominantemente cooperativo. Quando cada um faz o que quer, simplesmente não há gestão alguma e, muitas vezes, sequer há um trabalho. Em uma gestão democrática, assume-se o desafio de equilibrar autonomia e controle nas organizações, valorizando os espaços coletivos de decisão (CAMPOS, 1997; 2014). Apesar da grande insatisfação que o modelo de gestão dominante produz, da pouca sustentabilidade e dos questionamentos teóricos, ainda são pobres as ofertas gerenciais que apontem para outro tipo de organização e gestão na saúde.

<sup>10</sup> Quando as pessoas não participam dos processos de decisão, mais facilmente se desresponsabilizam do trabalho e do seu resultado.

São poucos os métodos e instrumentos para valorizar a capacidade clínica dos profissionais e lidar com as singularidades (CUNHA, 2005). A maior parte da energia gerencial nos serviços de saúde ainda é investida na busca e na valorização de uma padronização das atividades. Ainda é forte nos serviços de saúde a ideia de que é possível alcançar um saber, um protocolo ou um gestor que, “este sim”, seria redentor e solucionaria todos os problemas. O desejo de simplificação e controle resulta em intenso investimento gerencial em protocolos, guidelines e estudos baseados em evidência. Não se trata aqui de abolir esses instrumentos, mas sim de reconhecer que se eles têm potências, têm também limites e não podem ser a única ferramenta gerencial.

Por outro lado, a possibilidade de investir no protagonismo e autonomia de trabalhadores e usuários pode inicialmente produzir nos gestores uma fantasia de que ele perderá espaço e poder. Frequentemente instaura-se uma crise de papéis quando os trabalhadores exercitam o necessário protagonismo no processo de trabalho. E muitas vezes é difícil para a autoimagem de um gestor se colocar a seguinte questão: qual o papel da coordenação em uma cogestão? É fato que esse papel torna-se muito mais complexo porque incorpora o manejo de incertezas e processos grupais subjetivos nos coletivos envolvidos. E, para isso, o gestor precisa lidar consigo mesmo, com seus limites, seus desejos de poder e receios no exercício permanente de diferenciar o “estar gestor” do “ser gestor” (Campos, 2003). O que pode facilitar a superação desse desafio é que existe uma proximidade entre a clínica e a gestão: da mesma forma que uma clínica tradicional e uma gestão tradicional aproximam-se na produção de certo tipo de relação de poder-saber é que se busca aumentar a “distância” gerencial e terapêutica, ou seja, busca-se definir claramente um polo de poder-saber no profissional ou no gestor. Uma clínica ampliada e a atividade de cogestão aproximam-se na medida em que buscam lidar com as diferenças inerentes de poder-saber, com vistas a produzir uma diminuição dessa distância e o aumento de autonomia, tanto do “paciente” na clínica, quanto do trabalhador, na gestão. Talvez um ideal gerencial funcionalista esperasse que mudanças na gestão repercutissem imediatamente na prática clínica, assim como um ideal mais democrático gostaria que as mudanças nos profissionais de saúde e na prática clínica produzissem imediatamente mudanças na gestão. No entanto, embora as duas dimensões – clínica e gestão – sejam inseparáveis e se modifiquem mutuamente, essas duas perspectivas refletem dois extremos raros.

E tal raridade está em sintonia com a teoria da coprodução (CAMPOS, 2000) e da complexidade que tanto utilizamos. Portanto, as transformações em direção à cogestão e à clínica ampliada devem começar por todos os lugares onde for possível e devem, preferencialmente, apoiar-se em um trabalho processual de aprendizado coletivo, mais do que em mudanças abruptas.

Essas e outras dificuldades observadas na gestão dos serviços de saúde justificam a busca de novos instrumentos de cogestão, principalmente aqueles relacionados à clínica. Não é pequeno o desafio de transformar os serviços de saúde de forma democrática e, ao mesmo tempo, qualificar a atenção.

## VAMOS MAIS! saber

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 983-995, 2014.

Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000500983&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500983&lng=en&nrm=iso)>.

## 2.1 A proposta de Grupos Balint- Paideia como contribuição à cogestão

Os Grupos Balint-Paideia, uma atualização e adaptação para o SUS dos Grupos Balint, formulados por Michael Balint (BALINT, 1988), são um instrumento de cogestão da clínica e apoio aos trabalhadores. Eles podem contribuir para a cogestão e a qualificação das práticas clínicas de forma complementar a outros arranjos, como colegiados gestores, equipe de referência e apoio matricial e Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), bem como para superar as dificuldades gerenciais apontadas acima, ao mesmo tempo em que são um instrumento de formação profissional e de produção de outras grupariedades nas organizações. Podem também ser uma oferta da gestão de um município ou dos serviços de saúde aos trabalhadores, notadamente da Atenção Primária, assim como um instrumento pedagógico na formação em serviço.

### Os Grupos Balint

Balint, no início do seu livro “O médico, o paciente e sua doença”, faz um diagnóstico da prática da clínica médica da sua época que permanece em grande medida atual. Sobre os encontros entre médicos e pacientes ele diz:



Estas situações são muito frequentemente trágicas; o paciente tem verdadeira necessidade de ajuda, o médico tenta honestamente tudo o que pode e, entretanto, apesar dos esforços de ambas as partes, as coisas tendem obstinadamente a andar mal.

(BALINT, 1988, p.11)



Balint destaca a dimensão relacional da clínica:



A discussão revelou rapidamente (...) que a droga mais frequentemente prescrita na clínica geral é o próprio médico, isto é, que não apenas importavam o frasco de remédio e/ou a caixa de pílulas, mas o modo como o médico os oferecia ao paciente – em suma toda a atmosfera na qual a substância era administrada e recebida.

(BALINT, 1988, p.01)



Referindo-se aos seminários anteriores à criação do seu método de trabalho, na clínica Travistok, Balint chamava a atenção para a “substância médico”. Ele observava que não havia, como acontece com os fármacos, “em nenhum tipo de manual, referências quanto à dosagem, apresentação e posologia, quais doses de cura e manutenção, etc. (para a “substância médico”) e, ainda menos, qualquer menção a respeito dos possíveis efeitos colaterais. O problema permanece atual: se tomarmos como indicadores de dificuldades da prática clínica, não há somente os conflitos entre profissionais de saúde e pacientes, mas também a chamada “baixa adesão”.

No livro mencionado acima, Balint faz a síntese de seus aprendizados com esta experiência depois de cerca de 10 anos de trabalho com grupos de médicos da atenção primária na Inglaterra.

O autor apontava para algo que já era comum em sua época: havia uma consciência de que era bastante difícil fazer a clínica na atenção primária sem conhecimentos a respeito da dinâmica psicológica dos pacientes. Buscava-se, então, fornecer cursos aos médicos sobre psicologia e psicoterapia na clínica médica. Balint analisava que esse grande investimento resultara pouco frutífero. O motivo é que



(...) professores e alunos têm adotado sem crítica as formas e métodos dos hospitais-escola e dos cursos tradicionais de extensão, quer dizer, cursos concentrados quase em tempo integral, de uma duração aproximada de duas semanas, cujo material principal são as conferências e as visitas às enfermarias, ilustradas com histórias e demonstrações clínicas. Esqueceu-se completamente de que a psicoterapia é, acima de tudo, não conhecimento teórico, mas capacidade pessoal.

(BALINT, 1988, p.258)



A busca de uma proposta para algum tipo de abordagem que pudesse contribuir tanto para a investigação do problema (relação clínica), quanto para sua solução apareceu na forma de grupos formados por médicos da atenção primária do NHS (National Health System) - os chamados General Practitioner – através de encontros semanais. Os grupos eram voluntários e formados por oito a dez médicos cada um. A divulgação dos convites para participar dos grupos se dava por anúncios em jornal. Cada grupo, cujo tempo de duração do grupo era de dois anos, possuía um coordenador.

É interessante notar que Balint desse preferência aos clínicos gerais da APS em relação aos especialistas de ambulatórios e hospitais:



ainda que os problemas de seus pacientes fossem os mesmos, o enfoque técnico do especialista, em realidade toda atmosfera da sala ou do consultório do hospital, é tão diferente da que prevalece no consultório do clínico geral que nos vimos obrigados a reconhecer esta diferença.

(BALINT, 1988, p.258)





É importante dizer que essas diferenças estão cada vez mais evidentes na medida em que o perfil epidemiológico da população se move em direção às doenças crônicas e que se percebe a necessidade de uma clínica ampliada e integrada em todos os serviços de saúde.

Os grupos Balint reuniam-se uma vez por semana durante *“dois ou três anos, embora alguns tenham se prolongado ainda mais”*. As reuniões se realizavam na “primeira hora da tarde do meio do dia livre que habitualmente os médicos clínicos” tinham. O objetivo era permitir a participação sem interferência, mesmo em épocas de atividades clínicas mais intensas; a média de frequência foi de 90 a 95% para o ano todo<sup>11</sup>.

Balint definiu que o grupo deveria ter uma tarefa mista entre pesquisa e formação. Mais especificamente, buscava três objetivos:

- a) Estudar as implicações psicológicas da clínica tradicional;
- b) Formar os clínicos para lidar com essas implicações;
- c) Criar um método de treinamento para lidar com essas implicações.

Diante desses objetivos, Balint acreditava que a pesquisa só poderia ser realizada com os médicos participando ativamente dela, e não tentando observá-los de “fora” ou apesar deles. Para que o ‘material científico’ aparecesse, era preciso que os profissionais estivessem atentos, que tivessem alguma formação sobre o tema, de modo que o grupo buscava fazer as duas coisas: compreender as implicações psicológicas da clínica geral e ensinar os profissionais a perceber essas implicações, ajudando-os concomitantemente a fazer isso.

Participavam do grupo, além dos clínicos, dois psiquiatras. Cada membro do grupo podia solicitar uma hora de ajuda particular aos psiquiatras para discussão dos seus casos.

A dinâmica do grupo centrava-se na apresentação oral dos casos clínicos. Havia um acordo para evitar a distribuição de manuscritos porque o método Balint assumia certa analogia com o método psicanalítico, em que a exposição dos casos sem manuscritos permitia ao relato alguma proximidade com a “livre associação” da psicanálise.

Sobre a tecnologia de abordagem do campo “psi” “em serviço”, Balint procurou se fundamentar nas tecnologias de formação psicanalítica que existiam na sua época. Ele percebeu a existência de dois grandes sistemas de formação: a escola de Berlim, que ele dizia ser referência para a maior parte das escolas psicanalíticas, e o Sistema Húngaro. A diferença se dava justamente no fato de que na formação berlinense a contratransferência do profissional para o paciente era abordada somente na terapia individual, enquanto na formação húngara esse tema podia ser abordado em grupo, na discussão do caso clínico. Tal característica desse sistema possibilitou a Balint imaginar uma dinâmica grupal que, ao mesmo tempo, fosse uma formação psicoterápica e, em alguma medida, um processo terapêutico. O que significa dizer que importava descobrir não somente as transferências do paciente para o médico, mas também do médico para o paciente e com elas lidar. Assim como o Método Paideia em relação aos espaços de gestão, Balint pressupunha, em algum grau, uma dimensão terapêutica nos seus grupos “operativos”.

11 Embora tenha havido desistências da ordem de 60% no primeiro grupo e de 35% em média nos grupos seguintes de M. Balint. O autor fez um perfil dos médicos desistentes: primeiros os clínicos mais famosos, depois os psiquiatras, permanecendo os Generalistas (GP).

No plano pedagógico, Balint acreditava que não se tratava (somente) de fornecer conhecimento teórico aos profissionais, mas sim de possibilitar o desenvolvimento de uma "capacidade pessoal". Para ele, o desenvolvimento da capacidade pessoal dependeria da exposição às situações reais, o que implicava, em alguma medida, a "transformação da personalidade". Era necessário criar condições para:

- a) "permitir aos médicos aplicar desde o princípio alguma psicoterapia sob supervisão";
- b) "possibilitar que eles conseguissem visualizar a uma certa distância seus próprios métodos e suas reações frente ao paciente, reconhecendo os aspectos da sua própria maneira de lidar que eram úteis ao pacientes e suscetíveis de compreensão e desenvolvimento, e os que não fossem tão úteis e que, uma vez compreendido o seu sentido dinâmico, necessitassem ser abandonados ou modificados" (p.260).

Para isto, ou como parte disto, ele objetivava apurar a sensibilidade profissional, criando condições para que o profissional pudesse perceber o "processo que se desenvolve, consciente ou inconscientemente, na mente do paciente, quando médico e paciente estão juntos" (p.262). Tanto a autopercepção como a percepção do outro pressupõem que os "fatos" que interessam não são somente aqueles ditos "objetivos" e em geral mais

"facilmente expressados em palavras. Os fatos que nos interessam são de caráter acentuadamente subjetivo e pessoal, e frequentemente apenas conscientes, ou então absolutamente alheios a todo controle consciente; e também costuma ocorrer que não existam formas inequívocas que permitam descrevê-los em palavras".

É importante dizer que já naquele tempo era uma característica do NHS a adscrição de clientela, com certa liberdade dos usuários de escolherem os médicos de referência, de modo que os vínculos tendiam a ser longos e as rupturas, em função de dificuldades relacionais, bastante explícitas e, muitas vezes, incômodas. Bem diferente do nosso contexto atual do SUS, em que esses vínculos são pouco claros, a responsabilidade é diluída e lembrada com frequência somente em situações em que a ruptura de um seguimento clínico implica um risco coletivo (doenças epidêmicas e contagiosas).

## 2.2 Os Grupos Balint e o Método Paideia

Para formular uma proposta que utiliza fortemente elementos do Método Paideia de cogestão e dos Grupos Balint, pode ser útil comparar, na tabela a seguir, os dois métodos.

GRUPO BALINT TRADICIONAL	MÉTODO PAIDEIA
Discussão de Caso	Discussão de temas (núcleos de análise) e casos no sentido amplo
(Quase) sem ofertas teóricas	Com ofertas do apoiador
Busca aumentar a capacidade para lidar com as Implicações psicológicas da clínica geral	Aumentar capacidade de análise e intervenção (lidar com poderes, afetos e saberes com mais autonomia)
Grupo de semelhantes (o caso não é uma tarefa objetivamente comum)	Coletivos organizados para produção de valor de uso (grupo operativo interdependente)
Clínica do Médico GP – com clientela adscrita (continuidade e coordenação)	Equipe Interdisciplinar
Análise da contratransferência	Análise das transferências e de outras forças mais ou menos inconscientes que operam nas diversas relações dos sujeitos
Sujeito da psicanálise (desejo impossível de ajudar a "suportar o fardo")	Sujeitos singulares coproduzidos. Desejo faz parte do Sujeito
Reuniões periódicas fora do espaço institucional formal	Busca da construção de espaços coletivos (formais e informais) dentro da gestão da organização
Tende a reduzir discussões às relações individuais	Assume a tríplice finalidade das organizações

Uma diferença importante dá-se em relação aos laços de grupalidade de um e de outro tipo de grupo. O Método Paideia se aplica a grupos (coletivos organizados para produção) com alto grau de interdependência (ainda que muitas vezes isto não seja percebido ou desejado), enquanto que os grupos Balint constituem a grupalidade, principalmente a partir de uma identificação com os casos trazidos por cada um dos participantes. Os laços são muito diferentes em um caso e noutro - e isso tem implicações importantes na condução do grupo. Outro aspecto importante é o caráter mais propositivo do Método Paideia.

Nos grupos Balint, as ofertas são mais sutis e restritas às teorias psicológicas, principalmente o conceito de transferência e contratransferência. No Método Paideia as ofertas são uma parte importante do método: pode ser oferecido um texto, uma discussão teórica com um especialista (apoio matricial) ou mesmo uma aula. São maneiras de aumentar a capacidade de análise. Tanto um quanto o outro reconhecem o risco de mitificação que as ofertas teóricas podem produzir, inclusive impedindo que o grupo aborde aspectos inconscientes e sensíveis. Contudo, o método Paideia aposta também na possibilidade de desmitificação que o processo de introdução de diferenças – trazidas por outros saberes e atores - pode levar ao grupo.

