

*GUSTAVO TENÓRIO CUNHA*

*A CONSTRUÇÃO DA CLÍNICA AMPLIADA  
NA ATENÇÃO BÁSICA*

*CAMPINAS*

*2004*

**GUSTAVO TENÓRIO CUNHA**

***A CONSTRUÇÃO DA CLÍNICA AMPLIADA  
NA ATENÇÃO BÁSICA***

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação  
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade  
Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre  
em Saúde Coletiva*

***ORIENTADOR: PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUZA CAMPOS***

***CAMPINAS***

***2004***

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

C914c Cunha, Gustavo Tenório  
A construção da clínica ampliada na Atenção Básica / Gustavo Tenório  
Cunha. Campinas, SP: [s.n.], 2004.

Orientador: Gastão Wagner de Souza Campos  
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade  
de Ciências Médicas.

1. \*Programa saúde da família. 2. Saúde pública. 3. Saúde -  
planejamento. 4. Clínica médica. I. Gastão Wagner de Souza Campos. II.  
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III.  
Título.

Tudo o que foi pensado e escrito neste trabalho, tem uma história, muitos encontros e sentimentos. Muitas das escolhas dos caminhos teóricos se deram menos durante o mestrado, do que na vida estudantil e profissional. Um autor como Foucault, por exemplo, não chegou até mim sozinho numa folha de papel. Junto com ele estão momentos, estão professores que o apresentaram, estão pacientes que o tornaram necessário... enfim, cada escolha, cada saber, cada construção aparentemente “racional” está marcada por sentimentos e por vivências. Por isso acho pertinente tentar misturar apresentação com agradecimentos. Sem imaginar que seja possível fugir do inevitável gosto de “*vai mandar um beijinho para quem?*” misturado com “*este trabalho não seria possível sem...*”

Entrei na FCM-UNICAMP em 1989 e fui salvo do curso de medicina pela maravilhosa campanha presidencial daquele ano. Sem o Partido dos Trabalhadores e o Movimento Estudantil (o DCE e a DENEM, principalmente), eu fatalmente teria ou desistido do curso, ou muito pior, me adaptado a sua lógica. Padilha, William, Chico, Valéria, Vítor, Lia, Rogério, Kika, e tanta gente mais... muitos até hoje com participação cotidiana na minha vida. Talvez eu nunca tenha aprendido tanto como nos primeiros anos da Universidade, assim como também nunca fui tão reprovado em tantas disciplinas. Hoje eu entendo porque vomitei, como diria Rubem Alves, os primeiros anos do curso médico. Era um currículo putrefeito. A todos os amigos e professores que compartilharam os momentos intensos da vida político-afetiva daqueles anos, o mais profundo agradecimento.

Ao sair do ciclo básico foi a vez de vivenciar o espaço hospitalar. Foi, digamos, o nascimento da clínica...A sobrevivência no espaço hospitalar não teria sido possível sem o prof. Mário Saad que, com inteligência e bom humor, abriu a possibilidade de outros olhares dentro do hospital. Até hoje ainda me pego chamando algum paciente de “*cumpadre*”. Aos amigos que compartilharam comigo a aventura do hospital universitário devo o mais profundo agradecimento. Eu realmente não teria suportado a instituição hospitalar se tivesse sido obrigado a conviver com a submissão entusiasmada à ideologia hospitalar e à competição ensandecida, hegemônica entre os alunos de medicina.

Recentemente, lendo um editorial do BMJ<sup>1</sup> que comentava um ditado comum (também) entre os estudantes britânicos, de que o “*hospital universitário seria ótimo sem os pacientes*”, lembrei-me dos duros e instrutivos tempos de interno. Até onde me lembro, na maioria das vezes dentro da instituição, o paciente oscilava entre um objeto de aprendizado e um empecilho para maximização de procedimentos. O poeta de que mais me lembro nesses tempos é Álvaro de Campos, e a sobrevivência da diferença no moedor de carne não aconteceu sem esforço. Alguns tomaram antidepressivos por todos nós. Alguns facilitaram mais informações privilegiadas em momentos decisivos, do que outros. Alguns foram mais hipocondríacos que outros. Todos (en)cobrimos faltas de todos. Todos nos transformamos. A todos os meus amigos do internato, aos “Feios Sujos e Malvados”, o mais profundo agradecimento.

Os meus pais tiveram uma paciência infinita com “os meus tempos” durante a graduação. Seguramente as rezas da minha mãe foram imprescindíveis. O espírito revolucionário da luta contra a ditadura arrefeceu muito, mas norteou a escolha dos livros que alimentaram a minha infância e adolescência, e marca meu olhar sobre o mundo.

Uma parte muito considerável dos autores citados neste trabalho me foi apresentada durante a residência em saúde pública. A residência, ao contrário da graduação, foi uma experiência muito positiva. Especificamente agradeço ao talento, carinho e paciência do Émerson e do Mau (Maurício Chakkour), que foram tutores do meu grupo a maior parte do tempo, e que iluminaram as nossas experiências práticas com uma vasta bibliografia (detalhadamente estudada), que serviu de base para o enfrentamento dos desafios como clínico e como gestor. As leituras e debates do segundo ano de residência em boa parte sustentam este trabalho. A perspicácia para o “novo”, a percepção das “intenções” e “transferências” em situações concretas, também foram ofertas daqueles tempos. O grupo da residência (Luis, Rafa, o Paulo João, a Kath) e o pessoal do aprimoramento (Adriana, Gabriela, Cíntia e a Georgia) entre outros que fizeram parte de um momento de grande aprendizado. Além disso, na residência eu tomei contato com uma

---

<sup>1</sup> Editor's choice: “*The difficulties of putting patients first*”. The point of medicine is to look after patients. Yet every medical student hears the tired joke that the perfect hospital is one without patients. If they were to disappear then so would the bad smells, blood, chaos, stress, and waiting lists. As a medical student doing a locum I had a sneaking worry that the teaching hospital was run for the benefit of the doctors not the patients. (BMJ, 2002;325, 30 November)

característica da área de Planejamento e Gestão em Saúde: a construção de Sínteses Teóricas a partir do diálogo com diferentes campos do conhecimento, com vistas à ação prática. Essa é uma característica desafiadora, tão interessante à intervenção na realidade concreta, quanto perturbadora das lógicas departamentais fragmentadas da academia, e que marcou a minha vida profissional e está presente nesse trabalho.

Ainda na residência médica comecei a trabalhar num projeto piloto de intervenção num assentamento rural em Mogi-Mirim. As primeiras vivências da clínica na atenção básica começaram ali. Muito especialmente graças ao Antônio Carlos – Secretário de Saúde na época – que topou nosso projeto de intervenção no assentamento, e ao Émerson Merhy que supervisionou o projeto na residência. Naqueles idos, a Marta me ensinou os primeiros rudimentos da homeopatia. O pessoal do assentamento do Vergel não leu, mas escreveu Paulo Freire. E me ensinou a gostar perigosamente da sonoridade de conjugações próprias, como “ponhar”, entre outras.

Como médico generalista do PSF na Cidade de Cerquilha participei de uma proposta apaixonada e radical: 100% da rede municipal existente até então foi transformada em PSF de um mês para o outro. Isto em uma cidade acostumada ao Pronto Atendimento e exatamente um ano antes das acirradíssimas eleições municipais. Isso é que foi *tomar a terra de assalto...* Agradeço demais à Ana Regina que, pacientemente, me ensinou as “manhas” da clínica na atenção básica. À “minha” equipe de Agentes Comunitários (Ione, Silvana, Karina e Natália) que também me ensinou clínica demais. Ao Roberto Ruiz que idealizou junto com a Huda “o assalto”, e nos apoiou o quanto pode enquanto esteve lá. E a todos os colegas que seguraram juntos a imensa reação ao projeto e os conflitos de diversas ordens, que provocamos voluntária e involuntariamente naquela cidade. Boa parte das reflexões sobre a clínica na atenção básica aconteceu nessa experiência, como generalista e como coordenador da unidade em que atuavam três equipes de PSF.

Eu talvez não tivesse conseguido me desvencilhar da imensa força com que os serviços de saúde nos prendem ao cotidiano, e vir fazer o mestrado, se não fosse a paciente atenção dos queridos Sérgio e June. Desde a bibliografia da prova de mestrado, até a imensa quantidade de textos “canadenses”, as ofertas teóricas e o apoio logístico foram sempre muito importantes.

Com o pessoal da SMS-CAMPINAS, médicos e enfermeiros compartilhei cursos de clínica (saúde do adulto e saúde da mulher), num momento particularmente rico, que foi o da formação de generalistas do PSF-Paidéia. Uma parte significativa das reflexões feitas neste trabalho aconteceu nos debates que os desafios de transformação da clínica provocaram em todos nós. Agradeço muitíssimo à professora Olga, que aceitou corajosamente o desafio de coordenar junto comigo o primeiro curso de clínica do adulto para os profissionais do Paidéia, apostando no diálogo e no compromisso com a atenção básica, como método de trabalho. No mesmo tempo, o Gastão fez diversas reuniões com médicos e enfermeiros da rede, para discutir o papel do profissional generalista. Estas reuniões, embora extremamente tensas, foram riquíssimas e possibilitaram aprofundamento das reflexões sobre a clínica na atenção básica.

Ainda na SMS-CAMPINAS com um grupo bastante grande foi possível participar da aventura de construir um Antiprotocolo, ou Roteiro de Enfrentamento de Agravos Mais Prevalentes, como se chamava inicialmente. O Roberto Mardem, a Janete e a Adriane do CETS apostaram na idéia. A Dora o viabilizou com sua competência e espírito prático. Mas talvez nenhum antiprotocolo teria acontecido se os queridos Márcio e Dani não tivessem nos convidado para jogar (confesso que achei que seria chatíssimo) com uma turma de amigos.

O tema inicial da minha dissertação era um relato de caso da experiência de Cerquilho. Até que a Rosana Onocko me convidou para uma aula sobre clínica ampliada no curso de Saúde Pública, e possibilitou que eu mudasse o tema da dissertação para a Clínica Ampliada.

O Toni, meu amigo e terapeuta que exerceu e compartilhou comigo os desafios da clínica ampliada, acabou fazendo um tipo especial de apoio institucional indireto, enquanto eu trabalhava como generalista. Além de me ajudar com tantos outros abacaxis.

O Charles amigo antigo, antigo... Durante toda a graduação foi uma referência crítica (foi quem primeiro me apresentou Tomas Khun, entre outros), e ainda continua sendo. Apresentou-me (depois da qualificação) o trabalho do Eduardo Almeida, com semelhanças surpreendentes com o que eu havia feito até então, e que chegou a tempo de enriquecer este trabalho. Sem esquecer obviamente o Tai Chi Chuan (fundamental à

sobrevivência, apesar da minha indisciplina irremediável) e todos os amigos decorrentes dele, principalmente o Otávio com quem aprendi muito sobre clínica e taoísmo.

Com a profa. Suely Kofes foram tantas conversas deliciosas sobre temas sempre muito apaixonantes, além de sugestões bibliográficas prontamente incorporadas a este trabalho.

O Marcos Drumond, sempre com a sua sabedoria mineira, possibilitando um delicioso e necessário renascimento da epidemiologia no cotidiano dos serviços de saúde. Além das pacientes e valiosíssimas dicas bibliográficas (nada menos do que Rose, entre outros), também prontamente incorporadas.

O Prof. Kurt Kloetzel veio a Campinas e deu uma aula tão polêmica quanto necessária, no curso de clínica do Paidéia / Unicamp. Uma vida dedicada às peculiaridades da atenção básica, ou medicina ambulatorial, como ele costuma chamar.

O Nelson, amigo querido, enriqueceu este trabalho com contribuições valiosas e com a amizade.

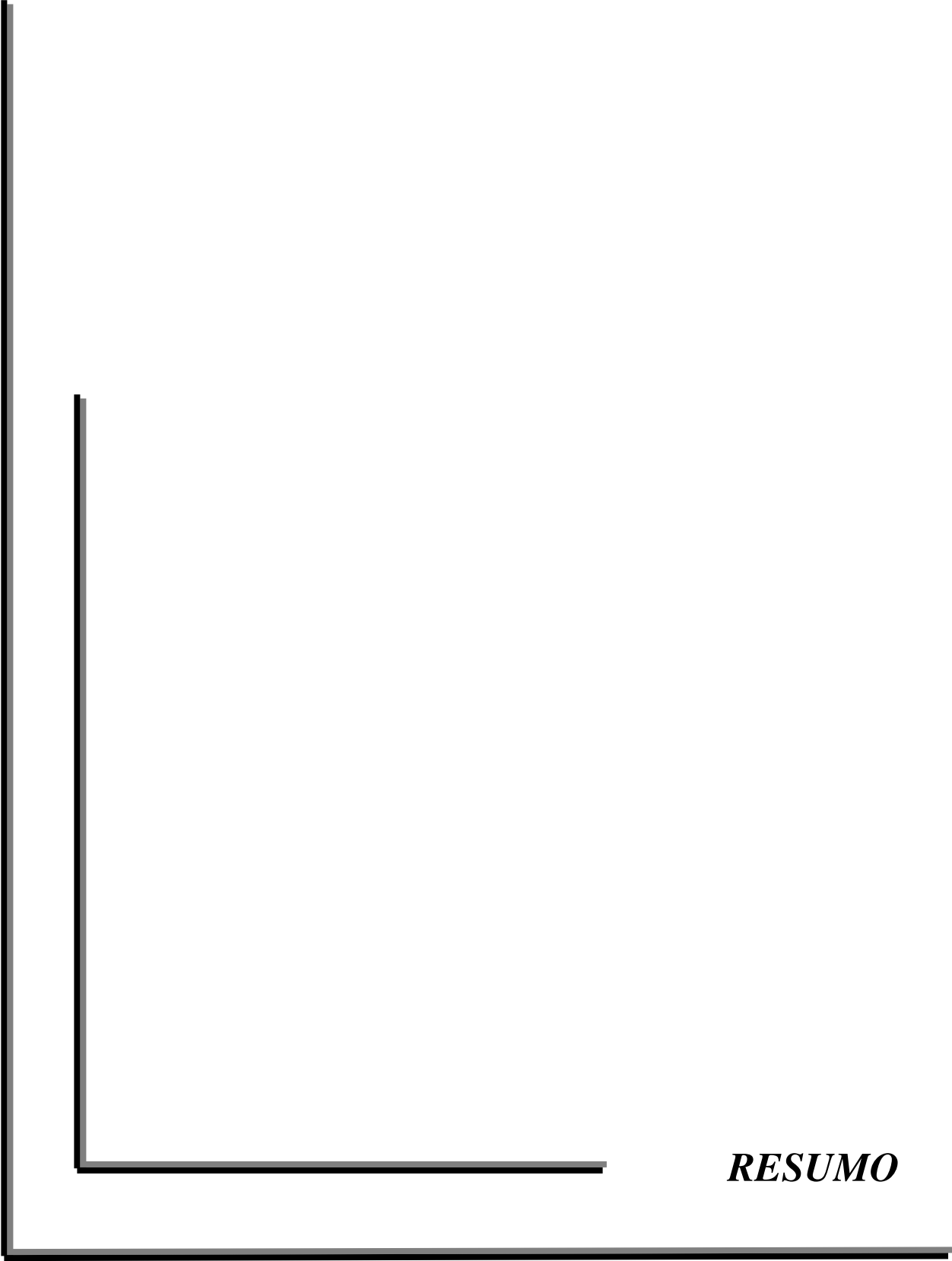
O Gastão é uma referência desde a aula inaugural na graduação \_em 1989, já como Secretário Municipal de Saúde de Campinas. Além das contribuições teóricas (algumas das quais possibilitam o desenvolvimento deste trabalho), nesses quase 15 anos sempre me surpreendeu com o compromisso (talvez gramsciniano) com a democratização (acessibilidade) dos saberes acadêmicos e da sua produção teórica. Uma certa mistura do espírito antropofágico, “oswaldiano”, que não se acomoda à pretensa assepsia arrogante e carrancuda, tão comum na academia, com a ação política e intelectual consciente. Nas muitas intervenções pelo SUS afora, nesses anos todos, engasgou de emoção e xingou de raiva diversas vezes. Essa aliança de Pensamento, Sentimento e Política freqüentemente rompe com o discurso formal, subverte lógicas instituídas e abre possibilidades e caminhos na Saúde Pública, em sintonia com os desafios do nosso tempo e do nosso país. As palavras engasgadas e o sentimento que transbordou também, de alguma forma, são referências na minha vida profissional e neste trabalho.

À Márcia, minha companheira, solidária nessa louca aventura de fazer mestrado, por todo amor e graça.



	<b>PÁG.</b>
<b>RESUMO</b> .....	<i>xvii</i>
<b>ABSTRACT</b> .....	<i>xxi</i>
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	25
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	29
<b>CAPÍTULO 1- DA PECULIARIDADE DA CLÍNICA NA ATENÇÃO BÁSICA</b> .....	35
A) Características da Atenção Básica.....	37
B) Os Limites do Olhar Hospitalar para Atenção Básica.....	40
C) A necessidade de novos olhares sobre Clínica.....	49
<b>CAPÍTULO 2- UM MODELO PARA ANÁLISE DA CLÍNICA</b> .....	51
A) Co-Produção Dialética dos Sujeitos.....	53
B) Um Modelo de Análise para a Clínica.....	55
C) O Modelo de Análise da Clínica e Algumas das Forças mais Importantes que atuam sobre os Sujeitos na Clínica.....	62
<b>CAPÍTULO 3- CLÍNICA AMPLIADA E ESTRATÉGIAS PARA TRANSFORMAÇÃO</b> .....	95
A) A Proposta de Clínica Ampliada.....	97
B) Estratégias para Transformação da Clínica na Atenção Básica.....	102
B1- Os Filtros Teóricos e a Clínica.....	102
B2- O Conceito de Transferência na Clínica.....	109
B3- Considerações Sobre a Prática da Clínica Ampliada.....	120

B4- As Práticas Integrativas como um Caminho para a Clínica Ampliada.....	125
B5- A Gestão para a Clínica Ampliada.....	144
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>183</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>197</b>
Anexo 1.....	199