O Método Paideia é influenciado por Pichon Rivere (“grupos operativos”) e, por isso, investe na tarefa comum e interdependente (realização e avaliação) como forma de lidar com mecanismos inconscientes de fuga. Evidentemente, os grupos Balint não têm uma tarefa comum tão clara. Um exemplo é o fato de que o sistema de saúde oferece certo padrão de relação de poder entre especialistas e generalistas, entre médicos e enfermeiros, etc. Este tema foi abordado por Balint, que buscou ajudar esses profissionais a lidar, principalmente, com a sensação de inferioridade. Na mesma situação, com o Método Paideia também se poderiam discutir outros temas, como o tipo de contrato entre generalistas e especialistas, a proposta de “apoio matricial”, as questões epistemológicas do saber especializado e da “ciência”, os interesses econômicos envolvidos e correlações com a cultura atual, entre outros, de acordo com o contexto e o momento do grupo.

### **2.3 A proposta de Grupos Balint-Paideia de cogestão e de apoio da clínica no SUS**

A partir da contribuição de Michael Balint, buscamos construir uma variação atualizada dos grupos BALINT, que chamamos BALINT-PAIDEIA. É importante aqui fazer um pequeno parêntese para destacar que, para o método Paideia e para os dispositivos correlatos a ele (clínica ampliada, projeto terapêutico singular, equipe de referência e apoio matricial), todos os espaços de encontros entre trabalhadores, e destes com os usuários, são espaços de aprendizado, onde se lida com saberes, com poderes e com afetos. Ou seja, não se trata aqui de propor um arranjo substitutivo aos outros e muito menos algo que permita à organização prescindir da incorporação em todos os seus espaços de uma capacidade mínima para lidar com esses temas, principalmente a subjetividade (CAMPOS, 2000; CUNHA, 2005). Trata-se, sim, de utilizar a grande contribuição de M. Balint e colaboradores e propor mais um recurso de trabalho sinérgico com os outros dispositivos e com o Método Paideia para a Cogestão.

Balint não estava na gestão direta do NHS britânico, mas assumiu, a partir da clínica Tavistok, uma responsabilidade que hoje consideramos típica dos gestores: o apoio ao trabalho clínico dos profissionais. Assim, a proposta de grupo BALINT, hoje, para ser aproveitada dentro do SUS, precisa ser adaptada para o contexto dos desafios gerenciais atuais do SUS. Coloca-se, portanto, da mesma forma que à M. Balint, o problema de criar métodos gerenciais e de formação de profissionais que facilitem de forma real uma prática clínica ampliada.

Chamamos a proposta adaptada de “GRUPO BALINT – PAIDEIA” (GBP), que é, ao mesmo tempo um instrumento gerencial e uma oferta aos trabalhadores para que possam lidar com a complexidade do seu trabalho e das relações intrínsecas a ele. Trata-se de um grupo para discussões de casos clínicos e gerenciais (relações institucionais) formado por profissionais envolvidos com o atendimento direto à população.

## GRUPO BALINT PAIDEIA

16 a 20 participantes  
(8 a 10 duplas da mesma equipe)

Médicos e enfermeiros (com abertura para outras composições de duplas dependendo da composição das equipes de SF)

Apresentação e Discussão de Casos Clínicos-Gerenciais (individuais e coletivos).  
Temas flexíveis, abertos aos acontecimentos e investimentos

Com ofertas teóricas diversas (metade do tempo para discussão, metade para aulas ou leitura de textos)

Duração de 1 a 2 anos

Atividade vinculada e articulada com a gestão do sistema de saúde

Coordenadores participantes (ou não) da gestão

Tempo de duração de cada encontro: um período de 4 horas, sendo duas horas para discussões de casos e duas horas para atividades teóricas

Intervalo entre os encontros: semanal ou quinzenal

Grupo semiaberto (multirreferencial)<sup>13</sup>  
Possível presença – quando demandados – de outros profissionais e gestores

Possível associação com cursos de especialização (“gestão da clínica na atenção básica” e “Saúde da Família”)

Utilização de recursos de Ensino a Distância<sup>14</sup> (EAD)

Possível utilização em pesquisa “participante” com dimensões pedagógica, gerencial (política) e afetiva

## GRUPO BALINT

8 a 10 participantes<sup>12</sup>

Médicos

Apresentação e Discussão de Casos Clínicos.  
Temas centrados na relação clínica

Sem ofertas teóricas explícitas

Duração de 2 anos ou mais

Atividade voluntária desvinculada da gestão do serviço ou sistema de saúde

Coordenadores do grupo externos à gestão dos serviços

Tempo de duração de cada encontro: 1h até 1h e 30min

Semanal

Grupo fechado nos mesmos participantes

Sem associação com outros recursos pedagógicos

Apenas encontros presenciais

Possível utilização em pesquisa “participante” com dimensões pedagógica e afetiva

Em nossa experiência na APS, o GBP foi formado predominantemente por profissionais universitários na ESF (CUNHA, 2009). Não deve ultrapassar o número de vinte pessoas e 10 equipes. Nada impede, contudo, que os grupos sejam menores, uma vez que BALINT propunha grupos de 8 a 10 médicos. De qualquer forma, preferencialmente o médico e o enfermeiro devem ser da mesma equipe. Caso isso não aconteça, deve-se pensar na possibilidade de diminuir o número de participantes, de modo que não demore muito para que a discussão de caso retorne a cada participante. Quanto maior o grupo, mais difícil é a participação e a construção de uma grupalidade solidária. Muitas vezes a presença de um profissional com perfil diferente do biomédico, como um psicólogo ou um terapeuta ocupacional, enriquece o grupo. Quando há mais de um profissional de cada equipe, facilita-se a percepção da complexidade do caso e da relação de cada profissional com o paciente, além de possibilitar, com maior facilidade, desdobramentos práticos na equipe.

É importante que seja pactuado no grupo, na rede e nas equipes a possibilidade de participação eventual, sempre que necessário, de outros profissionais. O objetivo é contribuir em momentos específicos, seja através da participação de um especialista da rede que também acompanha o caso (e essa é uma boa oportunidade para se exercitar o apoio matricial dos especialistas da rede), seja através de algum outro membro da equipe ou da unidade de saúde (como um auxiliar de enfermagem, um agente comunitário de saúde ou um coordenador de unidade).

12 A Dra. Rita F. G. Branco, da Universidade Católica de Goiás e especialista em Grupos Balint, observa que “hoje já existem os Grupos Balint Ampliados que permitem a participação de até 20 pessoas”. Observa também que atualmente os Grupos Balint já são feitos com a presença de enfermeiros, sendo que “na Suíça, na Argentina e em Goiás são feitos com profissionais de saúde em geral e professores”.

13 MOURA (2003: p.71) sobre os “coletivos”: “o coletivo, tal como o entendemos, orienta-se de tal modo que seja possível absorver a coexistência em seu seio de uma variedade imensa de fatores, elementos e referenciais, os mais díspares”.

14 Utilizou-se principalmente a ferramenta TELEDUC, software livre desenvolvido pelo Centro de Computação da Unicamp (www.ead.unicamp.br).

Talvez a principal semelhança entre as duas propostas, ou melhor, a principal herança dos grupos Balint no GBP, seja a possibilidade de um trabalho gerencial e pedagógico menos atravessado pelo caráter emergencial dos instrumentos de gestão da clínica. As discussões de caso nos GBP não almejam, na maior parte das vezes, uma transformação imediata e uma resolução urgente (embora não se tenha nada contra essa possibilidade). Quando se discute um caso clínico ou um problema em um espaço gerencial, ele demanda uma solução ou ao menos uma decisão imediata, saindo da pauta quando a situação se acalma. Nos GBP existe a possibilidade de observar casos por um tempo mais longo. O grupo não é uma instância deliberativa. É um espaço de troca e de aprendizado. É um raro espaço onde é não somente permitida, como também estimulada a verbalização de dificuldades, fragilidades e desconhecimentos. Embora, obviamente, discuta-se muito o que pode e deve ser feito em cada caso, somente dois profissionais são realmente responsáveis por isto, e não sozinhos, mas na respectiva equipe.

O GBP permite que profissionais imersos em contextos semelhantes e provavelmente com problemas parecidos, ainda que singulares, possam compartilhar dificuldades e soluções e construir alguma grupalidade. É muito comum que profissionais que trabalhem na Atenção Primária na mesma cidade ou região tenham muito pouco contato entre si.

É muito importante destacar uma diferença com o grupo BALINT tradicional: neste os temas eram sempre os casos clínicos, enquanto que nos GBP existe uma abertura para se discutirem casos gerenciais, institucionais, casos de saúde coletiva e da dinâmica da equipe.

## **A** Como iniciar?

Uma vez que se imagina a proposta de GBP dentro do Sistema Único de Saúde, recomenda-se que haja uma discussão ampla e não apressada da proposta de trabalho na organização antes de iniciar os trabalhos de grupo, incluindo os gestores e trabalhadores e utilizando os espaços rotineiros de cogestão ou extraordinários se necessário. É recomendável divulgar e abordar com os interessados os objetivos da proposta, critérios de escolha dos participantes e a dinâmica de trabalho. É importante definir um tempo mínimo de funcionamento do grupo, que deve ser entre um ano e um ano e meio, para que ele possa render frutos e ser avaliado. Depois desse tempo, o trabalho deve ser avaliado pelo grupo e pelos gestores, para decidir sobre sua continuidade ou não. No caso de cidades maiores, muitas vezes não é possível que todas as equipes de uma região tenham acesso a essa oferta durante todo o tempo, e então a duração do grupo poderá permitir um rodízio. É importante destacar que o processo de discussão da proposta deve ser cuidadoso, tanto para adaptar criativamente a proposta para cada contexto, quanto para facilitar os contratos com o grupo e com a rede assistencial à qual estejam ligados.

## **B** O contrato:

Ao ser definido o grupo, é preciso pactuar a forma de trabalho. Apesar de ser saudável que cada grupo construa um contrato singular passível de ser reavaliado de tempos em tempos, alguns parâmetros devem ser considerados:

- O sigilo das informações trocadas no grupo, tanto o sigilo em relação aos casos clínicos, quanto no que diz respeito às relações gerenciais e internas da equipe. A não utilização de informações obtidas de forma não autorizada ou pactuada é um ponto fundamental e deve ser um compromisso explícito dos mediadores e gestores presentes.
- O sigilo precisa incluir as relações de poder na instituição. Isto significa que é preciso deixar claro que o espaço de trabalho do grupo deve ser um espaço PROTEGIDO, onde deve ser construída a liberdade para críticas e questionamentos. Faz parte dos objetivos do grupo possibilitar o aprendizado de fazer e receber críticas de forma construtiva. Dadas as relações de poder instituídas, o gestor deve dar o primeiro passo e deixar clara a “imunidade” do espaço de trabalho do grupo a pressões gerenciais. Nem sempre os gestores – pelo lugar que ocupam – conseguem dimensionar o quanto as relações hierárquicas costumam calar críticas, invisibilizando-se a gestão de conflitos – e isso pode ocorrer mesmo quando há um esforço consciente para construir espaços coletivos de cogestão.
- Para a apresentação dos casos, é importante pactuar um roteiro mínimo a ser seguido, e esse deve ser flexível e estar permanentemente aberto a mudanças.
- É importante pactuar o compromisso com o caso apresentado: quem traz um caso, assume a responsabilidade em dar prosseguimento às discussões na equipe, de articular rede social e, principalmente, de fazer devolutivas para o grupo de discussão. Essa responsabilidade bilateral entre o grupo e o apresentador do caso implica certa flexibilidade do grupo para mudar agendas e incluir casos imprevistos, acolhendo os momentos de crise dos profissionais em relação aos casos acompanhados.

## **C** Frequencia dos Encontros:

O grupo deverá definir uma periodicidade - semanal ou quinzenal. A experiência quinzenal possibilita um tempo maior de amadurecimento das discussões entre um caso e outro. No entanto, também pode permitir maior dispersão. A melhor frequência nos encontros vai depender do contexto e das características de cada grupo. Os grupos BALINT eram semanais com duração de pouco mais que uma hora.

## **D** Atividades de Educação a Distância:

Sempre que possível, é interessante utilizar as ferramentas de internet para disponibilizar bibliografia, continuar discussões em fóruns, possibilitar o compartilhamento de relatos e textos escritos por participantes do grupo, etc. Existem muitas ferramentas de EAD com software aberto. Elas permitem também um registro dos diversos momentos do grupo e podem ser utilizadas posteriormente pelo próprio grupo para resgatar seu percurso.

## **E** Ofertas Teóricas ao Grupo:

É enriquecedora para esse tipo de grupo a possibilidade de oferecer o suporte teórico em sintonia com as questões discutidas no grupo. Para tanto é importante que o(s) coordenadores do grupo se disponibilizem a buscar conteúdos adequados a cada momento do grupo. Alguns temas devem estar presentes desde o início: cogestão e Equipe de Referência-Apoio Matricial (CAMPOS, 2008), Clínica Ampliada e Projeto Terapêutico Singular, Acolhimento, Abordagem Sistêmica da Família, Grupos Balint (relação com especialidades, padrões de subjetividade), relatos de casos clínicos, entre outros.

## **F** Os Apoiadores e Coordenadores de Grupos Balint-Paideia

Quando se concebem os GBP como mais uma oferta gerencial, imaginam-se os coordenadores escolhidos dentro do quadro gerencial da secretaria municipal de saúde ou do quadro gerencial de um serviço grande, como um hospital. Não se supõe que esses profissionais necessitem de uma formação especial, mas sim que tenham principalmente alguma disposição para aprender a lidar com esta dinâmica tão especial que é a da clínica e do apoio à gestão (CAMPOS, 2008: p.85), através das discussões dos grupos. Pode ser interessante pensar a possibilidade de gestores abrirem espaço na agenda para coordenar grupos de trabalhadores de outros serviços (que não aquele que ele gerencia), como forma de possibilitar um contato como experiência, propostas e cuidados metodológicos

## **G** Duração das Atividades

O tempo de duração das experiências que tivemos - 2 horas para discussão de casos e duas horas para ofertas teóricas (CUNHA, 2009) - pode ser menor, tal qual ocorre nos grupos Balint originais, principalmente se o grupo for menor. A definição do tempo e distribuição de atividades não precisa ser rígida e deve se adequar às demandas do grupo. É recomendável, sempre no início, retomar uma avaliação do impacto do encontro anterior, do desenvolvimento das questões apresentadas e do(s) caso(s). Com grupos menores, é possível pensar em tempos menores, pois são menos pessoas para falar.

## **H** Reavaliação

Assim como na proposta de cogestão, nos grupos BALINT-PAIDEIA, a necessidade de tomada de decisão e realização de pactos deve estar pareada com a possibilidade de revê-los, de avaliá-los.

É importante que essa possibilidade esteja programada e esteja aberta ao grupo.

# A CLÍNICA AMPLIADA NA FORMAÇÃO COMO AÇÃO DISPARADORA DE MUDANÇAS

## 3.1 Competências profissionais para atuação nos Núcleos Ampliados de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB

“Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho e na ação-reflexão” (FREIRE, 2011).

Refletir sobre as competências profissionais e o processo de trabalho nos Núcleos Ampliados de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) é um desafio, tendo em vista a forma como historicamente se produz saúde no Brasil. Pressupõe ainda repensar a lógica fragmentada da formação dos profissionais da saúde, que privilegia os conhecimentos e as habilidades técnicas específicas de cada categoria profissional, em detrimento de saberes interdisciplinares compartilhados no dia a dia da prática em equipe.

Por esse razão, optamos por discutir de forma integrada as competências necessárias a todos os profissionais das equipes NASF-AB, e não as competências de cada categoria profissional, embora compreendendo que, no cotidiano do trabalho, as competências individuais também são fundamentais para o enfrentamento das necessidades de saúde da população.

As reflexões aqui apresentadas são oriundas da experiência de apoio à implantação de equipes NASF-AB em diversos territórios e deve ser encarada, como propõe Minayo (2004), de maneira provisória e aproximativa. Esperamos que contribuam para a formulação de outras reflexões e que suscitem a transformação das práticas profissionais no processo de trabalho do NASF-AB.

### 3.1.2 Os Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: as ferramentas e o processo de trabalho

Em que pesem os bons resultados alcançados pela implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no território nacional, verifica-se que, para alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, é necessária a presença de outros profissionais de saúde integrando as equipes da ESF, eleitos em função das necessidades de saúde, vulnerabilidades socioeconômicas e perfil epidemiológico das coletividades nos diversos territórios onde se encontram os serviços de saúde.