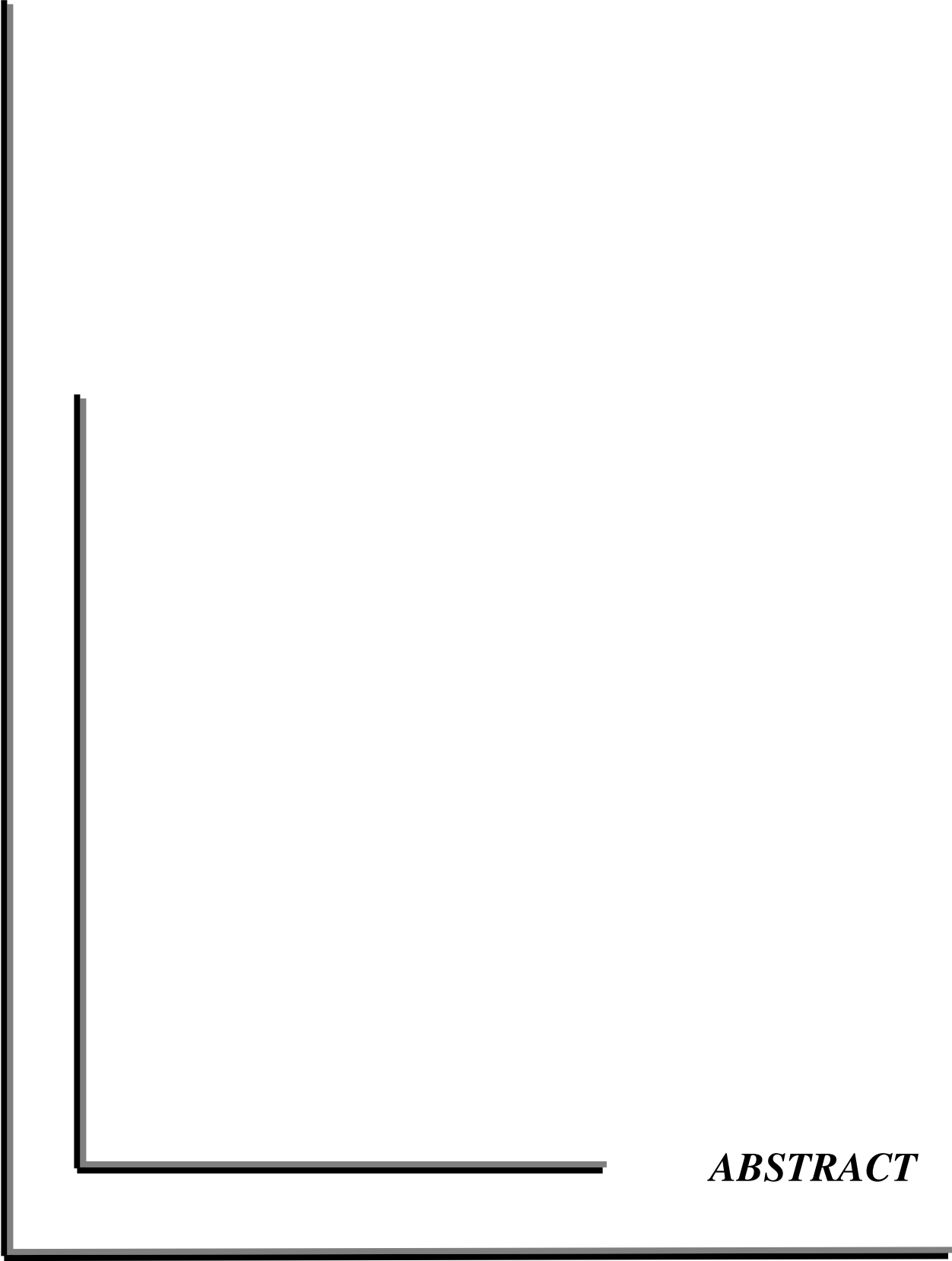


***RESUMO***

O PSF reafirmou na Atenção Básica o trabalho em equipe, a adscrição de clientela e conseqüentemente a possibilidade de gestão por resultados, em oposição à gestão por procedimentos. No entanto, a clínica médica tradicional tem uma tendência a se responsabilizar somente pela enfermidade e não pelo Sujeito doente, o que significa que existem ainda grandes dificuldades para a efetiva transformação da clínica no SUS.

Reconhecendo as principais dificuldades cotidianas da prática clínica na Atenção Básica e as peculiaridades da clínica ambulatorial em relação à clínica hospitalar, o estudo propõe uma sistematização de recursos teóricos que possibilitem a construção da CLÍNICA AMPLIADA e de um diálogo com profissionais e gestores do SUS imersos nesses desafios.

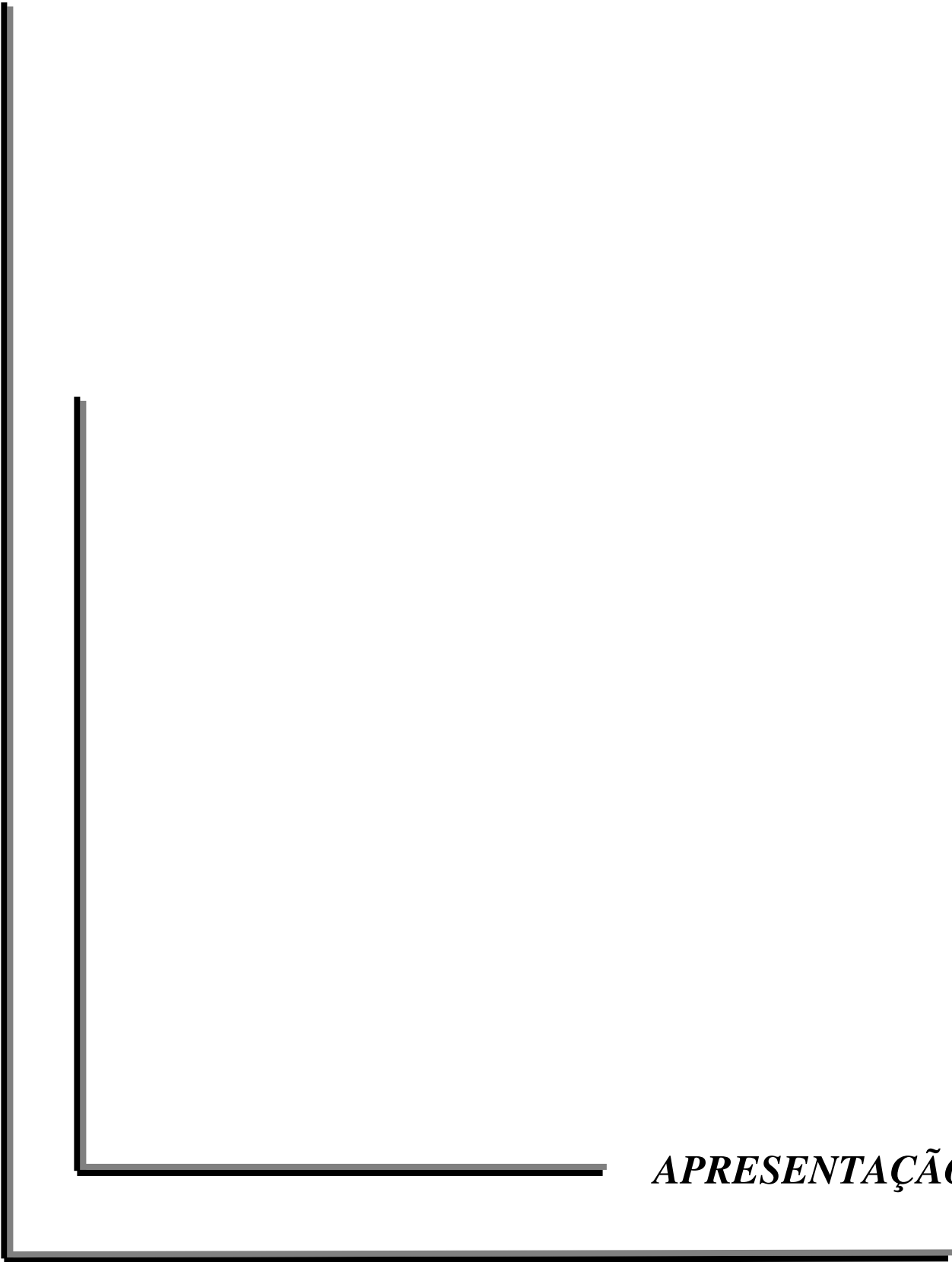
A partir da proposta de Co-Produção Dialética de Sujeitos Individuais e Coletivos e do entendimento das Teorias como “Constelação de Valores e de Conceitos”, procura-se compreender, articulando diferentes referenciais teóricos, os principais desafios e limites da clínica atual. Esta análise é a base para a proposição de estratégias de construção e transformação da clínica nos campos teórico, educacional, cultural e político-gerencial do SUS. As estratégias contemplam desde arranjos conceituais para facilitar a incorporação de saberes de diversos campos (como a Psicanálise, a Análise Institucional, a Homeopatia e a Medicina Tradicional Chinesa, entre outros), até a discussão e proposição de algumas ferramentas de Gestão em Saúde, mais adequadas à facilitação da Clínica Ampliada, como o ANTI-PROTOCOLO e seus diversos recursos práticos.



***ABSTRACT***

The recent changes in National Health's System (SUS) have demonstrated the limits of traditional practice of medicine in primary care. Even though the increase in quality of care, the traditional practice of medicine based in hospital's knowledge gives priority to disease and not to person sick.

This study presents a new practice of medicine in primary care considering every health's workers team. It analyses the limits of medicine and its injuries to patients. It systematizes different disciplines' knowledge and suggests a dialectic theory to understand the clinic relation (health's worker and patient). These propositions suggest transformation in Education, Political, Management, and Cultural areas of medicine's practice.



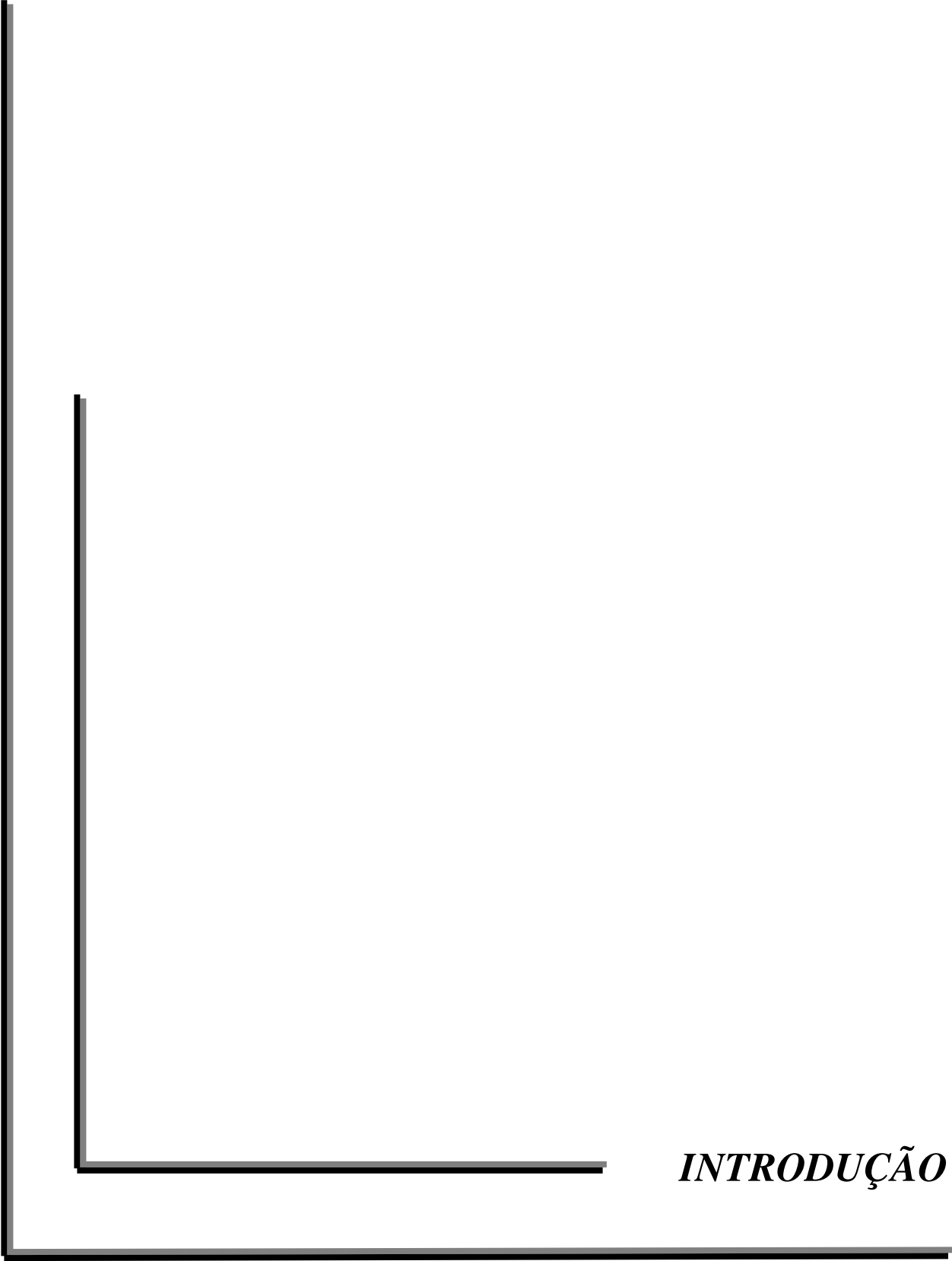
*APRESENTAÇÃO*

Trabalhando como médico generalista na Atenção Básica, dois aspectos aparentemente contraditórios me chamavam muito a atenção: por um lado a extrema complexidade dos problemas (resultado da interação de variáveis de diversas ordens: políticas, econômicas, biológicas, culturais, gerenciais, psicológicas, corporativas etc...), e por outro lado um imaginário social e profissional que desvalorizava e simplificava este mesmo trabalho. Esta é uma equação paralisante e que dificulta a necessária transformação da clínica na Atenção Básica e o conseqüente desenvolvimento do SUS.

A construção da clínica ampliada é justamente a transformação da atenção individual e coletiva, de forma a possibilitar que outros aspectos do Sujeito, que não apenas o biológico, possam ser compreendidos e trabalhados. A proposta deste livro, é costurar áreas de conhecimentos diversas, relacionadas ao campo da saúde coletiva e da clínica individual, com a intenção de iluminar da forma mais clara possível os desafios e os problemas mais comuns do cotidiano da Atenção Básica. Muitos destes problemas exatamente por englobarem aspectos que não são valorizados na tradição da clínica hospitalar (não “biológicos”), muitas vezes não conseguem sequer ser formulados, embora estejam presentes nas conversas de cozinha e corredor, nos conflitos com usuários, na dificuldade de obter os resultados “esperados”, e até na presença de resultados contrários aos esperados (iatrogenias).

O interlocutor deste trabalho portanto é o profissional que está na Atenção Básica, lidando com problemas típicos deste espaço, e mergulhado num processo coletivo de “invenção” e legitimação social da Atenção Básica do SUS.





***INTRODUÇÃO***

## **A Clínica e a Reforma Sanitária**

Pelo menos desde a III Conferência Nacional de Saúde em 1963, o Movimento pela Reforma Sanitária brasileiro dedicou-se à luta política por um sistema de saúde público e hierarquizado. A partir da proclamação da Constituição de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde, e das leis complementares 8.080 e 8.142, começou o processo de implantação do SUS. No entanto, uma vez definidas em lei as diretrizes gerais do sistema, era necessário transformá-las em práticas concretas nos estabelecimentos de saúde estatais e conveniados, hospitalares e da Atenção Básica. Era necessário debruçar-se sobre a gestão do SUS e confrontar-se com as práticas dominantes. Dessa forma, percebeu-se que a tão sonhada presença do ESTADO era insuficiente para alterar significativamente o padrão de funcionamento de hospitais e unidades básicas de saúde.

Em seu livro *Reforma da Reforma*, CAMPOS (1992) chama a atenção para a forte tendência de manutenção das práticas profissionais hegemônicas e da distribuição do poder nos hospitais públicos e destaca a necessidade de reforma na Reforma Sanitária. O conceito de modelo de atenção com suas diversas categorias de análise é bastante desenvolvido por CAMPOS (1991) e MERHY (1994), entre outros autores, e ilumina o diagnóstico dos padrões de funcionamento dos serviços de saúde.

A partir dessas reflexões sobre modelo de atenção, ocorreu na área de saúde coletiva brasileira uma aproximação maior com o tema da atenção individual. No entanto, a relação da saúde pública brasileira com a clínica não é tão recente. No Brasil, o movimento sanitário já havia se debruçado parcialmente sobre a clínica devido à gestão do trabalho médico. Entre 1968 e 1974 destacaram-se com Valter Lesser, as Ações Programáticas, em São Paulo. Ao final dos anos 80, as Ações Programáticas sofreram novo impulso com as produções da USP (SCHRAIBER, 1990). E, após a década de 90, a ação da saúde pública aprofundou-se sobre o trabalho médico com o modelo em Defesa da Vida (CARVALHO, 2001).

É interessante notar que esse rumo da saúde coletiva no Brasil em direção à clínica é bastante peculiar. Em muitos países, mesmo com sistema público estabelecido, a gestão do trabalho médico é bem mais corporativa e bem menos permeável aos olhares do

campo da saúde pública. Em países como o Canadá, por exemplo, que tem grande importância junto à saúde pública internacional, movimentos como promoção à saúde não logram alterar substancialmente o processo de trabalho médico (CARVALHO,2001). Ultimamente, saberes pautados na epidemiologia clínica, como a Medicina Baseada em Evidências, influenciam muito as práticas clínicas nesses países.

Já em países como EUA e Inglaterra, é muito importante, no debate sobre "uma nova clínica", o conflito médico generalista x médico especialista (STARFIELD, 2002), valorizando-se na Atenção Básica o profissional médico. No Brasil, diferentemente, a saúde coletiva está, tanto no campo acadêmico quanto político, ocupando espaços de gestão do trabalho em saúde. O que significa que a clínica é cada vez mais um tema do campo da saúde coletiva e que o trabalho em equipe tem uma importância crescente.

No entanto, os modelos de atenção propostos pelas diversas correntes dentro da Reforma Sanitária se diferenciam muito quanto ao papel da atenção individual e a definição de "necessidades de saúde". SILVA JÚNIOR (1996) comparando a proposta do SILOS (Sistemas Locais de Saúde), das "Cidades Saudáveis" e o modelo em Defesa da Vida, constata que apenas este último valoriza o espaço de atendimento individual. MERHY (1997a) destaca que um dos motivos para a dificuldade da Saúde Pública com a clínica, médica principalmente, é a herança na Rede Básica do conflito da saúde pública com a medicina liberal. Para o autor várias propostas de modelos de atenção na rede básica trazem no seu bojo esse conflito político, que se traduz na dicotomização entre o coletivo e o individual, a valorização da prevenção e o desprezo pela clínica, a dificuldade de diálogo com a corporação médica (entendida como intrinsecamente a serviço da medicina liberal) e a definição das necessidades de saúde exclusivamente com critérios científicos (epidemiológicos).

Enquanto o debate dentro da saúde pública se estendeu com poucos avanços efetivos nas práticas da Atenção Básica, foram justamente três atores sociais \_os usuários, os médicos e os gestores municipais que definiram a presença maciça do Modelo de Pronto Atendimento (PA) em grande parte dos municípios do país. Os usuários seguramente incorporando as noções de direito à saúde garantidos na Constituição, assim como a idéia de saúde como *bem de consumo*, produziram pressões junto aos municípios por

atendimento médico e remédios. Os médicos foram mais facilmente incorporados ao SUS através de PA's, porque conciliam uma *clínica degradada*, ou seja, com baixo gasto de energia pessoal e pouco vínculo, com uma inserção vertical, compatível com outros vínculos empregatícios, o que possibilita senão melhor remuneração, ao menos maior independência e conseqüentemente maior poder de negociação. Tudo isso associado aos interesses dos gestores municipais que entenderam o PA como uma solução politicamente viável, que contenta os dois referidos atores sociais.

As conseqüências negativas do PA são bastante consensuais no campo acadêmico: medicalização, altos custos, baixa autonomia dos usuários, ineficácia para as doenças crônicas, baixo aproveitamento do potencial de outros profissionais de saúde e do trabalho em equipe e incapacidade de atuação em determinantes de saúde coletivos. No entanto, o PA está presente e, em muitas das vezes, viabiliza a “sobrevivência” de modelos de atenção burocratizados e ineficazes nas Unidades Básicas.

A partir do reconhecimento consensual de dificuldades de transformação da Atenção Básica e como fruto de pressões de organismos internacionais, surgiu em meados da década de 90, como política do Ministério da Saúde (MS), o Programa de Saúde da Família (PSF). Inicialmente marcado por formulações de organismos internacionais como o Banco Mundial, o PSF colocava-se no pólo claramente preventivo e programático. A partir da Norma Operacional Básica (NOB) 1996, os municípios passaram a receber um estímulo financeiro direto para implantação e o PSF migrou lentamente da área rural para a urbana. O modelo de gestão do MS sofreu diversas críticas (FRANCO e MERHY 1999), como a excessiva valorização da Programação em Saúde e da gestão centrada em procedimentos (produção de planilhas). MIRANDA (1997), no entanto, destacou a heterogeneidade dos modelos de atenção dos PSF's espalhados pelo Brasil e a capacidade de transcendência dos limites da proposta inicial do Banco Mundial e da gestão do MS.

CAPOZZOLO (2003), estudando o QUALIS/SP<sup>1</sup>, destaca a partir da transcrição de consultas médicas e de enfermeiros, a dificuldade de uma prática clínica ampliada por parte dos profissionais (médicos e enfermeiros). O foco dos profissionais,

---

<sup>1</sup> PSF para a cidade de São Paulo inicialmente coordenado implnatado pelo Governo Estadual.

apesar do imenso salto de qualidade na atenção, continuava sendo a doença e o corpo, a despeito das demandas dos usuários (explicitadas nas transcrições), do trabalho em equipe, da presença dos agentes comunitários e das visitas domiciliares.