Os Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foram propostos pela Portaria GM nº154, de 24 de janeiro de 2008, revogada pela Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, visando fornecer suporte qualificado às equipes da ESF na condução de casos que necessitem de outros conhecimentos e outros saberes profissionais, garantindo um cuidado mais integral (GRABOIS, 2011).

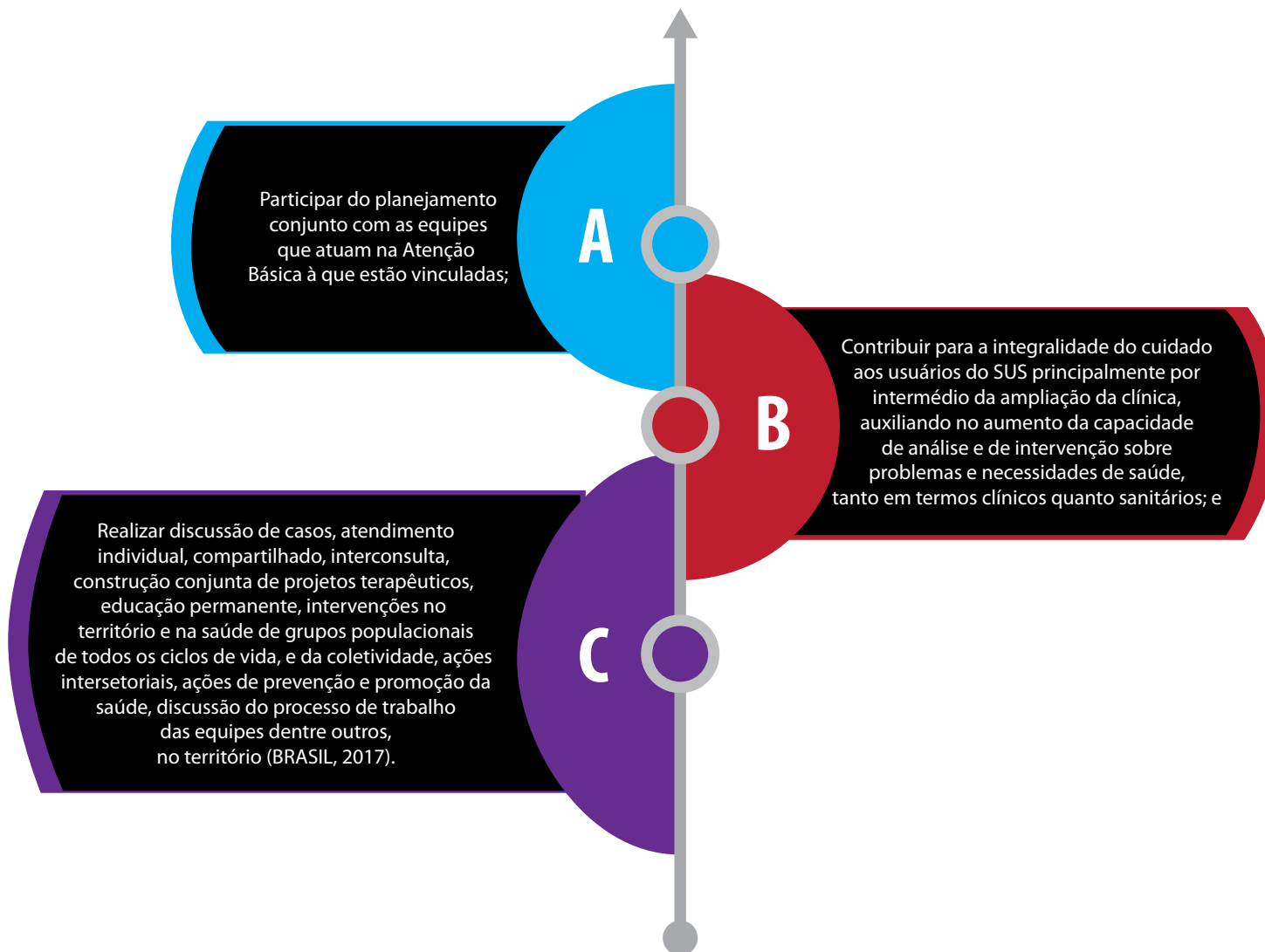
Em 21 de setembro de 2017, foi lançada a Portaria nº 2.436, cujo objetivo principal foi apresentar uma revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica, e entre as principais mudanças na política se refere ao NASF, onde o mesmo passa a ter a nomenclatura de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) (BRASIL, 2017).



O referido documento destaca que:

Busca-se que essa equipe seja membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia a dia nas UBS e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população. Os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado, com uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um (BRASIL, 2017, p. 14).

Compete especificamente à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf- AB):



O NASF-AB é constituído por uma equipe de apoio integrada por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, como fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, médicos acupunturistas e homeopatas, dentre outros.

Seu objetivo principal é apoiar as equipes da ESF na efetivação de suas ações e ampliar a abrangência e o escopo das ações na APS, bem como sua resolubilidade. Busca qualificar e complementar o trabalho das equipes de Saúde da Família, atuando de forma compartilhada, buscando superar a lógica fragmentada e ainda hegemônica no cuidado à saúde, visando à construção de redes de atenção e cuidado e colaborando para que se alcance a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS (BRASIL, 2011).

O trabalho deve ser desenvolvido em conjunto com a ESF, compartilhando saberes e práticas de saúde no cotidiano dos serviços de cada território.

“Em contraste com os modelos convencionais de prestação de cuidados, que primam pela assistência curativa, especializada, fragmentada e individual, a proposta de trabalho do NASF-AB busca superar essa lógica, em direção à corresponsabilização e à gestão integrada do cuidado, por meio de atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos que envolvam os usuários e que sejam capazes de considerar a singularidade dos sujeitos assistidos” (NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2010, p.93).

O processo de implantação dos NASF-AB vem ocorrendo nos estados e municípios da Federação, no entanto, diversas dúvidas e questionamentos surgiram acerca de operacionalização de suas premissas e do processo de trabalho das equipes, assim como sobre o modelo de atenção proposto, a estrutura necessária para o desenvolvimento das ações e os resultados esperados da atuação desses trabalhadores, na interação com as equipes da ESF.

As primeiras equipes NASF-AB começaram a ser contratadas e iniciaram seu apoio à ESF ainda em 2008. A lógica do trabalho foi estabelecida regionalmente, com base em experiências progressas de atuação de equipes interdisciplinares ampliadas e a partir do entendimento dos gestores locais acerca da proposta.

A Secretaria de Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica (DAB), do Ministério da Saúde, organizou uma publicação contendo os princípios e diretrizes do NASF-AB, disponibilizada em 2010, no Caderno de Atenção Básica nº 27 da série Normas e Manuais Técnicos, e mais recentemente o nº 39.

Nos três níveis do Governo e entre todos os agentes de saúde envolvidos com o cuidado de forma mais ampla, não havia clareza sobre as reais intenções do NASF-AB. Muitos gestores, assim como as equipes da ESF, inicialmente se mostraram resistentes ao trabalho do NASF-AB, pois esperavam uma lógica assistencialista tradicional. Poucos apostavam no modelo dialógico e de construção de saberes como qualificador da APS.

Entre os trabalhadores, iniciou-se uma disputa corporativa com a abertura de mercado de trabalho para as 13 profissões da área da saúde.

Os Conselhos de Saúde tiveram pouca atuação e participação no início da implantação do NASF-AB e ainda hoje buscam compreender sua forma de operar o cuidado em saúde e como formalizar espaços de produção desse cuidado.

O perfil profissional, a falta de preparo para a atuação no SUS e o pouco incentivo para a formação e a qualificação de outros profissionais da saúde, para além dos formados em medicina, odontologia e enfermagem, tornaram o processo ainda mais árduo. De acordo com NASCIMENTO e OLIVEIRA (2010, p.95),

“a transformação da formação e das práticas é um desafio a ser superado em várias instâncias, pois implica mudanças de paradigmas já estruturados nos serviços, nas instituições de ensino e nas relações interpessoais. Apenas o diálogo e a aproximação das práticas e das concepções vigentes de atenção à saúde poderão minimizar o descompasso entre a formação e a realidade concreta dos serviços. Somente assim será possível construir um novo modo de trabalho em saúde, centrado no usuário, com qualidade, resolubilidade e equidade”.

As ações desenvolvidas pelo NASF-AB visam imprimir mais qualidade ao serviço prestado e não apenas suprir a demanda assistencial em seu aspecto meramente numérico. O principal desafio é a mudança de uma cultura organizacional no SUS, que historicamente vem priorizando a quantidade em detrimento da qualidade, a referencialidade em detrimento da resolubilidade na APS e a avaliação de impacto e de indicadores de saúde por meio de ações meramente quantitativas, em detrimento das qualitativas.

O processo de trabalho do NASF-AB pretende romper essa lógica e colaborar para a implementação de ações qualificadas, aumentando a capacidade resolutiva das equipes e problematizando com profissionais e usuários dos serviços os determinantes do processo saúde-doença e as possibilidades de enfrentamento das condições que podem levar ao adoecimento, a situações de vulnerabilidade e até a morte (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A proposta do NASF-AB tem na clínica ampliada o conceito norteador de suas ações e, de acordo com a Política Nacional de Humanização (2008), ajuda trabalhadores e usuários dos serviços de saúde a lidar com a complexidade das necessidades e dos problemas de saúde da atualidade, reconhecendo a interdependência do trabalho em saúde, o que favorece o trabalho em equipe.

Uma das ferramentas utilizadas com esse fim é o apoio matricial, também conhecido como matriciamento, definido por Figueiredo (2007) como um arranjo tecnoassistencial que visa à ampliação da clínica das equipes da ESF, desviando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização, buscando maior resolubilidade em saúde.

O matriciamento apresenta duas dimensões: a assistencial, relacionada ao cuidado direto aos indivíduos, e a técnico-pedagógica, que diz respeito ao suporte para as equipes ESF, com vistas à ampliação das possibilidades de intervenção, propiciada por um novo olhar e um novo saber que se estabelece durante as discussões dos casos e os atendimentos compartilhados.

O projeto terapêutico singular designa o movimento de coprodução e cogestão do cuidado, em busca de um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas, para sujeitos individuais ou coletivos, que se processa em quatro momentos não estanques: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação (OLIVEIRA, 2008). É definido especialmente nas reuniões de equipe, a partir da discussão dos casos, enfocando os determinantes do processo saúde-doença.

Já o projeto de saúde no território é uma estratégia para o desenvolvimento de ações compartilhadas entre os serviços de saúde do território e outros setores e políticas, num processo de articulação intersetorial que visa produzir impactos positivos na produção da saúde de um território determinado, investindo na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e coletividades (BRASIL, 2010).

O desenvolvimento do trabalho interdisciplinar nos moldes propostos pelo NASF-AB requer ainda a revisão crítica dos processos educativos e formativos desenvolvidos pelas Instituições de Ensino Superior, com vistas à efetivação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde. As DCN postulam que a formação dos profissionais da saúde deve estar voltada para o sistema de saúde vigente no país, ou seja, para o SUS, tendo como eixos a atenção integral à saúde e o trabalho em equipe (ALMEIDA, 2003).

O NASF-AB propõe repensar a formação, as competências necessárias para a atuação na ESF e, conseqüentemente, a forma como vêm sendo executadas as práticas em saúde. Traz como ferramentas a clínica ampliada, o matriciamento e o projeto terapêutico singular para a realização do cuidado ao usuário e a qualificação das ações das equipes.

A transformação da formação e das práticas é um desafio a ser superado em várias instâncias, pois implica mudanças de paradigmas já estruturados nos serviços, nas instituições de ensino e nas relações interpessoais.

Por se tratar de um processo ainda em construção, a efetivação dos NASF-AB requer espaços rotineiros de discussão de casos e planejamento para a definição de projetos terapêuticos compartilhados por toda a equipe, de forma validada e significativamente reconhecida sob o ponto de vista dos gestores, na forma de projetos terapêuticos singulares e projetos de saúde no território.

### 3.1.3 Competências para o trabalho em saúde

Para Oliveira (2004, p.36), o trabalho é uma “ação transformadora em que se conjugam energias mecânicas e intelectuais (força de trabalho), conforme a finalidade buscada, para a satisfação de necessidades”. Dentre os diversos tipos de trabalho, Mendes–Gonçalves (1992, p.1) salienta que “um dos mais notáveis é o trabalho em saúde”, pois contribui para a construção de uma visão dinâmica e objetiva da realidade, sendo uma ferramenta importante para transformá-la e por ter como objeto de atenção o ser humano.

Não é possível pensar em competências profissionais que abarquem todas as faces e interfaces do trabalho em saúde, em especial na Atenção Primária, mas pensar em possibilidades que potencializem as ações de saúde faz parte de nossa responsabilidade como profissionais da saúde.

O conceito de competência vem sendo discutido por diversos autores em diferentes áreas de conhecimento, como a educação, a sociologia, a administração, entre outras. Há grande diversidade de concepções, mas sempre intimamente ligadas e tendo como referência principal o mundo do trabalho.

A noção de competência ganhou maior importância com a delimitação das profissões e o aprimoramento dos conhecimentos e habilidades técnicas mais específicas. Os empregadores passaram a demandar perfis qualificados para realizar tarefas e tornou-se necessário dominar técnicas para executar um determinado ofício.

A flexibilização dos processos produtivos na sociedade capitalista produziu o deslocamento da qualificação para a noção de competência, que, inicialmente, era vista como uma “lista de atividades/tarefas a serem cumpridas”. Progressivamente, passou-se de uma linha comportamental para uma abordagem dialógica em que se articulam tarefas e recursos cognitivos, afetivos e comportamentais (NASCIMENTO, 2008).

Segundo Perrenoud (1999), a competência resulta da combinação de diferentes atributos (conhecimentos, habilidades e atitudes) que configuram novas formas de realizar com sucesso as inúmeras atividades vinculadas à prática profissional. O mesmo autor também aponta que a construção dialógica de um perfil de competência deve partir da investigação dos processos de trabalho, em parceria com os profissionais nele envolvidos.

A competência também pode ser definida como estruturas ou esquemas mentais responsáveis pela interação dinâmica entre os saberes prévios de cada indivíduo, construídos mediante a experiência, e os saberes adquiridos na formação, mediados pelo contexto e a realidade em que se inserem (RAMOS, 2001).

Para Oliveira (2004), as competências sugerem encontrar, identificar e mobilizar conhecimentos que darão subsídios para resolução dos problemas. A competência deve mobilizar um saber em ato, a partir da relação com o outro, no dia a dia do trabalho (WITT, 2005).

Uma das competências fundamentais aos profissionais da ESF/NASF-AB está relacionada ao estabelecimento de estratégias de ação a partir da interação com a comunidade, a fim de que esse “encontro” favoreça a compreensão da realidade localregional, potencializando as capacidades dos profissionais para trabalhar os problemas sociais (OLIVEIRA, MARCON, 2007).

Nesta perspectiva de competência, o trabalho, a educação e a população interagem com as práticas profissionais em saúde, integrando diferentes saberes: saber conhecer (conhecimentos), saber fazer (habilidades), saber conviver e saber ser (atitudes) (DELORS, 2003).

A noção de competência para o trabalho em saúde pressupõe uma articulação de diferentes saberes para a construção de uma prática que contemple a aquisição de conhecimentos, habilidades e, acima de tudo, atitudes que possam transformar a realidade social e de saúde em cada contexto (NASCIMENTO, 2008).

### 3.1.4 Competências para atuação no NASF-AB

O NASF-AB propõe repensar a formação e as práticas em saúde vivenciadas até o momento pela ESF.

Os autores Ferro et al (2014) afirmam que também é necessário repensar a organização das relações horizontais no interior das equipes, através do reconhecimento da competência de cada membro e a busca através do diálogo, as ações devem ser propostas como conjuntas e não apenas uma justaposição de atuação de cada integrante.

Um dos problemas que afloraram com a implantação do NASF-AB e que ainda não foi superado diz respeito à carência de profissionais com visão interdisciplinar, preparados para o trabalho em equipe e que incorporem novas tecnologias de cuidado à saúde em sua prática, levando em consideração a singularidade dos indivíduos.

Para Peduzzi (2001), o trabalho em equipe multiprofissional é um tipo de trabalho coletivo em que ocorre uma interação recíproca entre diversas intervenções e sujeitos por meio da comunicação e da cooperação em situações objetivas de trabalho. Essa integração pressupõe um “agir comunicativo” técnico e ético.