O PSF, portanto, apesar dos seus avanços, continua reforçando a necessidade de discussão e elaboração sobre a prática clínica de todos os profissionais, principalmente o médico. Muda-se o modelo de atenção, referencia-se a clientela, faz-se reuniões, faz-se gerenciamento mais centrado nos resultados do que nos procedimentos e nem sempre isso transforma a clínica da forma que precisamos. Acreditamos que houve avanços nas Legislações desde a Constituição, as LEIS COMPLEMENTARES, as NOB's e até a EC 29<sup>2</sup>. Houve avanços na gestão das pessoas e do processo de trabalho em saúde, valorizando o trabalho em equipe, a gestão por resultado (em oposição à gestão por procedimentos) e a adscrição de clientela. No entanto, os limites da clínica tradicional e as armadilhas que ela produz ainda estão evidentes. Para MERHY (1997b), parte essencial do trabalho em saúde seria tecnologia leve, produzida em ato na relação terapêutica, e isso explicaria a dificuldade de capturá-la por sistemas de gerenciamento estruturados, como protocolos e modelos de atenção. CAMPOS (1997b) propõe a CLÍNICA AMPLIADA, que seria capaz de lidar com a singularidade de cada Sujeito sem abrir mão da ontologia das doenças e suas possibilidades.

A qualificação e a superação dos desafios do SUS carecem do enfrentamento da questão da clínica do médico e dos outros profissionais. É dentro dessa proposta de CLÍNICA AMPLIADA e compromisso com a construção do SUS que se insere este trabalho.

---

<sup>2</sup> Emenda Constitucional 29



***CAPÍTULO 1***  
***DA PECULIARIDADE DA CLÍNICA***  
***NA ATENÇÃO BÁSICA***

## **A) Características da Atenção Básica**

A Atenção Básica exige recursos muito especiais. Algumas dessas especificidades são demonstradas em estudos sobre a atenção primária, como o de STARFIELD (2002), que cita a Carta Para Clínica Geral e Medicina de Família na Europa, contendo características consideradas típicas da Atenção Básica:

- 1- É Geral (não é restrita a faixas etárias, tipos de problemas ou condições).*
- 2- Acessível (em relação ao tempo, lugar, financiamento e cultura).*
- 3- Integrada (curativa, reabilitadora, promotora de saúde e preventiva de enfermidades)*
- 4- Continuada (longitudinalidade).*
- 5- Utiliza o trabalho em Equipe*
- 6- Holística (perspectivas físicas, psicológicas e sociais dos indivíduos e das comunidades).*
- 7- Pessoal: atenção centrada na pessoa e não na enfermidade*
- 8- Orientada para a família.*
- 9-Orientada para a comunidade.*
- 10-Coordenada.*
- 11- Confidencial*
- 12-Defensora dos pacientes em questões de saúde, em relação a todos os outros provedores de atenção à saúde.” (STARFIELD, 2002: 53)*

A descrição de STARFIELD (2002) das características da Clínica Geral e Medicina de Família é bastante coincidente com as proposições deste trabalho e merece alguns comentários. A valorização do médico generalista em relação ao especialista é bastante marcante no trabalho da autora. Até mesmo pela profundidade do trabalho de STARFIELD nesse tema, não abordaremos diretamente a polaridade generalista x especialista. No entanto, discutiremos aspectos epistemológicos da abordagem biomédica (que possibilitam a redução do “objeto de trabalho” do médico de um Sujeito para um corpo e a separação deste corpo em partes cada vez menores); discutiremos os interesses corporativos e do complexo médico-industrial, além das questões gerenciais (trabalho em Equipe, Projetos Terapêuticos...), possibilitando indiretamente um enriquecimento do tema especialista x generalista. Já quanto ao trabalho em equipe, para nós no Brasil, que utilizamos Unidades Básicas de Saúde, o termo tem um sentido mais profundo que para STARFIELD (2002), que chega a se referir aos profissionais dispersos em diversos consultórios no setor privado, como um tipo de trabalho em equipe. Abordaremos a Reunião de Equipe como um recurso dentro da proposta de clínica ampliada e co-gestão. Quanto à questão da centralidade do atendimento na pessoa e não na enfermidade, este será um tema central nesse trabalho e será abordado a partir do referencial de CAMPOS (1997b) que propõem para a clínica a necessidade de lidar com a polaridade entre a Ontologia das doenças e a singularidade dos Sujeitos.

Em relação ao direcionamento da Atenção Básica para a Família e à Comunidade, este será tratado a partir da definição de Sujeito e seus diversos planos de co-produção. A partir desse conceito imaginamos os Sujeitos envolvidos na clínica, imersos em relações diversas, incluindo o mundo do trabalho, as culturas, etc... A proposta de STARFIELD de que a AB realize atividades de “coordenação”, nos parece bastante útil. Em nosso país, principalmente no campo da Gestão em Saúde, referimo-nos a essa característica mais associada à idéia de responsabilização, e não a tomamos como exclusiva da Atenção Básica ou do médico. Pode acontecer que um infectologista coordene outros especialistas no seguimento de um paciente com AIDS (ou com câncer)<sup>1</sup>, assim como pode

---

<sup>1</sup> O caso do ex-governador de São Paulo, Mário Covas, exemplifica a coordenação. O médico infectologista David Uip, coordenou o projeto terapêutico de um paciente com câncer de bexiga, negociando com todos os outros especialistas até o falecimento.



acontecer que um terapeuta ocupacional, em uma equipe de saúde mental, coordene o projeto terapêutico elaborado por uma equipe multiprofissional.

As contribuições do campo da saúde coletiva no Brasil sobre a organização e gestão da Atenção Básica nos convidam a enriquecer sua caracterização centrando a reflexão em algumas categorias de análise como poder, Sujeito, saber, imaginário social e iatrogenias.

Nesse sentido, uma instituição que nos parece essencial como parâmetro para a Atenção Básica é o Hospital. Para fazer isso, um recurso relevante é destacar a Atenção Básica em oposição ao hospital. Não são poucos os estudos que procuram caracterizar o ambiente hospitalar (CARAPINHEIRO, 1993) e a sua presença na formação médica. Tão forte e tão hegemônica é essa presença que nem sempre é reconhecida, principalmente pelos profissionais de saúde formados nas escolas tradicionais, cujo principal espaço institucional de aprendizado é justamente o hospital. ALMEIDA (1988) propõe a existência de duas medicinas – a hospitalar e a extra-hospitalar. Para ele, o discurso da medicina “científica” estaria estruturado basicamente para dar conta da medicina hospitalar. Neste trabalho, restringiremos o termo extra-hospitalar prioritariamente à Atenção Básica do SUS, com todas as implicações históricas, políticas e institucionais decorrentes.

No entanto, a caracterização do espaço hospitalar que faremos não significa que desconsideramos as mudanças do hospital, inclusive ensinando e tensionando a Atenção Básica. Apenas utilizamos as características que nos parecem hegemônicas (ainda) e que são também as mais estudadas, por nos parecerem também as mais influentes na clínica da Atenção Básica.

Sobre a presença do hospital na Atenção Básica, PROSSER et al. (2003), com o estudo “*Influences on GPs’ decision to prescribe new drugs \_ the importance of who says what*”, ao avaliarem as influências na prescrição dos médicos generalistas no National Health System (NHS) britânico, apontam, além da forte presença da propaganda dos laboratórios farmacêuticos, a presença das condutas hospitalares como parâmetro de

qualidade na perspectiva de médicos e pacientes<sup>2</sup> da Atenção Básica. Ou seja, mesmo num sistema de saúde tão antigo como o britânico, o hospital tem uma influência grande na prática da Atenção Básica e na subjetividade de profissionais e usuários. É bom lembrar com ALMEIDA (1988) que o NHS foi criado em 1946 “unificando” dois tipos de profissionais médicos: os GP's (general practitioners), herdeiros dos antigos cirurgiões e apotecários, que praticavam até então a medicina extra-hospitalar, atendendo a população assalariada e de baixa renda, e os Consultants, ou médicos especialistas com ação centrada no hospital, herdeiros dos *Physicians*. O autor conta ainda que embora esses dois grupos tenham mantido após a montagem do sistema, uma intensa luta política em torno das propostas de reforma, no campo do saber acadêmico e do imaginário social, ocorre a hegemonia do saber médico especializado, dominado pelo médico do hospital, como aponta indiretamente o estudo de PROSSER et al. (2003).

## **B) Os limites do olhar hospitalar para a atenção básica**

O Hospital ainda é o espaço de formação hegemônico dos profissionais de saúde. Esta presença marca as competências dos profissionais, mesmo quando se encontram trabalhando na Atenção Básica. Parece-nos útil mapear alguns campos em que essas diferenças são mais evidentes: as relações de poder do hospital; os saberes do hospital e os saberes da Atenção Básica; imaginário social do hospital x imaginário social da Atenção Básica; hospital e o tempo das relações terapêuticas; hospital e percepção de danos.

---

<sup>2</sup> “Important biomedical influences were the failure of current therapy and adverse effect profile. More influential than these, however, was the pharmaceutical representative. **Hospital consultants and observation of hospital prescribing was cited next most frequently. Patient request for a drug, and patient convenience and acceptability were also likely to influence new drug uptake.** Written information was of limited importance except for local guidelines. GPs were largely reactive and opportunistic recipients of new drug information, rarely reporting an active information search. The decision to initiate a new drug is heavily influenced by ‘who says what’, in particular the pharmaceutical industry, hospital consultants and patients. The decision to ‘adopt’ a new drug is clinched by subsequent personal clinical experience.” PROSSER et al. (2003)

### - as relações de poder no hospital:

Para FOUCAULT em "O Nascimento da Clínica" (1977), o hospital herdou da instituição militar, padrões autoritários de relação entre profissional de saúde e doente. De fato em pesquisa recente<sup>3</sup>, 30% das regras que regulavam a vida dos pacientes hospitalares, não tinham justificativa terapêutica e serviam unicamente para reafirmar as relações de poder da instituição com o paciente. No entanto, as "condições de assimetria" produzidas pela instituição hospitalar não se reproduzem totalmente em outros espaços de atenção, principalmente na Atenção Básica. Ou seja, na Atenção Básica, principalmente quando existe adesão de clientela por equipe, não existe um encontro eventual com o doente em situação de isolamento, mas encontros seguidos no tempo, em situação de concorrência da intervenção terapêutica com as intervenções da vida.

Portanto, o pressuposto que a maior parte dos profissionais traz da sua formação hospitalar, de que a centralidade do trabalho em saúde está nos procedimentos, exames e medicações adequados a cada patologia, fica extremamente abalado na Atenção Básica. A submissão do Sujeito doente é infinitamente menor, já que a aplicação das condutas depende do próprio Sujeito, longe do profissional e do serviço de saúde. Na Atenção Básica, o diagnóstico e a respectiva conduta (quando acontecem)<sup>4</sup> são apenas uma parte do projeto terapêutico. Diríamos: é muito menor o poder do médico e de outros profissionais em relação aos usuários, na Atenção Básica. Para grande parte dos problemas de saúde de uma população sob responsabilidade de uma equipe de saúde na Atenção Básica, será impossível fazer alguma intervenção efetiva, sem conquistar a participação e a compreensão das pessoas. A capacidade de diálogo na Atenção Básica é realmente essencial. O que implica em disposição (e técnica) para escuta, em aceitação do *outro* e dos saberes do *outro*.

*D. Maria (nome fictício) tem 65 anos. Durante dois anos, por recomendação do ginecologista, usou TRH (Terapia de Reposição Hormonal). A partir das divulgações da mídia sobre os riscos da TRH, consultou um clínico sobre as vantagens e desvantagens de*

---

<sup>3</sup> "Planejamento do sistema de saúde de Paulínia/SP" ( DMPS-FCM-UNICAMP, 1997).

<sup>4</sup> Como veremos adiante, as queixas apresentadas em demanda espontânea ambulatorial, em grande parte das vezes, não se encaixam em quadros nosológicos da Biomedicina.

*continuar ou prosseguir com a terapia. D. Maria, então, suspendeu a medicação por conta própria. Continuou, no entanto, freqüentando o ginecologista, que por sua vez continuou insistindo no uso da medicação. “A senhora contou ao ginecologista que não está mais usando a medicação?”. “Não falei não. Ele fica muito bravo quando eu falo em parar. Digo para ele que estou usando. Já faz um ano. Estou bem sem a medicação”.*(caso clínico Campinas - 2003).

*D. Conceição (nome fictício) tem 70 anos e sabe ter Artrite Reumatóide há dois anos. Foi encaminhada ao serviço de referência em reumatologia, onde foi medicada com metotrexate e exames hepáticos de rotina. No decorrer de um ano sob tratamento com acupuntura e fitoterapia, ela parou com a medicação (“tira a dor, mas me faz muito mal”). No entanto D. Conceição continua indo semestralmente ao especialista. “A senhora contou que não está tomando a medicação?” “Não contei não. Se contar, eu perco o acompanhamento. Eu digo que tomo...”*(caso clínico Campinas - 2003)

Os exemplos acima demonstram como é comum que os profissionais reproduzam a presunção de obediência e aceitação incondicional, prescrevendo o uso contínuo de uma medicação ambulatorial, como quem prescreve na enfermaria para um Sujeito isolado. Nos serviços de especialidade é comum que os profissionais recusem-se a fazer o seguimento dos pacientes, caso não sejam obedecidos – tal como acontece numa enfermaria hospitalar, onde a recusa de submissão a um tratamento geralmente significa “alta a pedido”. Nos serviços de Atenção Básica com clientela adscrita, não existe esta possibilidade de negar o atendimento dos discordantes. Além do mais, o convívio periódico e a presença de agentes comunitários, possibilita uma percepção bem menos parcial do Sujeito doente.

#### **- os saberes do hospital e os saberes da Atenção Básica:**

Evidentemente como aponta CARAPINHEIRO (1993), existe uma simbiose entre a construção do saber e a disciplinarização da vida no ambiente hospitalar . A partir dessa constatação, interessa-nos aqui fazer um recorte pragmático dos saberes hospitalares e dos usuários em comparação com as demandas da Atenção Básica. Poderíamos comparar

o atendimento dentro de um hospital ao estudo dos efeitos de um fármaco em tubo de ensaio. Prepara-se o ambiente no tubo de acordo com as variáveis em investigação. Obtêm-se os resultados possíveis diante das variáveis apresentadas. Como é sabido, o resultado “no tubo”, pode não ter nenhuma relação com os efeitos do fármaco em ambiente não controlado, ou seja, no organismo. Assim é o hospital, um espaço extremamente adequado aos instrumentos teóricos da Biomedicina, que cartesianamente separa o corpo da alma (campo psi) e ainda o corpo em pedaços estanques (especialidades). A gravidade da situação orgânica permite que esse aspecto (biológico) se destaque, fornecendo uma sensação de suficiência para o saber biomédico. O quanto possível, o Sujeito está isolado<sup>5</sup>. Bem ao contrário do que acontece na Atenção Básica, em que um Sujeito complexo, permeável a toda sorte de influências externas e internas, apresenta suas demandas e se submete a um tratamento. TESSER (1998) comenta a dificuldade de se encaixar a complexa sintomatologia dos usuários nas primeiras consultas na Atenção Básica nos quadros nosológicos da Biomedicina. Na Atenção Básica, a convivência com a incerteza é maior e pode ser geradora de grande ansiedade no profissional de saúde despreparado.

Agrava essa dificuldade a cultura institucional do hospital universitário em que predomina a idéia de "produção de ciência". CAMARGO (2003) demonstra, estudando professores de hospitais universitários, a valorização do Diagnóstico, considerado tarefa mais nobre em relação à terapêutica. Na Atenção Básica esta atividade não é nem suficiente nem é a mais complexa. O Sujeito tem espaço para exercer sua autonomia, a Vida tem espaço para exercer influência. Um transtorno “emocional” produz ou agrava uma doença, assim como a doença produz ou agrava ou “resolve”<sup>6</sup> o transtorno “emocional”. O trabalho, a família, a religião, a cultura, a violência social \_ tudo isso afeta o Sujeito doente e seu tratamento. Nenhum profissional habituado à clínica ambulatorial deixaria de citar diversos exemplos. Portanto, encontrar um diagnóstico e uma terapêutica podem, muitas vezes, não

---

<sup>5</sup> Bastante ilustrativa do esforço constante de negação de aspectos não biológicos, é a pesquisa sobre encaminhamentos à psiquiatria dentro hospital universitário (BOTEGA, 2001) que demonstra que a maior parte dos encaminhamentos é feita não em função do sofrimento ou gravidade do quadro de saúde mental deste ou daquele paciente, mas sim do incômodo que o paciente provoca nos profissionais.

<sup>6</sup> Na clínica é muito comum este tipo de situação: mas podemos lembrar também de um filme argentino recente “*O filho da noiva*”, que retrata uma história típica em que uma doença possibilita ao Sujeito uma transformação positiva da sua vida.

resolver problema algum, noutras pode simplesmente agravar um problema<sup>7</sup>. Na Atenção Básica são necessários novos saberes, numa ponderação sempre adequada a cada situação singular.

### **- imaginário social do hospital x imaginário Atenção Básica:**

PITTA (1999), discutindo a saúde mental dos trabalhadores de hospitais, afirma que o papel social do hospital, como espaço socialmente reservado para a morte e a associação de morte com derrota, fracasso e sua respectiva negação na sociedade; trazem para os trabalhadores hospitalares uma dificuldade e um sofrimento maior.

Do ponto de vista da relação entre profissionais de saúde e pacientes internados, certamente o referencial cultural contribui com um certo tipo de diálogo (ou a ausência dele), uma vez que a ameaça da morte, ainda mais da forma como a vemos na nossa cultura, seguramente aumenta a tolerância dos doentes às intervenções hospitalares. Por outro lado, onde impera a morte imperam aqueles a quem está designado o papel de lutar contra ela. O que significa simbolicamente uma aproximação com o divino. Sobre esse assunto, chama atenção um trecho de um artigo do autor de CARANDIRU, reconhecendo a presença da “luta contra a morte” no imaginário do médico:

*"Muitos procuram nossa profissão imbuídos do desejo altruístico de salvar vidas. Neste caso encontrariam melhor realização no CORPO DE BOMBEIROS, porque a lista de doenças para as quais não existe cura é interminável. Cura é finalidade secundária na medicina, se tanto; o objetivo fundamental da nossa profissão é aliviar o sofrimento humano." (Dr. Drauzio Varella Folha de São Paulo 8/02/2003).*

Se no hospital simbolicamente impera o medo da morte, na Atenção Básica impera a vontade de viver. A tolerância dos usuários com os efeitos colaterais, custos e limitações impostos pelo tratamento é muito menor. Por causa disso, aumenta muito a complexidade do projeto terapêutico, ao ponto de que geralmente é necessário fazer

---

<sup>7</sup> No capítulo 03 discutiremos a função social do diagnóstico limitando a intervenção e a consciência da causa da doença. Por exemplo, um diagnóstico restrito de tendinite numa situação de LER. Ou um diagnóstico restrito de gastrite, numa situação de erro alimentar, excesso de trabalho e conflitos familiares.

negociações na própria conduta medicamentosa: CAMARGO (2003) lembra a descrição de Oliver Sacks de um paciente sob tratamento neurológico, cujos remédios prejudicavam seu trabalho como músico, de forma que o médico propôs a suspensão do tratamento durante os fins de semana, para permitir que ele tocasse seu instrumento. Esse tipo de adaptação é raro dentro do ambiente hospitalar, mas é praticamente a regra na Atenção Básica. A expectativa dos profissionais de “salvar vidas” (com a dramaticidade dos “plantões médicos” dos seriados televisivos) não se concretiza na Atenção Básica. Como aponta o autor de CARANDIRU, se as expectativas forem mantidas, a frustração é certa, enquanto a dificuldade de se reconhecer as reais necessidades das pessoas que procuram o serviço de Atenção Básica se perpetua.

### **- hospital e o tempo das relações terapêuticas**

Os critérios de internação e alta dentro de um hospital acabam definindo objetivos dos profissionais e conseqüentemente o tempo de contato da equipe com o doente. Esses critérios e tempos produzem expectativas, prioridades e uma certa sensação de eficácia. O Pronto-Socorro (PS) evidencia com seus limites o que é isso. O PS é capaz de atender infinitas vezes um hipertenso em crise, sem fazer intervenções no sentido de evitar as crises e manter, ainda assim, a sensação de eficácia. Uma equipe na Atenção Básica, que levasse seis meses para ajudar um paciente com hipertensão grave, há 5 anos, a controlar sua pressão arterial poderia se considerar muito eficaz. Portanto, são tempos diferentes, mas a formação excessivamente intra-hospitalar é intrinsecamente imediatista e não possibilita o aprendizado de um raciocínio clínico e projetos terapêuticos de médio e de longo prazo. Dado o peso dos hospitais na sociedade, a ansiedade de resolução rápida contamina profissionais e usuários da Atenção Básica, provocando toda sorte de transtornos.