A busca por profissionais “generalistas”, com visão humanista, crítica e integradora, capazes de atuar com qualidade e resolubilidade no SUS, passa pela necessidade de construção de um perfil de competências que atenda necessidades e demandas de saúde da população em situações concretas de vulnerabilidade e iniquidade, além da compreensão da complexidade de todos os determinantes que se inter-relacionam na vida e no cuidado em saúde (NASCIMENTO, 2008).

A qualificação dos profissionais do NASF-AB, assim como de todos os profissionais da saúde da APS, deve visar ao desenvolvimento de competências para realizar um diagnóstico situacional das condições de vida e de saúde dos grupos sociais em um dado território, planejar intervenções em saúde capazes de enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, prestar assistência e desenvolver ações educativas, estimulando o autocuidado e a emancipação dos sujeitos assistidos (OLIVEIRA, 2004).

Pensando no dia a dia do trabalho dos profissionais do NASF-AB e nas ações desenvolvidas por eles junto às equipes da ESF e usuários, as principais atividades que compõem sua agenda de trabalho atualmente são consultas, visitas domiciliares, grupos terapêuticos, grupos educativos, ações intersetoriais e de promoção da saúde, reuniões de equipe e apoio/articulação da rede assistencial.

Por mais que possam parecer óbvias e bastante similares às atribuições de todos os profissionais da ESF, as diferenças estão na forma de atuação, que prima pelo compartilhamento das ações, além de ter como pano de fundo a clínica ampliada e o apoio matricial, ferramentas usadas transversalmente em todas as atividades.

Todas as ações realizadas pelos profissionais do NASF-AB devem ser preferencialmente compartilhadas com as equipes da ESF, potencializando a construção de novos saberes, assim como para elaboração de projetos terapêuticos singulares mais efetivos, com a participação e envolvimento dos usuários.

Os espaços de atuação dos profissionais dos NASF-AB não devem ser meramente de acolhimento das queixas e demandas dos usuários e das necessidades das equipes da ESF, mas espaços de problematização, reflexão, de efetiva resolubilidade e “empoderamento” de todos os envolvidos, a partir de um olhar ampliado para todas as dimensões e singularidades do cuidado em saúde, assim como propõe Cecílio (2011): individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária.

Neste sentido, e levando em consideração a dinamicidade do trabalho do NASF-AB nos diversos territórios, apoiando diferentes equipes de saúde, faz-se necessário refletir sobre as competências desejáveis a esses profissionais no cotidiano de suas ações.

Ao estudar os saberes em um programa de residência multiprofissional em saúde da família, que tem como foco a formação de profissionais para o NASF-AB, foram identificadas competências relativas aos quatro saberes propostos por Delors (2003), que podem nortear reflexões acerca das competências para atuação no NASF-AB, conforme os quadros abaixo:

**01**

### Competências relativas ao saber conhecer

- Ter conhecimento técnico/clínico e disciplinar adquirido na formação específica;
- Conhecer o território/comunidade, área de influência, área de abrangência e rede de atenção à saúde;
- Ter conhecimento ampliado sobre: políticas públicas, processo saúde-doença, relação interpessoal, atenção primária, integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, planejamento estratégico, perfil epidemiológico, indicadores de saúde, trabalho em grupo (educativo e terapêutico), trabalho em equipe, promoção, prevenção, assistência e reabilitação, gestão, gerenciamento de recursos, matriciamento, projeto terapêutico, linha de cuidado e princípios e estratégias organizacionais da ESF;
- Ter conhecimento para fazer consulta, discutir um diagnóstico, prescrever e referenciar para outros níveis de atenção à saúde;
- Monitorar a qualidade de vida e intervir sobre os problemas de saúde da população com mudança nos indicadores;
- Ter uma visão humanista e ampliada do processo saúde-doença, capaz de contextualizar os sintomas físicos ao seu meio social, familiar e aos demais determinantes de saúde;
- Apreender a necessidade de trabalhar para além da técnica com: envolvimento afetivo, emocional e técnico com o trabalho, identificação pessoal com a ESF, comprometimento, compromisso, iniciativa, dinamismo, criatividade, pró-atividade, autonomia, flexibilidade, disponibilidade, atenção, respeito, diálogo sem hierarquia, preocupação com o outro, postura profissional, sensibilidade, vínculo, responsabilidade, organização e empreendedorismo para colaborar na inovação da prática na ESF;
- Ter conhecimento das limitações profissionais e buscar instrumentalização permanente.

**02**

### Competências relativas ao saber fazer

- Valorizar o indivíduo como pessoa em seu contexto;
- Ter habilidade técnica específica;
- Ter olhar ampliado para saúde, promoção, prevenção e para o contexto familiar;
- Correlacionar teoria e prática problematizando a realidade;
- Trabalhar em equipe e discutir casos;
- Ter habilidade para abordar o paciente, acolher, escutar e cuidar;
- Ter habilidade para enfrentar e conduzir desafios e/ou problemas cotidianos;
- Ter postura profissional;
- Buscar parcerias intersetoriais;
- Construir planos de ação, projetos terapêuticos singulares e de saúde do território;
- Envolver-se com a comunidade, estimular a participação popular e envolvimento no conselho gestor;
- Reconhecer que o enfoque clínico é insuficiente para o cuidado;
- Saber fazer, com poucos recursos, equipamentos e instrumentos, utilizando a criatividade;
- Desenvolver atividades em grupo – educativo e terapêutico;
- Trabalhar com as famílias e com educação em saúde;
- Promover o cuidado, estimulando a autonomia do indivíduo;
- Reconhecer-se como agente de saúde e fonte de recursos para comunidade.

**03**

### Competências relativas ao saber ser

- Reconhecer a constituição do sujeito e sua história de vida no contexto em que se insere;
- Ter espírito inovador, vontade, iniciativa, engajamento, envolvimento, responsabilidade, compromisso, comprometimento, interesse e pró-atividade;
- Ter respeito para com os usuários e colegas de trabalho e valorizar seus conhecimentos e opiniões;
- Ter uma postura profissional madura, humanista, atenciosa, acolhedora, afetuosa, sensível, facilitadora e resiliente;
- Ser um líder motivador sem autoritarismo;
- Dedicar-se à pesquisa e à busca de conhecimentos/informações;
- Acreditar no trabalho desenvolvido pela ESF e gostar dele.

**04**

### Competências relativas ao saber conviver

- Dominar as tecnologias leves, como o acolhimento e a escuta;
- Ter habilidade relacional;
- Respeitar as diferenças, valorizar o conhecimento do outro, estar aberto para o novo e para “trocas”;
- Respeitar os diferentes ritmos com diálogo;
- Ser capaz de se adaptar ao trabalho e resolver problemas;
- Ter uma postura acolhedora, flexível, aberta, respeitadora, responsável, sem hierarquia, afetuosa, dinâmica, engajada, envolvida e com olhar ampliado para a família;
- Respeitar o posicionamento do paciente frente ao seu tratamento;
- Construir vínculo com o paciente, família e coletividade.

Segundo Leonello (2007, p. 39),

“os quatro pilares da educação permitem compreender que a construção de competências implica articular os diferentes saberes para construção de uma prática profissional pautada não somente na aquisição e incorporação de conhecimentos e habilidades, mas também em atitudes pessoais e relacionais que visem à construção de um projeto comum para a transformação da realidade em saúde”.

Para Delors (2003), saber conhecer não se limita à aquisição de conhecimentos, mas ao domínio de instrumentos da esfera cognitiva, enquanto saber fazer não se restringe à execução de uma determinada tarefa apreendida de forma protocolar, mas a uma associação desse aprendizado com as aptidões pessoais e vivenciais no contexto da prática profissional. O saber ser requer comprometimento profissional com o contexto social, enquanto o saber conviver é um dos maiores desafios a serem enfrentados no contexto da formação profissional, pois implica conhecer-se e conhecer o outro, respeitando a diversidade e estando aberto para a construção coletiva de ações compartilhadas.

#### 3.1.5 Finalizando

Os processos de trabalho na contemporaneidade são cada vez mais complexos e exigem uma abordagem ampliada e multiprofissional, que considere as relações de produção e a articulação intra e interinstitucional.

Os Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica no Brasil vêm ganhando espaço e reconhecimento a partir de diversas experiências exitosas e contra-hegemônicas que vêm sendo suscitadas e revisitadas no cotidiano da ESF.

Existem ainda inúmeros desafios a serem superados e um deles está na necessidade de um conjunto de profissionais com saberes e competências para produzir novas formas de cuidado em saúde, que considerem a integralidade, a interdisciplinaridade, a vulnerabilidade e a singularidade de cada sujeito e das coletividades.

As equipes NASF-AB devem impulsionar a transformação das práticas de saúde, assim como a incorporação de novas ferramentas de atenção à saúde - na perspectiva da clínica ampliada, visando implementar as ações curativas, preventivas, de promoção e de reabilitação à saúde de forma resolutiva e com qualidade no contexto do Sistema Único de Saúde.

### **3.2 A formação para a Estratégia de Saúde da Família com o advento dos Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica**

A formação dos profissionais de saúde, no Brasil, passa por importantes mudanças em seu processo devido à existência de um distanciamento entre os perfis dos profissionais de saúde que saem da graduação ou de uma pós-graduação, e as reais necessidades dos serviços de saúde existentes.

As práticas de saúde contemporâneas passam por muitas transformações, considerando todo o advento do movimento sanitário no país, reforma sanitária, VIII Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Brasileira de 1988, bem como todo o arcabouço legal de criação e implantação do SUS. Neste sentido, os serviços de saúde estão cada vez mais sendo construídos de forma descentralizada, multiprofissionalmente, valorizando a humanização dos cuidados de saúde, com foco na integralidade dos cuidados.

Para que essa ampla transformação ocorra de forma satisfatória, é necessário que os profissionais de saúde estejam conectados e muito bem qualificados para essas novas práticas.

Uma das tendências importantes na formação é a integração Ensino-Serviço-Comunidade. Existem diversas experiências internacionais e nacionais que demonstram a mudança do perfil do profissional formado em um vínculo que aproxima a construção do conhecimento com os serviços reais, ou seja, com o mundo do trabalho e com a vida das pessoas no seu cotidiano.

O desafio da formação no trabalho, os conhecimentos científicos, colados com os problemas reais dos serviços e das pessoas, desenvolvem nos estudantes a capacidade de construção de um conhecimento que é considerado muito concreto, do ponto de vista do enfrentamento das complexidades dos processos de saúde-doença e, desse modo, potencializam a capacidade resolutiva dos problemas.

A formação que oportuniza a aproximação do estudante com o mundo do trabalho e com a sociedade analisa de fato os problemas reais existentes e possibilita que a construção do conhecimento seja desenvolvida em bases sólidas e reais. Isso porque, muitas vezes, o ensino descolado da prática e alicerçado nas teorias científicas pode estabelecer lacunas com a realidade. Outra característica é que o estudo subjetivo dos processos mentais, muitas vezes, não facilita a resolução dos problemas objetivamente.



É importante que os serviços de saúde abram suas portas para o sistema educacional, integrando cada vez mais essas possibilidades de relações. Isso vale, inclusive, para os serviços que recebem os estudantes e seus processos de ensino, fato esse que modifica os perfis de seus trabalhadores, que passam a se relacionar com a potência dos questionamentos diários, assim adquirindo uma nova energia, capaz de trazer possibilidades de ressignificação das práticas que já desenvolvem.

Para que o serviço seja um campo adequado ao aprendizado, faz-se necessário integrar os diferentes protagonistas: o ensino, com diretrizes claras dos objetivos a serem alcançados; o serviço, que precisa ter conhecimento de seu papel e responsabilidade ao receber alunos, tanto no nível da gestão quanto no nível do serviço; e a comunidade, que precisa estar ciente de que será coparticipante no aprendizado dos alunos. Sem clareza de todas as partes, corre-se o risco de acontecerem problemas que dificultarão a inserção dos alunos nos serviços de saúde.

Além da definição clara dos papéis de cada um dos atores, é importante lembrar que o profissional de saúde não tem competências para ser um educador. Para isso, é imprescindível que este profissional seja capacitado para exercer esse novo papel, através de oficinas em que são discutidas metodologias ativas

de aprendizagem. Nestas, os profissionais têm a oportunidade de desenvolver competências adequadas à função de educador. Com isto, o serviço também é enriquecido, pois esse novo perfil do profissional de saúde permite que ele aplique o conhecimento na atenção à saúde do usuário, deixando a postura de "onipotência" no saber conduzir o tratamento, aprendendo a compartilhar decisões tanto com os usuários do serviço, quanto com profissionais de outras categorias.

### 3.2.1 Ensino orientado para a comunidade

Orientar o ensino para a comunidade significa assumir o compromisso de formar os futuros profissionais, garantindo-lhes as competências necessárias ao atendimento da coletividade a que deverão servir.

Para tanto, é imprescindível que o estudante possa conhecer, efetivamente, a realidade de pessoas e grupos que integram aquela coletividade, de modo a desenhá-la, em suas múltiplas facetas, compondo uma imagem o mais próxima do real. Embora a teoria seja essencial para o desvendamento de toda sorte de relações que se estabelecem no corpo social, ela não é, de per si, suficiente para dar conta do largo

espectro de situações criadas no processo da interação entre homens e mulheres expostos aos desafios do cotidiano. Portanto, impõe-se extrapolar os domínios convencionais da academia, centrada no repertório livresco, na tradição da produção e disseminação regularizada do conhecimento, para ampliar as possibilidades de construção do saber.

É importante a aproximação da Universidade com outros segmentos, muitos deles distantes da prática acadêmica, de forma a tornar mais vívida a aventura da formação de novos profissionais e cidadãos.

OSUS não só atua visando à recuperação da saúde da população, mas também é o responsável por práticas de prevenção, notadamente os serviços de vigilância sanitária, epidemiológica e educação em saúde, os quais são realizados pela rede pública, quase que exclusivamente.

Assim, torna-se imperativo, na formação do futuro profissional, conhecer e compreender essa realidade, para que possa lidar competentemente com os desafios que lhe forem lançados. Esta é uma possibilidade de aprendizagem significativa,

visto que, na realidade profissional, muitas vezes, é preciso desenvolver a capacidade de adaptação a novas proposições que surgem, independentemente do desejo ou decisão do profissional de saúde.

Por meio dessa integração do ensino no serviço, o estudante tem a oportunidade de não só conhecer a realidade dos serviços públicos de saúde, identificando a sua extensão, organização e resolutividade, bem como os fatores de entrave para um melhor desempenho, mas também conhecer a coletividade que demanda esses serviços: os usuários.

É importante saber como a comunidade se organiza, quais os mecanismos institucionais de que dispõe para o encaminhamento de suas reivindicações e qual o grau de participação nas instâncias de controle social do SUS, a saber: Conselho Gestor da Unidade de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Conselho Estadual de Saúde e Conferências de Saúde.

Esse é um espaço riquíssimo para que o estudante confronte teoria e prática, estabelecendo entre ambas um diálogo fecundo, por meio do qual, ao “estudar nos livros” um determinado tema, ao buscar soluções para um problema trabalhado, será instigado a verificar como o fato acontece na realidade viva dos serviços de saúde e da comunidade, treinando o seu olhar para captar as mensagens e os ensinamentos que essa vivência proporciona.

De outra parte, ao ser “tocado” por tal realidade, o estudante poderá sentir-se estimulado a estudar mais, para encontrar as respostas de que precisa, a fim de compreendê-la melhor. E neste jogo simbiótico, em que conhecimento científico e observação direta da realidade interagem, o aluno sai fortalecido, porque amplia seu horizonte, porque se expõe à experiência de novas situações e porque alarga as possibilidades de se expressar como ser e como cidadão.

Evidentemente, um programa dessa natureza requer parcerias bem construídas entre o poder público e os órgãos de ensino, objetivando assegurar um espaço de aprendizagem nas unidades de saúde, bem como o acesso dos estudantes à comunidade por estas servidas.

O estabelecimento dos canais de comunicação deve garantir que dificuldades sejam tratadas, num primeiro momento, internamente, no âmbito de cada uma das instituições.

Quanto à articulação com a comunidade, por se tratar de um universo mais amplo e multifacetado, torna-se difícil estabelecer, a priori, os canais de comunicação. Todavia, impõe-se registrar a necessidade de se estar atento para evitar que ensino ou serviço imiscuam-se em questões internas, em disputas entre grupos, ou quaisquer atividades que possam ser entendidas como assunção de posições em prol de um único segmento da comunidade. É preciso que ela seja articulada em seu todo e, para isso, o caminho mais seguro é a eleição de prioridades que reflitam os interesses comuns e se sobreponham aos particulares.

Os objetivos do programa são diversos; através da vinculação a uma equipe de saúde da família, o aluno tem a oportunidade de construir um trabalho juntos aos profissionais e usuários, conhecendo a realidade do SUS e da comunidade vinculada à equipe; exercitar habilidades interpessoais que lhe permitem trabalhar em equipe interdisciplinar e multiprofissional; fazer a transposição dos conceitos teóricos aprendidos

na academia para a realidade. O aluno tem ainda a oportunidade de desenvolver competências para o trabalho em saúde, além de desenvolver habilidades de comunicação e relação interpessoal, análise dos processos de trabalho e de aprender a construir soluções para resolver as dificuldades enfrentadas pela sua população. Seguramente, trata-se de um espaço em que o aluno se apropria dos conceitos do SUS através da vivência em uma equipe de saúde (CABRAL, 2001).

### **3.3 A Estratégia de Saúde da Família e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: Possibilidades de composição tecnológica na formação e educação permanente de trabalhadores no contexto do SUS**

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, nos últimos anos, vem mostrando significativos avanços desde sua implantação e ampliação da Atenção Primária à Saúde, definida como o primeiro contato na rede assistencial de saúde. Esta compreende atributos essenciais: o acesso (primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde), a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado dentro do sistema. Ademais, a presença de outras três características, chamadas atributos derivados, qualificam as ações na APS: a atenção à saúde centrada na família (orientação familiar), a orientação comunitária e a competência cultural. A complexidade desse conjunto implica a utilização de saberes de variadas origens, tanto específicos da saúde como de outros campos de conhecimento (cultura, assistência social, gestão, esporte, lazer e outros), compreendendo um exercício permanente de interdisciplinaridade e de intersetorialidade. Como componente estruturante da APS e do sistema de saúde brasileiro, a ESF tem provocado um importante movimento no intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS em novas bases tecnológicas e modalidades assistenciais.

#### *3.3.1 Educação Permanente em Saúde para a qualificação dos serviços de Saúde*

A reorientação das estratégias dos modos de cuidar e acompanhar a saúde individual e coletiva tem provocado importantes repercussões nos modos de ensinar e aprender, fortalecendo meios de crítica, reinvenção e reorganização da formação e educação permanente dos trabalhadores no propósito de qualificar com seriedade os sujeitos, conferindo-lhes maior capacidade de intervenção e autonomia, como também de criar condições para o desenvolvimento de competências para cuidar e gerir os processos de trabalho cotidianos.

Aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho, considerando que no trabalho também se aprende e se analisa a situação de saúde das pessoas, as necessidades educativas dos trabalhadores, as quais podem ser articuladas a projetos político-pedagógicos das Instituições de Ensino, de modo que se possam articular entre os entes federativos as ofertas de formação e educação às necessidades das pessoas e do serviço.

Nesse sentido, têm sido ofertadas ferramentas e estratégias de intervenção com foco na educação permanente em saúde (EPS), como os programas de extensão universitária, as redes de pesquisa, as tecnologias virtuais, que possibilitam a interação entre os indivíduos e coletivos em um ambiente que permita a troca dinâmica de informações e experiências, facilitando ainda a sistematização de tecnologias de gestão e de cuidado que privilegiem a possibilidade de visualizar e compartilhar inovações e diferentes modos de fazer. Cabe, portanto, aos setores de EPS intra e intersetoriais articular políticas, estratégias, ferramentas, metodologias educativas, apostando em sua capacidade de produzir mudança paradigmática na educação, saúde e trabalho das instituições.

O Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) estimula o planejamento em equipe, na perspectiva da EPS, mediante as atividades:

1

### Autoavaliação

Os processos autoavaliativos devem ser constituídos não apenas pela identificação de problemas, mas também pela realização de intervenções no sentido de superá-los através de estratégias de ação com iniciativas concretas para a superação dos problemas identificados. Desse modo, processos autoavaliativos poderão potencializar os demais processos em desenvolvimento, na medida em que contribuirão para a identificação das maiores necessidades para a educação permanente e o apoio institucional;

2

### Ressignificação de conceitos

Introdução de novos arranjos (apoio matricial – Equipe de Referência – Projeto Terapêutico);

3

### Intervenção proposta por ações educativas e ações de enfrentamento às dificuldades apontadas

Coloque no papel uma coluna para desafios e outra para os enfrentamentos.

4

### Relatos de Experiência

Reconhecimento de experiências vividas com valorização dos agentes de mudança.

5

### Construção junto com o grupo

Uma composição de apoio matricial em seu processo de trabalho.

### 3.3.2 Educação Permanente em Saúde e Apoio Institucional

Quando se situa a EPS na perspectiva de mudança institucional, a questão do aprendizado supera o conceito tradicional atribuído à educação de pessoal, principalmente a capacitação e treinamento, por serem mais adequadas à educação infantil, convertendo-se em ferramenta de intervenção e apoio institucional.

Isto significa que, para entender como o aprendizado se converte em ação, no âmbito de uma organização, é necessário conhecer os elementos que apoiam a persistência e a mudança institucional, a micropolítica do processo de trabalho enquanto espaço não neutro, carente de revisão acerca de regras incorporadas nos modos de pensar, sustentando hábitos de trabalho de grande estabilidade no tempo.

Se a Educação Permanente em Saúde for considerada na perspectiva de apoio institucional, o que se descobre é que o trabalho em sala de aula é apenas uma parte do processo. Uma mudança institucional sempre requer muito mais atores (aqueles que decidem as políticas ou regras) que apenas o pessoal do serviço ou o instrutor de um curso. Limitar a tarefa educativa à aula parece resquícios dos processos cognitivos da instituição escolar transportados para o campo da organização.

Trata-se de promover a autonomia e responsabilização das equipes de trabalho, a partir do diagnóstico e da busca de soluções compartilhadas, incluindo, como seria esperado, o acesso a novos conhecimentos e competências culturais, indissoluvelmente ligados às mudanças na ação e no contexto real das práticas. (DAVINI, 2009)

Partindo desse pressuposto, a vinculação de estratégias de EPS à metodologia de apoio institucional deve ser pensada como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento supervisão e avaliação em saúde. As ações de apoio institucional atuam no princípio da cogestão de coletivos que se organizam, transformando as relações de supervisão e os modelos de gestão<sup>15</sup>, ampliando os graus de democratização, autonomia, emancipação e de compromisso entre gestor, apoiador e equipe, contemplando demandas e ofertas desses sujeitos.

A prática do Apoio Institucional está inscrita num processo de crítica e reinvenção dos modos de fazer atenção-gestão nos espaços coletivos. Crítica aos limites e problemas de práticas de gestão autoritárias, centralizadas; às práticas de não reconhecimento da história e da potência do outro; às práticas que pressupõem a mera reprodução de modos de fazer; às práticas que desconsideram a importância de processos de subjetivação, para reinventar novos modos de fazer que reconheçam e valorizem as potencialidades e produzam liberdade e compromisso.

No cotidiano do trabalho das Equipes de APS, os profissionais enfrentam grandes desafios, tais como desenvolver o sentido de equipe e estabelecer uma nova relação com as atividades de acolhimento, discutir casos e implementar projetos terapêuticos que ampliem a clínica, produzindo protagonismo, autonomia e cidadania, dentre tantos outros, de modo que a introdução da dimensão do apoio institucional, no âmbito da APS, procure dialogar com a necessidade de as gestões municipais, estaduais e federal ofertarem dispositivos que contribuam para a superação dos desafios enfrentados pelas equipes de saúde.

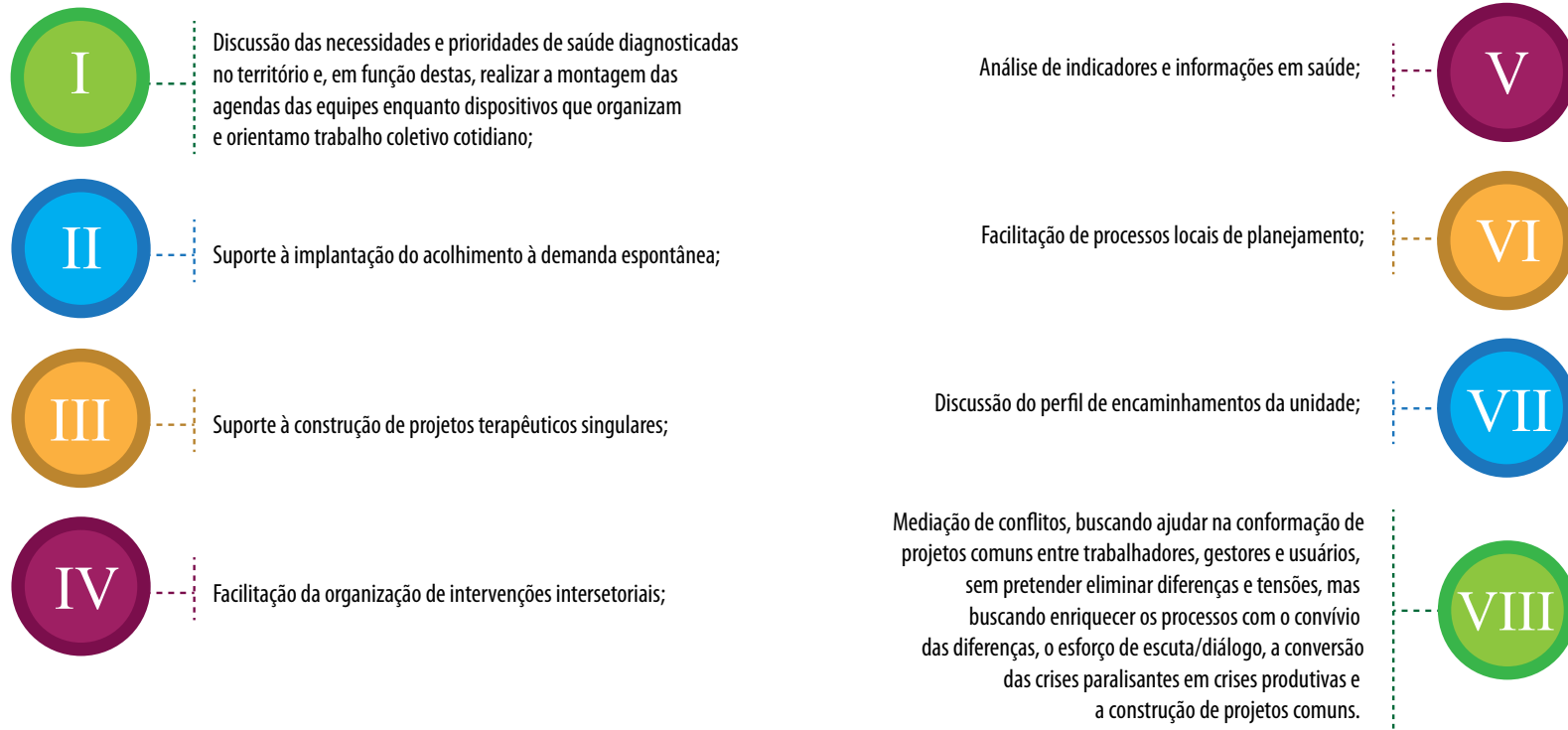
15 Apoio Institucional defende a proposta de “pensar a gestão de coletivos não somente com objetivos da produção de bens ou serviços, mas também como espaço de função pedagógica e terapêutica, onde se produziria aprendendo e, ao mesmo tempo se reconstruía a própria subjetividade. (O fator Paidéia do Método da Roda”- Campos, 2005); A PNH aposta na co-gestão como elaboração conjunta de diretrizes, objetivos, objeto e métodos de trabalho, tomando todo esse processo como obra coletiva ; São duas políticas transversais que se complementam em estratégia e método;

A organização do apoio institucional, enquanto dispositivo para implementação de políticas no âmbito municipal, requer relevância e resgate das experiências positivas vivenciadas pelos municípios e estados, assim como das dificuldades enfrentadas pelos mesmos. Diante disso, a constituição dos papéis de “apoiador” e de “apoiado” se sustenta no encontro de diversificadas experiências dos sujeitos e requer a conciliação de arranjos fixos de organização do processo de trabalho com a variabilidade dos problemas e dos saberes e práticas que podem resolvê-los (NUNES, 2011, apud PMAQ, 2011).

Nesse sentido, o apoio institucional deve permitir uma análise aprofundada dos aspectos de contexto que constroem a atuação dos profissionais, bem como facilitar o exercício de autoanálise pelas equipes. A revelação e análise dos problemas e dificuldades das equipes-coletivos apoiados deve estar atrelada a um esforço de potencialização (reconhecimento) das equipes e suas experiências, evitando a culpabilização, ao mesmo tempo em que pactua responsabilidades entre os sujeitos.

A centralidade do apoio institucional para melhoria do acesso e da qualidade está associada à ideia de que os esforços realizados pelos gestores e pelos trabalhadores das Equipes de APS convergem no sentido de qualificar tanto os trabalhadores, quanto as ações de saúde e, por isso, devem ser alimentados pelo encontro das diversas experiências, de modo a potencializar os resultados produzidos pelo trabalho desses atores. O apoiador deve ajudar as equipes a colocar o próprio trabalho em análise, produzir alternativas para o enfrentamento conjunto dos desafios, bem como para o reconhecimento das experiências exitosas e produção de um novo sentido para o trabalho, e a preencher lacunas entre o prescrito e o real.

A seguir, apresentam-se alguns exemplos de ações que podem ser realizadas por apoiadores (PMAQ, 2011):



Os resultados que se constroem nesse processo, por sua vez, deveriam estar acompanhados ou articulados com dispositivos de mudança nas organizações, de modo que os avanços não sejam desconsiderados, nem reduzidos às mesmas rotinas. Daí a importância de se engajar e articular a educação permanente do pessoal com novos estilos de gestão dos recursos humanos. O procedimento é particularmente importante quando o objetivo da capacitação não pretende reforçar as práticas vigentes nas instituições de saúde ou educação, mas ao contrário, procura facilitar a mudança nas “regras do jogo” das práticas. É o que se denomina, habitualmente, “mudança do modelo de atenção” (DAVINI, 2009).

### 3.3.3 Apoio matricial

A terminologia “apoio” sugere uma metodologia para ordenar a relação entre referência e especialistas não com base na autoridade, mas com base em procedimentos dialógicos. Já o termo “matriz”, na sua origem latina, significa o lugar onde se geram e se criam coisas, pressupondo uma relação entre si, tanto na vertical, quanto horizontal e linhas transversais.

O conceito de apoio matricial apresenta dimensões de suporte assistencial e técnico-pedagógico que vão produzir, respectivamente, ação clínica direta com os usuários e ação de apoio educativo com e para a equipe de referência. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos. Temos, portanto, que apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho e desenvolvimento do conceito ampliado de saúde.

Portanto, o apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto dos profissionais de referência e que contribui com a construção de saberes e com o aumento da capacidade de resolução dos problemas de saúde da população do território circunscrito.

O apoio matricial deve assegurar a retaguarda especializada às equipes e profissionais e, ainda, o apoio assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Para tanto, pressupõe a construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre a equipe e os especialistas que oferecem o apoio matricial. Sem dúvida, é uma forma de criar possibilidades para a ampliação do trabalho clínico e sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. O apoio matricial fortalece o rearranjo organizacional buscando deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, apostando no poder de gestão da equipe multidisciplinar. Busca também personalizar o sistema de referência e contrarreferência, ao estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio<sup>16</sup>.

16 A PNH distingue ações e dispositivos para o exercício da co-gestão em dois grupos: O primeiro grupo diz respeito a organização do espaço coletivo da gestão que permita o acordo entre os interesses e desejos tanto dos usuários quanto dos trabalhadores e gestores; O segundo grupo refere-se aos mecanismos que viabilizem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde; Estes devem facilitar o vínculo e a protagonização na produção da saúde;

### 3.3.4 Planejando uma Roda de Conversa de EPS para desenvolvimento da tecnologia de apoio matricial

O Método da Roda, (CAMPOS, 2003 apud CUNHA, 2009) na perspectiva de contribuir com a cogestão de coletivos organizados para a produção, valoriza o compromisso com a gestão e com o resultado do trabalho, de modo a produzir autoanálise, autogestão, bem como aumento da capacidade de análise e cogestão do trabalho.