### **- hospital e percepção de danos**

ILLICH (1975) apontava que 7% dos pacientes internados sofriam algum tipo de dano enquanto hospitalizado. No entanto, dentro do hospital, a percepção dos danos é muito menor, não só pelo pouco tempo de contato, como pela naturalização de alguns deles: por exemplo, um idoso que é internado por qualquer problema e desenvolve uma

pneumonia não causa nenhum "espanto", pois isso é “esperado estatisticamente”. Além disso, dentro do hospital, principalmente universitário, a fragmentação do cuidado por especialidades é intensa de forma que, na medida em que aparecem outras doenças, o paciente vai sendo fatiado por interconsultas que se responsabilizam por pedaços cada vez menores. Ou seja, o paradigma biomédico, com seu princípio analítico fragmentador, está mais à vontade no imediatismo do hospital. Por exemplo: um paciente que se deprime após um tratamento para asma. Ou um paciente que apresente cefaléias após um tratamento para gastrite, ou um paciente que apresente asma, após um tratamento para lesão dermatológica. Nenhum desses fatos pós-tratamentos poderiam, *a priori*, ser relacionados. Não só porque estão fora do paradigma e das expectativas das relações fisiopatológicas (exceto que ocorram no prazo de uma intoxicação medicamentosa), mas também porque não há seguimento longitudinal (com vínculo terapêutico) que possibilite essa percepção. TESSER (1998) chama de iatrogenia longitudinal aquela que vai se somando no tempo. Na Atenção Básica, mesmo com as dificuldades do paradigma hegemônico, é mais fácil perceber danos, principalmente em modelos de atenção que propiciam e valorizam o seguimento e adscrição de clientela. Na experiência do autor como médico generalista, os danos dos tratamentos se evidenciam de forma assustadora na Atenção Básica.

A clínica hospitalar apresenta outra dificuldade relacionada à percepção dos danos: uma vez que não há seguimento no tempo, aumenta a dependência dos livros textos e das estatísticas para se conhecer a evolução dos Sujeitos doentes e submetidos aos tratamentos. Os ensaios clínicos randomizados, com todos os seus limites (MORTON e TORGERSON, 2003), acabam sendo o único parâmetro na avaliação da qualidade das terapêuticas. Evidentemente que na Atenção Básica não se desprezam os estudos randomizados, mas se têm à disposição outros recursos que permitem uma avaliação cotidiana. Outras informações da singularidade do Sujeito redefinem riscos e possibilidades de tratamento. A demora permitida<sup>8</sup> e o achado casual<sup>9</sup> (KLOETZEL 1996), são exemplos

---

<sup>8</sup> DEMORA PERMITIDA é o tempo que se pode esperar para iniciar a investigação de um sintoma (como rouquidão, por exemplo), que na maioria das vezes vai desaparecer espontaneamente ( KLOETZEL, 1996).

<sup>9</sup> ACHADO CASUAL: nem todas as alterações do exame físico ou laboratorial significam doença. Existe uma variabilidade do normal, que faz com que um Linfonodo aumentado, por exemplo, possa não significar nenhuma doença. O exames laboratoriais, por definição estatística, apresentam uma parte dos resultados alterados (geralmente 5% para mais e para menos, em intervalos de confiança de 90%), e nestes casos não significam patologia.



de ferramentas diagnósticas (e terapêuticas, algumas vezes) quase inexistentes na atenção hospitalar. No seguimento de um tratamento, as possibilidades são infinitamente maiores do que no curto momento de uma internação, isso reforça a sensação de insegurança do profissional que utiliza a referência hospitalar na Atenção Básica. Em entrevista ao jornal do CREMESP<sup>10</sup> em outubro de 2002, o professor Luíz Vénere Decourt, 90, que cursou Faculdade de Medicina da USP em 1935, fala da diferença entre a clínica de hoje e a do passado e destaca:

*"O aluno hoje prefere ler um texto sobre hipertensão do que acompanhar um paciente com hipertensão"* (DECOURT, Jornal o CREMESP, outubro de 2002).

Quanto à iatrogenia cultural (ILLICH, 1975), ou dependência dos usuários dos serviços médicos, certamente é bem mais difícil percebê-la no hospital, que tem critérios rígidos de internação. No entanto, na Atenção Básica esse fenômeno torna-se não só evidente como também um problema relevante na dinâmica do serviço, na medida em que produz uma demanda que os profissionais costumam chamar de "desnecessária". Uma comunidade que entende pouco sobre as doenças crônicas que a afetam pode procurar mais vezes o serviço do que seria necessário se compreendesse o que se passa consigo. Uma população que não sabe distinguir uma gripe simples de uma gripe grave, compromete um serviço de Atenção Básica com o excesso de demanda. A produção de dependência, ou a não produção de autonomia, é um desastre na Atenção Básica, sendo que tem impactos diluídos dentro do hospital.

Portanto, na Atenção Básica, a capacidade de crítica dos profissionais em relação aos possíveis danos de suas ações e terapêuticas é uma necessidade e deve se desdobrar na utilização e criação de novas tecnologias de intervenção.

---

<sup>10</sup> CREMESP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

### Quadro 1 – Comparação da Clínica Na Atenção Básica e na Atenção Hospitalar

<b>Atenção Básica</b>	<b>Atenção Hospitalar</b>
80 a 90% dos problemas de saúde	10 a 15% dos problemas de Saúde
É necessário compromisso com a terapêutica.	É possível compromisso maior com o diagnóstico, do que com a terapêutica.
Critério de eficácia: qualidade de vida	Critério de eficácia: ALTA HOSPITALAR.
Momento crônico	Momento agudo
Seguimento no tempo	Encontro momentâneo
Resultado a médio e longo prazo	Resultado imediato
Sujeito <i>in vivo</i> (em relação)	Sujeito <i>in vitro</i> (isolado)
Tratamento negociado com o doente. LIMITES.	Relação Autoritária, pouco questionada pelo doente. Sensação de ONIPOTÊNCIA
Doente Preocupado em "Viver"	Doente Preocupado em Sobreviver
Procedimentos: remédios, exames, atividades, intervenções psi, intervenções sociais. predomina intervenção "biopsicossocial", consciente ou não	Procedimentos: remédios, exames. predomina intervenção no corpo
Fácil produzir dependência (acesso fácil).	Difícil perceber dependência (acesso difícil)
Fácil perceber efeitos colaterais dos tratamentos	Mais difícil perceber efeitos colaterais dos tratamentos
Análogo a um Filme	Análogo a uma fotografia

### C) A necessidade de novos olhares sobre a Clínica

Na perspectiva de um diálogo com profissionais de saúde ainda formados no hospital tradicional, é fundamental explicitar as diferenças e reconstruir o papel dos profissionais de saúde na Atenção Básica. Como apontado anteriormente, existe uma tendência cultural de acreditar que aos médicos cabe “salvar vidas”. Como o risco de morte imediato está nos hospitais, o trabalho fora dele fica “desvalorizado”. Nesse sentido, o movimento de profissionais de saúde em torno do PSF é positivo, porque possibilita a identificação dos profissionais com a lógica da Atenção Básica e disputa, no imaginário social, um novo papel para os profissionais de saúde.

*A equipe de PSF trabalhara durante um ano para diminuir o número de desnutridos na comunidade adscrita. Ao final deste período a equipe computou os dados e fez uma avaliação muito positiva do resultado. Ao apresentar o resultado no conselho local (da unidade), verificou-se que não havia a mesma empolgação entre os representantes locais. O tema foi discutido na reunião. Afinal a população parecia valorizar muito mais a agenda aberta da médica durante todas as manhãs (uma reivindicação da própria população) do que a diminuição da desnutrição entre as crianças. Desta reunião saiu a proposta de fazer uma “festa-desfile de moda” com as crianças do bairro, incluindo as ex-desnutridas. O conselho local se empolgou, conseguiu recursos junto ao comércio local, e a equipe encontrou um meio de chamar a atenção para uma atividade pouco valorizada pela comunidade, mas muito valorizada por ela. (Equipe PSF Vila Pedrosa – Cerquilha/SP, 2000)*

O mal-estar produzido pela ineficácia dos instrumentos hospitalares na Atenção Básica, associado à desvalorização de outras atividades (mesmo que eficazes), provavelmente contribui para uma 'cultura' de desprezo e baixo envolvimento na Atenção Básica. A situação é curiosa. Sem competência para ser efetiva na Atenção Básica, a corporação médica tende a dizer que os problemas da Atenção Básica estão fora da responsabilidade médica<sup>11</sup>. Ou seja, embora a clínica na Atenção Básica seja muito

---

<sup>11</sup> Em cursos de formação de médicos e enfermeiros generalistas de que o autor participou, foi muito comum que diante de problemas complexos, alguns profissionais transferissem a responsabilidade da resolução de diversos problemas para o assistente social ou psicólogos. Nesta lógica os médicos cuidariam do corpo (como no hospital), os psicólogos da Saúde Mental e os assistentes sociais dos “aspectos sociais”.

complexa, não só pela necessidade de entender o Sujeito (e não somente seu corpo), mas também pela necessidade de negociação da terapêutica, as corporações (principalmente a médica) tendem a negar esta complexidade. A superação dessa dificuldade institucional da Atenção Básica passa certamente pela aquisição e compreensão de uma diversidade de ferramentas e conhecimentos até certo ponto estranhos à Biomedicina, nascida e criada no hospital. Evidentemente que aspectos muito objetivos, como os modelos de atenção e gestão, a presença de espaços da Atenção Básica na formação dos profissionais e uma porcentagem maior de recursos do SUS direcionados a ela são essenciais. Mas certamente não são suficientes. A contribuição de que tratamos neste trabalho, para o processo de construção da Atenção Básica, é a CLÍNICA AMPLIADA<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> NÃO IMAGINAMOS, no entanto, que o hospital, assim como as especialidades médicas não sejam capazes de ampliar a clínica. De fato os melhores serviços hospitalares, como por exemplo o Centro de Oncologia Infantil Boldrini (em Campinas) já o fazem.