#### **Situação - Problema**

A situação-problema será descrita considerando o problema institucional e a necessidade de saúde em interface com a EPS e humanização.

#### **O contexto**

Considerando os desafios para consolidar os princípios do SUS e da APS, a Secretaria Municipal de Morrinhos se debate no propósito de atender à crescente demanda dos usuários, por procedimentos clínicos. O problema se complica nas situações de epidemia como a dengue, a gripe e outras viroses, quando é preciso concentrar esforços na atenção curativa, exigindo concentração de força de trabalho.

Nesse contexto, foram adiados os cursos de verão que preveem deslocamento de servidores para salas de aula durante expediente de trabalho, mantendo a programação de EPS em saúde refém da situação de doença da população. A Diretoria de Educação Permanente organizou uma Roda de Conversa para problematizar a estratégia de educação permanente e construir hipóteses de solução para os anos seguintes.

#### **O problema e a interface com a educação permanente**

Em Roda de Conversa entre as coordenadorias da APS e a equipe de educação permanente, esse desconforto foi explicitado pelas seguintes falas:



Prezados, a agenda de cursos direcionados à atenção primária está suspensa devido à epidemia de dengue, mas, de qualquer modo, precisamos pensar outras práticas educativas, de modo a não interferir no cotidiano do trabalho. Todos os anos enfrentamos esse problema e os próprios servidores têm questionado a multiplicidade e coerência das ações educativas. Vamos rever a programação de cursos organizados pelo nível central, de modo a relacionar a demanda com a necessidade de saúde e propor um programa de formação e educação permanente para os trabalhadores, introduzindo tecnologias de articulação ensino-serviço e/ou ensino a distância. Convém adotar inovações já para o próximo mês na Programação da Hanseníase.

**Sônia**  
CAB

Acho importante aprofundarmos essa discussão para além do desconforto aqui explicitado, construindo novos modos de se fazer educação dentro da proposta político-pedagógica da educação permanente, que resgata o conceito de aprendizagem significativa, tendo os serviços como local de aprendizagem<sup>17</sup>, contribuindo, assim, para a superação da dicotomia teoria-prática, ensino-serviço.

**Mariana**  
Educação Permanente

**Vera**  
Programa da Hanseníase

Neste caso, as atividades educativas programadas para 400 trabalhadores tornam-se inviáveis. Se não é recomendado deslocar todos, podemos capacitar uma parte deles, que serão multiplicadores em seus processos de trabalho?!

17 Para alguns autores, esse conceito foi desenvolvido por Paulo Freire; Outros autores afirmam que decorreu do movimento institucional, quando se estabeleceu espaço para gestão do trabalho e da educação. Para desenvolver esse conceito, o Ministério da Saúde aposta no apoio matricial, tanto que instituiu e regulamentou a Política Nacional de Educação Permanente e os Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho e desenvolvimento do conceito ampliado de saúde.

Isso mesmo, Vera. Coloque em ação esta proposta a ser evoluída na perspectiva de matriciamento.

**Sônia**  
*CAB*



Bom, pelo andar da carruagem, parece lógico propor às demais coordenadorias e serviços uma roda de conversa e/ou oficina de educação permanente para desenvolvimento desse conceito e construirmos possibilidades de arranjos organizacionais, na perspectiva de apoio matricial às equipes de referência.

**Mariana**  
*Educação Permanente*



**Vera**  
*Programa da Hanseníase*



Concordo, pois precisamos elucidar o significado dessa metodologia que se utiliza para gestão da educação e do trabalho em saúde. Então, o que antes chamávamos de multiplicadores, chamaremos então de apoiadores? As equipes de referência são equipes de especialistas?

**Sônia**  
*CAB*



**Mariana**  
*Educação Permanente*



**Vera**  
*Programa da Hanseníase*



É natural essa confusão. Primeiramente vamos diferenciar o trabalho dos multiplicadores que utilizam a Pedagogia Tradicional<sup>18</sup> nas capacitações e treinamentos. Essa metodologia de ensino dicotomiza teoria e prática, desconsiderando os saberes do aluno-trabalhador. Essas práticas fomentam o descompromisso de ambas as partes com o processo de ensino-aprendizagem. Esse tipo de organização e gestão do trabalho surgiu com o Taylorismo<sup>19</sup>.

18 A pedagogia Tradicional ou da transmissão, pedagogia Nova, adotam práticas pedagógicas não críticas, das quais as mais comuns são a capacitação, o treinamento; O instrutor se preocupa em ensinar, sem compromisso com o aprendizado do aluno.

19 O Taylorismo surgiu como proposta de organizar o trabalho material, através da comunicação, informação, publicidade, gerenciamento, etc Estudou tempo e movimento dos trabalhadores, sistematizou e fragmentou o processo de trabalho conforme o modo capitalista de produção. O Matriciamento propõe inversão dessa lógica, congregando gestão do trabalho e educação permanente, ampliando possibilidades de realizar-se clínica ampliada, com ampliação do trabalho clínico e sanitário e socialização na produção de conhecimento.

Em contraposição, o apoio matricial é um trabalho coproduzido entre o Sujeito Institucional (gestores-apoiadores institucionais), os Sujeitos Cuidadores (equipes de referência-apoiadores especialistas) e os Sujeitos Demandantes de Cuidado (usuários) e, por isso, implica, nesse processo, um nível maior de compromisso com o processo de ensino-aprendizagem. É o que se chama de trabalho biopolítico<sup>20</sup>. No entanto, o que se pretende com o apoio matricial é fazer o caminho inverso do Taylorismo, ou seja, fomentar a socialização na produção de conhecimentos e isso implica sempre a construção coletiva do Projeto Terapêutico que pode desenvolver-se em três planos fundamentais:

**A**

Atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência;

**B**

Em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, o mesmo programa para si mesmo uma série de atendimentos ou intervenções especializadas e, junto com a equipe de referência, buscam (re)definir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família, ou à comunidade;

**C**

O apoio pode ser também troca de conhecimentos e de (re)orientações entre equipe e apoiador, diálogo permanente sobre alterações na avaliação e conduta terapêutica antes adotadas, permanecendo o caso, contudo, sob cuidado da equipe de referência.

20 O trabalho biopolítico decorre do trabalho imaterial e por isso é co-produzido. “É preciso insistir sobre o fato que a atividade implicada no trabalho imaterial permanece, ela mesma, material- ela engaja nosso corpo e nosso cérebro, como todo trabalho. O que é material é seu produto. E, desse ponto de vista, nós admitimos que a expressão trabalho imaterial é bastante ambígua. Talvez, por isso, seja preferível falar de trabalho biopolítico, isto é, um trabalho que cria não somente bens materiais, mas também relações e, em última instância, a própria vida social. (Hardt & Negri , apud Ricardo Teixeira)

É, Mariana, é até bonito ouvir tudo isso, mas me desanima pensar nos inúmeros obstáculos a transpor. A começar pela tão almejada integralidade da rede de serviços. Não vejo como superar obstáculos estruturais do sistema e conectar sistemas de referência e contrarreferência e os Centros de Regulação com seus protocolos e regulamentações, que pouco se comprometem com a inclusão do usuário na rede de serviços, de tão envolvidos que estão na disputa pela autonomia e governo das ações e serviços de saúde. O que está em jogo é autonomia do protocolo x autonomia do profissional x autonomia gerencial.

**Paulo**  
*Gestor Municipal*

Pois é, Paulo, o conceito de apoio matricial também propõe uma ressignificação sobre a hierarquização da rede de serviços quando entende a atenção primária à saúde como necessidade básica, porém de extrema complexidade.

**Sônia**  
*CAB*

Concordo, Sônia. Aos poucos os limites de atenção primária foram ampliados, demandando retaguarda especializada e qualificação dos profissionais da atenção primária. Por isso temos problemas de difícil solução na organização das ações de Saúde Bucal, a exemplo da Prótese Dental, considerada pelo Ministério da Saúde como necessidade básica ao usuário e, ao mesmo tempo, um procedimento de extrema complexidade segundo os conselhos de odontologia. Talvez possamos retomar a discussão, com propósito de organizar apoio matricial na atenção-gestão e pactuar junto com as Equipes de Saúde Bucal a reorganização do processo de trabalho, incluindo essa necessidade.

**Julio**  
*Coordenador de Saúde Bucal*

**Mariana**  
*Educação Permanente*

**Silvia**  
*Gestão de Políticas*



21 O movimento pedagógico do Crítico-reprodutivismo foi importante para questionar as pedagogias não-críticas; Porém sem conseguir superar essa condição, limitou-se a criticar e reproduzir a marginalidade dentro da escola. Saviani

22 Nesse sentido, essa metodologia altera o papel das Centrais de Regulação, reservando-lhes uma função na urgência, no zelo pelas normas e protocolos e na divulgação do apoio disponível. A decisão sobre o acesso de um caso a um apoio especializado seria, em última instância, tomada de maneira interativa entre profissional de referência e apoiador. O sistema regulador teria um papel de avaliar e acompanhar as decisões e de tomá-las em situações de urgência, quando não haveria tempo para estabelecimento de contato entre referência e apoio matricial.

### Resumindo:

O apoio matricial pode oferecer tanto retaguarda assistencial, quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende de pactuação compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre equipes de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Fica claro, portanto, que apoio matricial tem uma dimensão sinérgica com EPS, partindo dos seguintes pressupostos:

- I Do conhecimento, agregando saberes e competências às equipes de referência no cuidado longitudinal.
- II Gestão das equipes, criando espaços rotineiros de reunião para pactuar o processo de trabalho por meio de discussão de casos, definição de objetivos para encaminhamento, critérios de avaliação dos trabalhos, resolução de conflitos etc. Nada disso acontece automaticamente e torna-se necessário que os profissionais assumam sua responsabilidade na cogestão e os gestores coordenem estes processos, em constante construção do trabalho transdisciplinar.
- III A Coordenação do cuidado e/ou gestão da clínica: na perspectiva da integralidade do cuidado, a equipe ou profissional de referência são aqueles que têm responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, ao longo do tempo, em contraposição a uma abordagem fragmentada por recortes disciplinares.

### 3.3.5 A Educação Permanente em transversalidade com a Humanização: Refletindo sobre novos modos de fazer

A Política Nacional de Humanização apresenta diretrizes e dispositivos para se construir uma zona de convergência entre os interesses dos gestores, trabalhadores e usuários, criando espaços de encontro, onde as pessoas conversam e analisam problemas, estabelecem consensos e pactuam compromissos, na perspectiva dialética. Esse modo de organizar a educação dos trabalhadores desloca o interesse das instituições de ensino para a necessidade do trabalho, em lógica ascendente e transdisciplinar.

A metodologia de apoio matricial adota mais frequentemente o método Paideia, o qual consiste na inclusão de alguns dispositivos, tais como: Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular, Equipe de Referência e Apoio Matricial e uma inovação na gestão ao propor a cogestão.

A Clínica Ampliada é aquela que reconhece a importância do saber que advém do compartilhamento dos aspectos subjetivos que envolvem o trabalho da equipe de saúde. Mas não basta reconhecer a dimensão subjetiva da relação clínica. É necessário aprender a lidar com o fluxo de afetos inerentes a essa relação e isso passa inevitavelmente pela capacidade de cada profissional integrante da equipe de desenvolver uma autopercepção sensível, que o ponha em contato com seus sentimentos e os reconheça como um importante saber clínico, articulando-os a outros saberes e tecnologias. Para isso, é importante fugir da tentação totalizante de um saber, validando outros saberes, principalmente o saber que vem do próprio paciente a respeito da sua doença e do seu adoecer. É justamente considerando o paciente em sua integralidade, seu modo de viver e de adoecer, implicando esse paciente com o seu tratamento, que vamos conseguir negociar um Projeto Terapêutico Singular. À medida que o debate se amplia, percebe-se a necessidade formativa para qualificação multidisciplinar-multiprofissional, de modo a desenvolver o apoio matricial: a formação de apoiadores institucionais e apoiadores matriciais.

### 3.3.6 Projeto Terapêutico Singular

Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas que visam ao cuidado do indivíduo por meio de condutas terapêuticas articuladas, com vistas a atender necessidades individuais ou coletivas, como, por exemplo, no grupo familiar (BRASIL, 2009).

O PTS é um processo coletivo de construção negociação coletiva, que inclui não apenas a equipe de saúde, mas também o usuário e sua família.

O objetivo principal do PTS é formular estratégias intervenção para o paciente e sua família, abrangendo suas necessidades, levando em considerando os equipamentos de trabalho da equipe.

Preferencialmente, o PTS deve se utilizado nos casos/situações mais complexas e de difícil resolução, caracterizadas pela necessidade de se acionar um conjunto de recursos disponíveis na rede de atenção à saúde ou fora dela, por exemplo: Centros de Referência em Assistência Social – CRAS (BRASIL, 2012).

Para a construção do PTS, é importante que sejam contemplados quatro momentos:

- Definição de hipóteses diagnósticas;
- Definição metas;
- Divisão de responsabilidades;
- Avaliação e reavaliação (BRASIL, 2009).

#### DIAGNÓSTICO

Avaliação/problematização dos aspectos orgânicos, psicológicos e sociais, buscando facilitar uma conclusão, ainda que provisória, a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. O conceito de vulnerabilidade, psicológica, orgânica e social, é muito útil e deve ser valorizado na discussão. A vulnerabilidade possibilita uma leitura mais singular da situação de cada sujeito individual ou coletivo, enfrentando de certa forma as insuficiências da generalização do conceito de risco (e grupos de risco). A equipe procura compreender como o sujeito singular se coproduz diante da vida e da situação de adoecimento. Como operam os desejos e os interesses, assim como o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Uma atenção especial deve estar voltada para as potencialidades, as vitalidades do sujeito.

Uma função também importante desse momento é produzir algum consenso operativo sobre afinal quais os problemas relevantes tanto do ponto de vista dos vários membros da equipe quanto do ponto de vista do(s) usuário(s) em questão.



### DEFINIÇÃO DAS METAS

Sobre os problemas, a equipe trabalha as propostas de curto, médio e longo prazo que serão negociadas com o sujeito "doente" e as pessoas envolvidas. A negociação deverá ser feita, preferencialmente, pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor com o usuário.

### DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES

É importante definir as tarefas de cada um com clareza. Escolher um profissional de referência, na Atenção Básica pode ser qualquer membro da Equipe independentemente da formação, é uma estratégia para favorecer a continuidade e articulação entre formulação, ações e reavaliações. Ele se manterá informado do andamento de todas as ações planejadas no Projeto Terapêutico. Será aquele que a família procura quando sente necessidade e com o qual negocia as propostas terapêuticas.

### REAVALIAÇÃO

Momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções dos rumos tomados.

Adaptado de Caderno da Atenção Básica: Diretrizes do NASF, 2009, pag. 30-31.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS



No marco histórico e político das políticas de humanização da atenção à saúde, o investimento nas tecnologias do cuidado contrasta ainda com uma cultura técnica carente de revisão acerca dos marcos do poder, de conhecimento, da verticalização das relações e da promoção de um ambiente mais afeito à criatividade e ao afeto. Partindo desse pressuposto, os autores reúnem esforços em ampliar o debate da clínica na Atenção Primária, acentuando que a organização dessa clínica, qualificada e ampliada, inclui o desafio da formação dos sujeitos na atenção e gestão, de modo a desenvolverem competências e habilidades compatíveis com o saber conhecer- saber fazer – saber ser – saber conviver.

A percepção dessa necessidade educativa vem permeando os setores de formação e educação permanente no âmbito do SUS, assim como as práticas de saúde, a partir da implantação da ESF.

No contexto de transição tecnológica na saúde, o processo de resignificação da clínica pode ser disparado por ações de educação permanente aliadas à tecnologia de apoio à potencialização do movimento de transição paradigmática.

Uma das possibilidades de (re)organização da clínica reside no desafio de desenvolver competências para lidar com as tecnologias de apoio matricial e educação permanente, cuja densidade tecnológica atravessa os diferentes processos de trabalho, exigindo uma abordagem ampliada e multidisciplinar, que considere as relações de produção e a articulação intra e interinstitucional.

No entanto, ainda é preciso iniciativa política, produção de conhecimento e de subjetividades para aproximar os subjetivos dos objetivos propostos nesse propósito, além de sensibilizar e criar condições para que equipes possam realizar a cogestão do serviço.



## Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)

**Autora:** Ana Paula Gonçalves de Lima Resende

*“Uma diretriz assistencial  
é uma trilha, não um trilho.”  
(Eugênio Vilaça Mendes).*

Um grande desafio atual para as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) é a atenção em saúde para as doenças crônicas. Essas condições são muito prevalentes, multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de Saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade (BRASIL, 2014a).

Partindo desta premissa, não poderíamos deixar de abordar, mesmo que de forma concisa, e adicionando recomendações de leituras complementares, a atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no contexto das redes de atenção à saúde, neste nível de atenção.

Considerando o cenário de transição epidemiológica do Brasil em que há o aumento considerável de demandas de cuidados relacionados às condições crônicas (neoplasias, hipertensão, diabetes e doenças respiratórias, como doença pulmonar obstrutiva crônica e asma), ao mesmo tempo em que também se amplia a mortalidade por causas externas (violência, acidentes de trânsito) e persiste a importância das doenças transmissíveis no perfil epidemiológico brasileiro, a exemplo da sífilis, HIV/AIDS, hepatites, meningites e tuberculose (MENDES, 2012).

A relevância das condições crônicas e a necessidade de reorganizar a atenção à saúde da pessoa acometida por essas condições, levou a publicação da Portaria n. 483, de 1º de abril de 2014, pelo Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro:

[Ementa] Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

Art. 4º São objetivos da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas:

I - realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; e

II - fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações. (BRASIL, 2014b).

Informamos que este tópico, em que abordamos as doenças crônicas, foi construído tomando por base o Caderno de Atenção Básica n. 35, intitulado *Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica*, do Ministério da Saúde do Brasil (2014a), e da obra *O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família*, de Mendes (2012). Os conceitos, orientações e figuras apresentados são oriundos das referidas referências.

A adoção de diretrizes orientadoras do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) propõe que os profissionais se reorganizem e reestabeçam suas atribuições, visando a ampliação da capacidade clínica/assistencial de cada membro da equipe, com atenção especial aos enfermeiros e técnicos de enfermagem. Para o sucesso deste processo é indispensável a estratificação de risco dos usuários com condições crônicas para escolha do melhor manejo clínico para cada caso (GONÇALVES et al., 2017, p. 15-16).

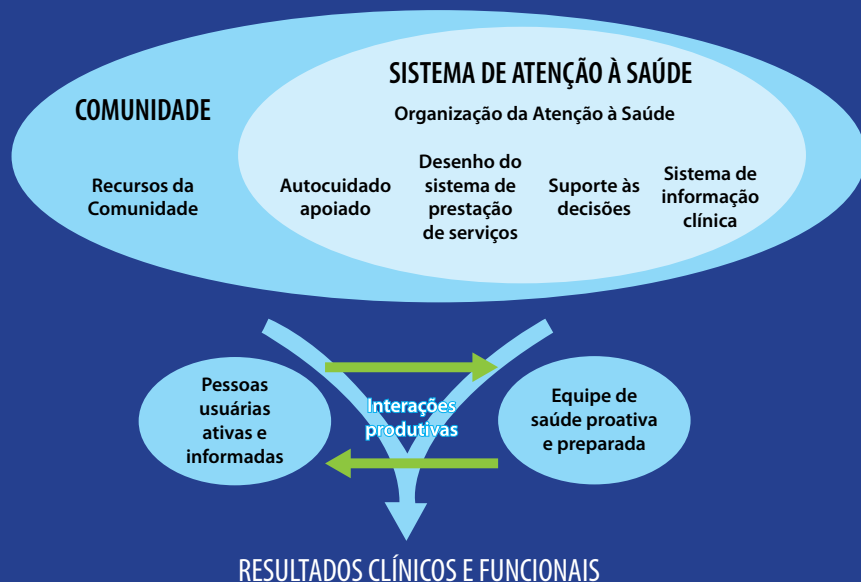
### CONHECENDO A CONSTRUÇÃO DO MACC

Mendes (2011), em visita às literaturas internacional e nacional, elaborou a construção de uma proposta do MACC, que tem como base três outros modelos – 1º) Modelo de Atenção Crônica (em inglês, *Chronic Care Model* – CCM); 2º) Modelo da Pirâmide de Risco (MPR); 3º) Modelo de Determinação Social da Saúde (DSS) – apresentados a seguir:

#### 1º) Modelo de Atenção Crônica

O autor se fundamentou no trabalho original do CCM apresentado por Edward H. Wagner, em *Chronic Disease Management: What will Take to Improve Care for Chronic Illness?* (1998), sendo que a descrição detalhada do CCM é feita abrangendo os seis elementos fundamentais do Modelo, conforme representado na Figura 1.

**FIGURA 1** - O modelo de Atenção Crônica



Fonte: Mendes (2012, p. 141).

O MACC é originário do CCM, mas com modificações para adaptá-lo ao Sistema Único de Saúde (SUS) feitas por Mendes (2012).

O CCM compõe-se de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos – Sistema de atenção à saúde (campo 1) e Comunidade (campo 2) –, sendo que:

No campo 1, Sistema de atenção à saúde,

[...] as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado [...]. (MENDES, 2012, p. 140).

No campo 2, Comunidade,

[...] as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade. Esses seis elementos apresentam inter-relações que permitem desenvolver pessoas usuárias informadas e ativas e equipe de saúde preparada e proativa para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para a população. (MENDES, 2012, p. 140).

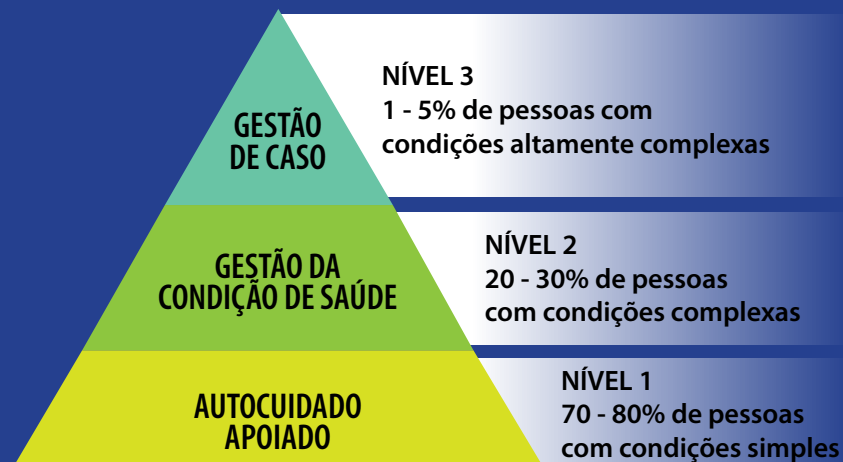
## 2º) Modelo da Pirâmide de Risco

Mendes (2011) também fundamentou-se no MPR que foi inicialmente apresentado por Molly Porter e Meg Kellogg, em *Kaiser Permanent: An Integrated Health Care Experience* (2008), U.K. Department of Health, em *Supporting People with Long Term Conditions: An NHS and Social Care Model to Support Local Innovation and Integration* (2005), e L. Strong, *A Strategy for Long Term Conditions in Mid Sussex* (2005).

Um segundo modelo que está presente na construção do MACC é o MPR, também conhecido como modelo da Kaiser Permanente, “[...] uma operadora de planos de saúde dos Estados Unidos que o desenvolveu e o implantou na sua rotina assistencial.” (MENDES, 2012, p. 154).

O MPR se assenta, fortemente, na estratificação dos riscos da população o que, por sua vez, define as estratégias de intervenção em autocuidado e em cuidado profissional. Por conseguinte, o cuidado profissional, em função dos riscos, define a tecnologia de gestão da clínica a ser utilizada, se gestão da condição de saúde ou se gestão de caso. O MPR está representado na Figura 2.

**FIGURA 2** - Modelo da Pirâmide de Riscos



Fonte: fundamentado em Porter e Kellogg (2008) e U.K. Department of Health (2005), por Mendes (2012, p. 156).

A Figura 2 mostra que uma população portadora de uma condição crônica pode ser estratificada por níveis de complexidade:

[...] 70% a 80% estão no nível 1 e são pessoas que apresentam condição simples; 20% a 30% estão no nível 2 e são pessoas que apresentam condição complexa; e, finalmente, 1% a 5% estão no nível 3 e são pessoas que apresentam condição altamente complexa. (MENDES, 2012, p. 156).

Sua lógica está em promover a saúde de toda a população,

[...] de estruturar as ações de autocuidado apoiado para os portadores de condições de saúde mais simples, de ofertar a gestão da condição de saúde para as pessoas que tenham uma condição estabelecida e de manejar os portadores de condições de saúde altamente complexas por meio da tecnologia de gestão de caso (MENDES, 2012, p. 157).

A aplicação do MPR no manejo das condições crônicas na Estratégia Saúde da Família (ESF) tem consequências na prática das equipes, como a divisão do autocuidado e do cuidado dispensado pelo profissional. A divisão proporcional da atenção profissional, que cada um vai oferecer e em equipe. A distribuição proporcional da atenção geral e especializada, além da organização da agenda dos profissionais de saúde, com a finalidade de organizar a oferta (MENDES, 2012).

Para que o MPR seja colocado em prática e efetivado na rotina assistencial da equipe, é essencial a estratificação da população por estratos de riscos, como por exemplo: pessoas portadoras de hipertensão de baixo, médio, alto e muito alto risco, gestantes de risco habitual e de alto risco, pessoas idosas vigorosa e pessoas idosas frágeis, entre outros (MENDES, 2012).

É preciso ter claro que, na aplicação clínica, os estratos de risco devem ser cruzados com a capacidade de autocuidado das pessoas portadoras de condições crônicas. Dessa forma, em algumas situações, uma pessoa estratificada no nível 1, se tiver uma capacidade muito baixa de autocuidado, poderá ter uma concentração de cuidados profissionais maior que a preconizada na linha-guia para aquele nível de estratificação. (MENDES, 2012, p. 160).

### 3º) Modelo de Determinação Social da Saúde

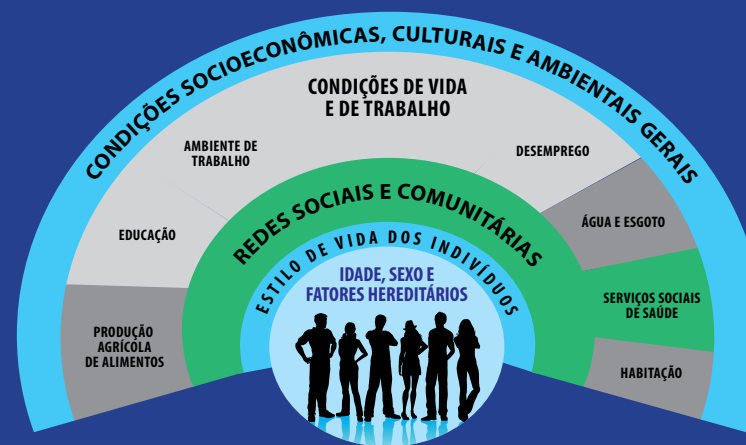
Gostaríamos de lembrar que na Unidade I – Módulo 3 foi apresentado os DSS e seu impacto na saúde da população, portanto eles deverão ser resgatados agora para a compreensão da estruturação e reorganização dos serviços para melhor responder às doenças crônicas.

Mendes (2011), ao usar o modelo DSS, fundamentou-se Göran Dahlgren e Margaret Whitehead, apresentado em *Policies and strategies to promote social equity in health: Background document to WHO – Strategy paper for Europe* (2007). Em 1992, Dahlgren e Whitehead organizaram o conjunto de determinações do processo de saúde-doença e/ou adoecimento a partir do paradigma da promoção da saúde. Fizeram esta relação

considerando o ponto de vista da mudança e da diminuição das injustiças sociais, marcantes na realidade brasileira (BUSS, 2003).

O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os determinantes sociais da saúde dispostos em diferentes camadas concêntricas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes. O modelo enfatiza as interações: estilos de vida individuais estão envolvidos nas redes sociais e comunitárias e nas condições de vida e de trabalho, as quais, por sua vez, relacionam-se com o ambiente mais amplo de natureza econômica, cultural e econômica (MENDES, 2012). O DSS está representado na Figura 3.

FIGURA 3 - O modelo de Determinação Social da Saúde



Fonte: modelo de Dahlgren e Whitehead (2007), traduzido e colorido por Mendes (2012, p. 165).

### O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC)

O modelo de atenção às condições crônicas (MACC) foi desenvolvido, por Mendes (2011), para que pudesse ser aplicado ao sistema público de saúde brasileiro, a partir de evidências recolhidas na literatura internacional, sobre os modelos de atenção à saúde e a peculiaridade do SUS.

Há vários motivos para a implementação do MACC. Mas a principal é sua fundamentação no CCM ajustado as particularidades do sistema de saúde brasileiro, agregando outros dois modelos, apresentados acima, o MPR e o modelo DSS, para se adequar às premissas de um sistema de atenção à saúde público e universal como o SUS (MENDES, 2012).

O SUS é um sistema público de atenção à saúde com responsabilidades claras sobre territórios e populações. Nesse aspecto, a gestão de base populacional convoca um modelo que estratifique a população segundo riscos, o que implicou a incorporação, pelo MACC, do MPR. (MENDES, 2012, p. 168).

Além disso, o SUS deve operar com uma perspectiva ampla de saúde

[...] que deriva de mandamento constitucional e que implica a perspectiva da determinação social da saúde. Isso levou à incorporação, no MACC, do modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead. Assim, à semelhança do modelo dos cuidados inovadores para condições crônicas da Organização Mundial da Saúde, do modelo de atenção à saúde e assistência social do Reino Unido e do modelo de atenção crônica expandido de British Columbia, Canadá, o MACC é um modelo que se expandiu para acolher os diferentes níveis da determinação social da saúde (MENDES, 2012, p. 168-169).

Assim, vários modelos explicativos coexistem e Mendes (2012) propôs intervenções aos Serviços de Saúde, integrando os seguintes modelos: DSS, MPR e MACC (FIGURA 4).

**FIGURA 4** - Condições crônicas, estratificação da população segundo riscos e recomendações para cada estrato de risco



Fonte: Brasil (2014a, p. 30), fundamentado em Mendes, em *O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família* (2012).

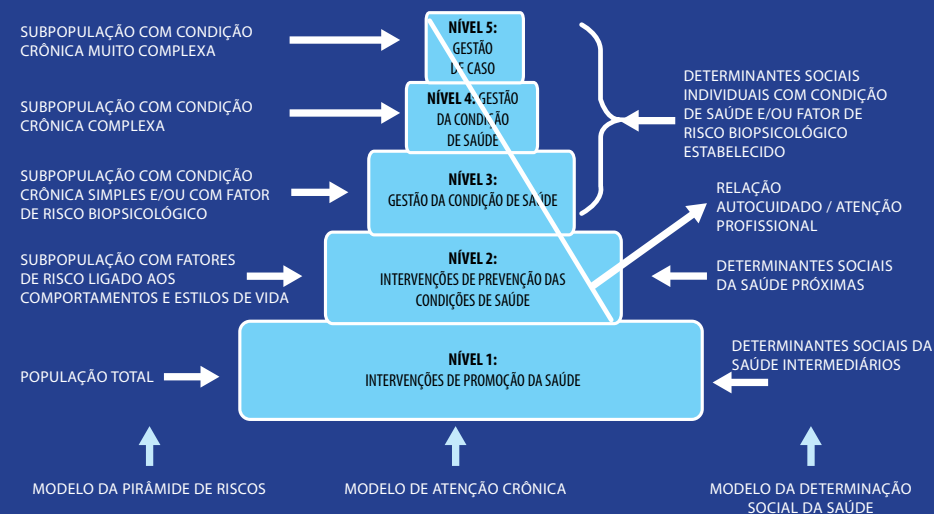
O MACC aplicado à APS, a partir da estratificação de risco, descreve cinco níveis de intervenção: Nível 1: promoção da saúde (intervenções de promoção da saúde); Nível 2: prevenção das condições crônicas (intervenções de prevenção das condições de saúde); Nível 3: clínica das condições crônicas menos complexas (gestão da condição de saúde); Nível 4: clínica das condições crônicas mais complexas (gestão da condição de saúde); Nível 5: clínica das condições crônicas muito complexas (gestão de caso).

Nos dois primeiros níveis, as equipes de saúde atuam antes que condições crônicas se estabeleçam, e nos demais, as intervenções clínicas sobre Condições Crônicas já estabelecidas sistematizam-se por meio de atividades planejadas a partir das necessidades dos usuários, mediante seu risco identificado (MENDES, 2009).

## A DESCRIÇÃO GERAL DO MACC

Por fim o MACC está representado graficamente na Figura 5.

**FIGURA 5** - O Modelo de Atenção às Condições Crônicas



Fonte: Mendes (2012, p. 169), fundamentado em Mendes, em *As Redes de Atenção à Saúde* (2011).

O MACC deve ser lido em três colunas, conforme Mendes (2012):

a) Na coluna da esquerda, sob influência do MPR, está a população total estratificada em subpopulações por estratos de riscos;

b) Na coluna da direita, sob influência do modelo de determinação social saúde de Dahlgren e Whitehead, estão os diferentes níveis de DSS: os determinantes intermediários, proximais e individuais. É claro que se tratando de um modelo de atenção à saúde, não caberia, aqui, incluir os macrodeterminantes distais da saúde;

c) Na coluna do meio estão, sob influência do CCM, os cinco níveis das intervenções de saúde sobre os determinantes e suas populações: intervenções promocionais, preventivas e de gestão da clínica.

Observamos que o MACC pode ser aplicado a diferentes espaços sociais, porém aqui neste tópico, se considera sua aplicação na APS.

O lado esquerdo da Figura 5

[...] corresponde a diferentes subpopulações de uma população total sob responsabilidade da ESF, em torno de 3.500 pessoas. Essa população e suas subpopulações são cadastradas na ESF e são registradas segundo as subpopulações de diferentes níveis do modelo: o nível 1, a população total e, em relação à qual se intervirá sobre os determinantes sociais da saúde intermediários; o nível 2, as subpopulações com diferentes fatores de riscos ligados aos comportamentos e aos estilos de vida (determinantes sociais da saúde proximais): subpopulações de pessoas tabagistas, com sobrepeso ou obesidade, sedentárias, usuárias excessivas de álcool, com alimentação inadequada, sob estresse exagerado e outros; o nível 3, as subpopulações de pessoas com riscos individuais e/ou com condição crônica estabelecida, mas de baixo e médio riscos; o nível 4, as subpopulações de pessoas com condição crônica estabelecida, mas de alto e muito alto riscos; e o nível 5, as subpopulações de condições de saúde muito complexas. O conhecimento de sua população pela ESF e sua divisão em subpopulações por diferentes riscos constitui o alicerce da gestão da saúde com base na população. (MENDES, 2012, p. 170).

O lado direito da Figura 5, corresponde ao foco das diferentes intervenções de saúde em função dos determinantes sociais da saúde (MENDES, 2012:170).

No nível 1, o foco das intervenções são os determinantes sociais da saúde intermediários que se manifestam no âmbito local de atuação da ESF, especialmente aqueles ligados às condições de vida e de trabalho: educação, emprego, renda, habitação, saneamento, disponibilidade de alimentos, infraestrutura urbana, serviços sociais (MENDES, 2012).

O meio da Figura 5 representa as principais intervenções de saúde em relação à população/subpopulações e aos focos prioritários das intervenções sanitárias (MENDES, 2012).

No nível 1, temos as intervenções de promoção da saúde, considerando a população total, focando nos determinantes sociais intermediários. Propõe-se intervenção por meio de projetos intersetoriais, vinculando o território, a ações de serviços de saúde com vistas a melhoria habitacional, de geração de emprego e renda, de ampliação do acesso ao saneamento básico, como políticas públicas efetivas nesta área, de oferta de

acesso e de educação de qualidade, melhoria na infraestrutura urbana etc. Projetos intersetoriais potencializam a associação das várias políticas públicas existentes impactando na melhoria da saúde da população (HARRIS; HASTINGS, 2006; PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2007).

No nível 2, as intervenções são de prevenção das condições de saúde e com foco nos determinantes proximais da saúde ligados aos comportamentos e aos estilos de vida. Utiliza-se a expressão prevenção das condições de saúde e não prevenção das doenças, porque se pode prevenir condições de saúde, como gravidez nas mulheres e incapacidade funcional das pessoas idosas, que não são doenças. Esses determinantes são considerados fatores de risco modificáveis e são potenciados pelos determinantes sociais intermediários e distais (MENDES, 2012, p. 171).

Os mais importantes são o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física, o excesso de peso e o uso excessivo de álcool (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

Até o segundo nível não há uma condição de saúde estabelecida ou a manifestação de um fator de risco biopsicológico, à exceção dos riscos por idade ou gênero. Somente a partir do nível 3 do MACC é que se vai operar com um fator de risco biopsicológico e/ou com uma condição de saúde cuja gravidade, expressa na complexidade, convoca intervenções diferenciadas do sistema de atenção à saúde. Por isso, as intervenções relativas às condições de saúde estabelecidas implicam a estratificação dos riscos, segundo as evidências produzidas pelo MPR (MENDES, 2012).

Os níveis 3, 4 e 5 do MACC estão relacionados aos indivíduos com suas características de idade, sexo, fatores hereditários e fatores de risco biopsicológicos, que é a camada central do modelo de Dahlgren e Whitehead. Nestes níveis prevalecem as intervenções clínicas, onde os profissionais empregam tecnologias de gestão da clínica. Nestes níveis a clínica é empregada na sua plenitude (MENDES, 2012).

A partir do nível 3, a equipe deve identificar as subpopulações, definidas a partir da estratificação de riscos da condição de saúde, delineada pelo MPR. Neste nível, as intervenções devem ser organizadas considerando os fatores de risco biopsicológicos como idade, gênero, hereditariedade, hipertensão arterial, depressão e outros (MENDES, 2012).

Ainda que os níveis 3 e 4 sejam enfrentados pela mesma tecnologia de gestão da condição de saúde, a lógica da divisão em dois níveis explica-se pela linha transversal que cruza o MACC, representada na Figura 12, e que expressa uma divisão na natureza da atenção à saúde prestada às pessoas usuárias. Isso decorre de evidências da pirâmide de risco que demonstram que 70 a 80% dos portadores de condições crônicas de baixo ou médio riscos são atendidos, principalmente, por tecnologias de autocuidado apoiado, com baixa concentração de cuidados profissionais. Assim, no nível 3, vai-se operar principalmente

por meio das intervenções de autocuidado apoiado, ofertadas por uma equipe da ESF, com ênfase na atenção multiprofissional; já no nível 4, opera-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e o cuidado profissional e, nesse nível é que se necessita de uma atenção cooperativa dos generalistas da ESF e dos especialistas. (MENDES, 2012, p. 171-172).

No nível 5 a equipe e os profissionais devem destinar à atenção prioritária, pois aqui estão reunidas às condições crônicas muito complexas. São nas condições muito complexas que estão concentrados os maiores custos devido a severidade das condições de saúde, porém pequena parcela da população esta neste nível. (BERK; MONHEINT, 1992). Por estes motivos, as necessidades dessas pessoas exigem a utilização de tecnologia específica de gestão da clínica, a gestão de caso. Portanto, este nível concentra alta necessidade de cuidado profissional. Um gestor de caso (que pode ser a equipe, um enfermeiro, um médico, etc) deve coordenar a atenção recebida pelo usuário em todos os pontos de atenção à saúde.

Para aprofundar o conhecimento sobre a MACC e suas aplicações, recomendamos a leitura do Caderno de Atenção Básica n. 35, do Ministério da Saúde do Brasil, intitulado *Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica* (2014).

## REFERÊNCIAS

BERK, M. L.; MONHEINT, A. C. The concentration of health expenditures: an update. *Health Affairs*, Millwood, v. 11, n. 4, p. 145-149, 1992. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.11.4.145>. Acesso em: 3 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica\\_cab35.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf). Acesso em: 4 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2 abr. 2014b. Não paginado. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html). Acesso em: 5 abr. 2019.

BUSS, P. M.; PELEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2019.

BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS,

C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.15-38.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil* [relatório final]. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. Disponível em: [https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/livro\\_determinantes.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/livro_determinantes.pdf). Acesso em: 3 jul. 2019.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. *Policies and strategies to promote social equity in health: Background document to WHO – Strategy paper for Europe*. Stockholm: Arbetsrapport/Institutet for Framtidsstudier, 2007. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2019.

GONÇALVES, M. R. et al. Desafios da atenção primária à saúde no Brasil. Porto Alegre: UFRGS, 2017. Disponível em: [https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/producao\\_cientifica/DESAFIOS%20DA%20ATENÇÃO%20PRIMÁRIA%20À%20SAÚDE.pdf](https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/producao_cientifica/DESAFIOS%20DA%20ATENÇÃO%20PRIMÁRIA%20À%20SAÚDE.pdf). Acesso em: 3 mar. 2019.

HARRIS, A.; HASTINGS, N. *Working the system: Creating a state of wellbeing*. Edinburgh: Scottish Council Foundation, 2006.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf). Acesso em: 9 mar. 2019.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <https://apsredes.org/download/13578/>. Acesso em: 3 mar. 2019.

PORTER, M.; KELLOGG, M. Kaiser Permanente: An integrated health care experience. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, Barcelona, v. 1, n. 1, 2008.

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. *Crossing sectors: Experiences in intersectoral action, public policy and health*. Ottawa: Minister of Health, 2007. Disponível em: [https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/2007/cro-sec/pdf/cro-sec\\_e.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/2007/cro-sec/pdf/cro-sec_e.pdf). Acesso em: 18 jul. 2019.

ROJAS, E. (Ed.). *Construir ciudades: mejoramiento de barrios y calidad de vida urbana*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo/Fondo de Cultura Económica, 2009. Disponível em: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Construir-ciudades-Mejoramiento-de-barrios-y-calidad-de-vida-urbana.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2019.



STRONG, L. *A strategy for long term conditions in Mid Sussex*. Sussex: NHS, 2005.

U.K. DEPARTMENT OF HEALTH. *Supporting people with long term conditions: An NHS and social care model to support local innovation and integration*. Leeds: COI, 2005. Disponível em: [https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20070506102434/http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/idcplg?IdcService=GET\\_FILE&dID=4384&Rendition=Web](https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20070506102434/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/idcplg?IdcService=GET_FILE&dID=4384&Rendition=Web). Acesso em: 18 jul. 2019.

WAGNER, E. H. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, Philadelphia, v. 1, n. 1, p. 2-4, 1998.



# REFERÊNCIAS

ALMEIDA M. organizador. **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede Unida, 2003.

AYRES, J.R.C.M O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade** v.13, nº3, p.16-29, set.-dez. 2004.

BALINT, Michaël. **O médico o paciente e sua doença**. Rio de Janeiro: ed. Livraria Atheneu, 1988.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1992. Cinco lições sobre a transferência. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

BERGSON, H. A. Intuição Filosófica **In Bergson: cartas conferências e outros escritos**. São Paulo: Ed. Nova Cultural, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde, **HUMANIZA SUS – Documento Base Para Gestores e Trabalhadores**. 4ª ed. 2008 ([www.saude.gov.br/humanizausus](http://www.saude.gov.br/humanizausus)).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF-AB. Brasília; 2008. nº 18. DOU de 25/01/08.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 60 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS - documento Base para Gestores e trabalhadores**. 4. ed. , Brasília: Ministério da Saúde. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF-AB: núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.157p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de JULHO de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Vol. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. 2017.

CAMPBELL,S.M. et al. **Identifying predictors of high quality care in English General Practice: observational study**. *BMJ*: v.323, p.784, 2001.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

\_\_\_\_\_. O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**: v.14, nº4, Rio de Janeiro, out.-dez. 1998.

\_\_\_\_\_. **Método Para Análise e Cogestão de Coletivos**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

\_\_\_\_\_. **A clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. Mimeo DMPS-UNICAMP, 1997.

\_\_\_\_\_. **MIMEO de aula do Curso de Gestão da Clínica na Atenção Básica**. UNICAMP 2008.

\_\_\_\_\_. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, p.197-228, 1997.

\_\_\_\_\_. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paideia*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, p. 51-67, 2003.

CAMPOS, G. W. S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2014, v. 18, suppl 1 [Acessado 22 Abril 2018] , pp. 983-995. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>>. ISSN 1807-5762.

CAMPOS, RO; GAMA, C. Saúde mental na atenção básica. In: Campos GWS, Guerrero AVP. *Manual de Práticas em Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. Brasília (DF): MS; 2010.

CECILIO LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface: comun., saúde, educ.** 2011;15(17): 589-99.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica.** São Paulo: Hucitec, 2005.

CUNHA, G. T. **Grupos Balint Paideia:** uma contribuição para a cogestão e a clínica ampliada na atenção básica. Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, 2009.

Davini MC. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. **In:** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde Brasília: 2009; 64 p.

DELORS J. organizador. **Educação: um tesouro a descobrir.** 8ª ed. São Paulo: Cortez; 2003. (Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI).

FERRO, L. F.; SILVA, E. C. ; ZIMMERMANN, A. B.; CASTANHORO, R. C. T. ; OLIVEIRA, F. R. L. Interdisciplinaridade e intersectorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidade E desafios. **O Mundo da Saúde,** São Paulo - 2014;38(2):129-138

FOUCAULT, M. The subject and Power. **In:** DREYFUS, H.; RABINOW, P. Chicago: University of Chicago, 1982/1983

FIGUEIREDO, M. D. Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP). 2006. Dissertação de mestrado. Pós-graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido. 50. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011

GRABOIS V. Gestão do cuidado. **In:** Godim R, Grabois V, Mendes W. Organizadores. Qualificação de gestores do SUS. 2ªed. Rio de Janeiro: EAD-Ensp; 2011. p.154-90.

GRIMES, D. A. e SCHULZ, k. F. Uses and abuses of screening tests, **THE LANCET** • Vol 359, Março, 2002.

ILLICH, I. **Nêmesis da medicina:** a expropriação da saúde. 1a ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

LEONELLO VM. **Competências para ação educativa da enfermeira:** uma interface entre o ensino e a assistência de enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

MARTINS, A. Religiões e tecnologias médicas, soluções mágicas contemporâneas; uma análise a partir de Spinoza, Nietzsche e Winnicott. **In:** Barros, J.A.C. Os fármacos na atualidade: antigos e novos desafios. Brasília: Ed. Anvisa, 2008. p. 87-109.

MENDES GONÇALVES RB. **Práticas de saúde:** processos de trabalho e necessidades. São Paulo; 1992. Cadernos CEFOR.

MINAYO MCS. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

MOURA, A. H. **A Psicologia Institucional e O Clube dos Saberes.** 1a ed. São Paulo: Hucitec. 2003.

NASCIMENTO DDG. **A residência multiprofissional em saúde da família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS.** [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008. 154p.

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. **Rev. Mundo Saúde,** São Paulo, 2010;34(1): 92-6.

OLIVEIRA GN. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde.** São Paulo: Hucitec; 2008.

OLIVEIRA MAC. **Da intenção ao gesto:** a dialética da formação de enfermagem em saúde coletiva [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004. 89p.

OLIVEIRA RG, MARCON SS. The opinion of nurses regarding the work they perform with families in the Family Health Program. **Rev Latino-Amer Enferm.** 2007;15(3):431-8.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** OMS: 2014.

PEDUZZI M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Públ.** 2001;35(1):103-9.

PERRENOUD P. **Construir as competências desde a escola.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

STARFIELD, Barbara, **Is US Health Really the Best in the World?,** JAMA. 2000;284:483-485.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 1ª ed. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

STEWART M.; BROWN J. B.; WESTON W. W.; MCWHINNEY I. R.; MCWILLIAM C. L.; FREEMAN T. R. Medicina Centrada na Pessoa. **Transformando o Método Clínico** (2nd. Edição). Porto Alegre: Artmed, 2010

TESSER, C.D. NORMAN, A.H e JUSTINO, A.L. Medicalização Social e Prevenção Quaternária: conceito e prática na Atenção Primária em Saúde **In:** TESSER, C.D. Medicalização Social e Atenção à Saúde no SUS. 1ª edição. São Paulo: Hucitec, 2010 (p. 151).

VARELLA, D. **Por um Fio**. São Paulo: Ed Companhia das letras. 2004.

WITT RR. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das funções essenciais de Saúde Pública** [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.