***CAPÍTULO 2***  
***UM MODELO PARA ANÁLISE***  
***DA CLÍNICA***

### A) A co-produção dialética dos Sujeitos:

CAMPOS (2000), pensando um método para co-gestão de coletivos, propõe um Sujeito co-produzido dialeticamente pela tensão constante entre forças externas e internas. Faz uma analogia com a dialética de Hegel (a partir de LOURAU, 1975), e associa a região de forças predominantemente imanentes ao Sujeito, ao Particular. O Universal estaria relacionado à região de forças com relativa transcendência em relação ao Sujeitos, ou seja, de incidência do externo sobre o interno. Da tensão entre o Universal e o Particular, resultaria o Sujeito Singular, região de contato do interno com o externo, em que se conformam e são expressas sínteses entre o Sujeito e o seu contexto. CAMPOS (2000) se refere tanto ao Sujeito individual quanto ao Sujeito Coletivo. A região de forças predominantemente **Imanentes** ao Sujeito (particular, interno), estaria dividida em três planos: a Estrutura Biológica, o Desejo e o Interesse. A região de Forças predominantemente **Transcendentes** ao Sujeito (Externa, Universal) seria constituída por dois grandes planos: Necessidades Sociais e Instituições. A Região de Síntese dessas forças, entre o Sujeito e seu contexto, resultaria na formação de compromisso, na constituição e gestão de Contratos e Projetos.

#### QUADRO 2- PLANOS DE CO-PRODUÇÃO DO SUJEITO

PARTICULAR	DETERMINANTES BIOLÓGICOS DESEJO INTERESSES
SINGULAR	COMPROMISSO CONTRATO
UNIVERSAL	NECESSIDADES SOCIAIS INSTITUIÇÕES

*O Método da Roda pensa a constituição do Sujeito e dos Coletivos em função de Planos situados entre o seu mundo interno e a sua circunstância (o mundo externo). Isto mesmo reconhecendo que não há limite preciso entre interno e externo (Deleuze e Guattari;1995). Ao contrário, trabalha-se com a noção de uma permanente interprodução entre o interno e externo. Uma cartografia de potencialidades imanentes e transcendentais. Espaços existenciais contíguos, interagindo uns sob os outros, criando zonas autônomas, mescladas e de mútua influência, a que os Sujeitos estariam constrangidos a desvendar e a lidar para seguir vivendo. (CAMPOS, 2000)*

No campo Singular, o conceito de formação de compromisso vem da psicanálise e diz respeito a situações em que a síntese entre desejos e as forças externas (necessidades sociais e “propostas” institucionais) ocorreria de forma inconsciente. A gestão de contratos e projetos seria resultante de forças internas e externas teoricamente mais conscientes. No entanto, haveria sempre uma linha de continuidade entre essas duas situações: a síntese consciente e a síntese inconsciente. O Sujeito nunca é senhor completo dos movimentos de síntese, nem tampouco é totalmente submisso.

*As Formação de Compromisso, a elaboração e gestão de Contratos e de Projetos criam uma Região intermediária, um espaço de mediação entre forças imanentes ao Sujeito e outras produzidas com grande exterioridade a ele. Uma Região em que há possibilidade de se reconstruir a dominância das necessidades sociais e dos fatos instituídos, bem como de se recompor imposições internas. Um espaço em aberto, um jogo entre distintas possibilidades, um lugar de recomposição do poder, um espaço em que a instituição do novo é possível, uma Região em que o novo resulta da multiplicidade de sínteses que o Sujeito produz mediante a influência e pressão de todos estes Planos. Enfim: espaços em que a práxis concreta dos Sujeitos, o agir interpessoal, a política, ou a gestão propiciam relativo grau de autonomia. (CAMPOS, 2000)*

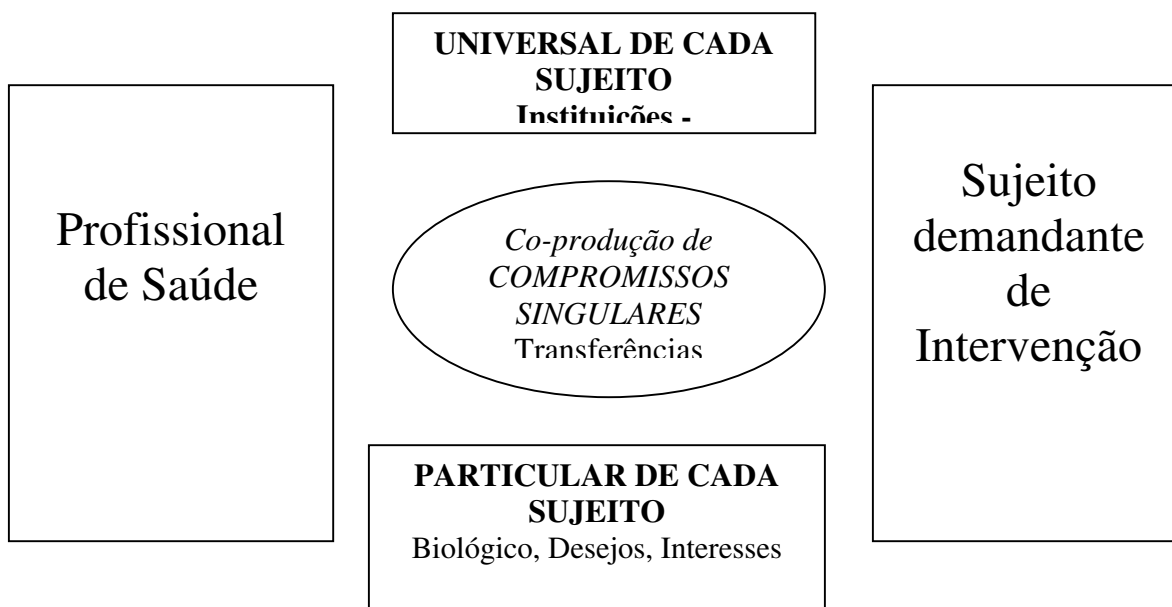
A construção desse modelo de compreensão do Sujeito ocorre dentro do campo da saúde coletiva com a perspectiva de contribuir para Co-Gestão de Coletivos Organizados para a Produção (O Método da Roda). O diálogo com a Análise Institucional (LOURAU, 1975) e com as formulações de Deleuze e Guattari é bem intenso. Parece-nos interessante destacar que a Análise Institucional tem um viés mais clínico (no sentido psicanalítico), em sintonia com a forte presença da Psicanálise na sua formulação. Entretanto, podemos dizer que o Método da Roda se diferencia porque valoriza o compromisso com a gestão e com o resultado do trabalho. O Método da Roda valoriza o "Tempo Institucional" em analogia ao "princípio de realidade" de Freud, enquanto valoriza menos o "Tempo do Grupo". Conseqüentemente, o Método da Roda não tem pretensões de produzir "apenas" auto-análise do grupo e auto-gestão, mas aumento da capacidade de análise e co-gestão do trabalho. Isso porque, na proposta de CAMPOS (2000), a instituição tem duas grandes finalidades: a produção de valor de uso e a produção de Sujeitos. Ou seja, as necessidades sociais e os próprios trabalhadores. Para CAMPOS, existirá sempre uma tensão dialética entre essas duas forças e ambas seriam legítimas. Em relação a Deleuze e Guattari, o contraponto do Método da Roda ocorreria de forma diferente. GUATTARI (1990) defende uma prioridade para a produção de subjetividade (como finalidade mais importante das intervenções) em relação aos Sujeitos, enquanto o Método da Roda valoriza a produção de subjetividade, mas a partir da centralidade dos Sujeitos e da Instituição.

### **B) Um modelo de análise para a Clínica**

A partir da proposta de co-produção de Sujeitos podemos imaginar um modelo de análise para a clínica que reconheça a relação clínica como um encontro desses dois Sujeitos co-produzidos. Cada um dos Sujeitos é Singular e dialeticamente co-produzido por forças UNIVERSAIS e PARTICULARES (CAMPOS, 2000). Evidentemente é um encontro marcado pela força de uma instituição externa aos dois Sujeitos: A Instituição Saúde. Por um lado, encontraremos os arranjos estruturais do estabelecimento de saúde, delimitando tendências nada desprezíveis para a relação clínica.



### QUADRO 3- MODELO DE ANÁLISE PARA A CLÍNICA



O profissional de saúde é entendido então como um Sujeito co-produzido. Está inserido numa Instituição de Saúde e munido de Saberes específicos. Está "tensionado" por forças Universais e Particulares que o constituem.

Existe uma grande produção teórica sobre as determinações do campo Universal (entendido como externo ao Sujeito) na prática médica. Por exemplo, abordando o modo de produção capitalista e o papel social de reprodução e manutenção da força de trabalho, condicionando um certo compromisso estrutural da prática médica no capitalismo (MENDES-GONÇALVES, 1994); ou o saber biomédico (CAMARGO, 2003; TESSER, 1998) condicionando o olhar do profissional para determinados aspectos biológicos; ou o modelo de atenção possibilitando recursos e definindo objetivos e prioridades (MERHY, 1997a; CAMPOS, 1991); o modelo de gestão possibilitando ou restringindo a co-gestão do trabalho e a produção da Obra (CAMPOS, 2000). Tudo atua sobre cada estabelecimento de saúde e sobre cada Sujeito, em cada momento de forma diferente. O profissional de saúde está imerso nesses determinantes Universais.

Mas o Sujeito profissional de saúde ainda está tensionado por infinitos outros aspectos Particulares da vida, como a sua história, a sua opção religiosa (CULLIFORD, 2002)<sup>1</sup>, o interesse financeiro, o desejo de poder sobre o outro, outros desejos, o medo de morrer... ou, tudo isso e mais um pouco, ora mais, ora menos, constituindo-o singularmente. Ou seja, da mesma forma que se reconhece o Sujeito mais livre, nas pregas de várias instituições em que está imerso do que em poucas ou em uma instituição, perceber os profissionais imersos numa teia de determinantes é proveitoso à transformação da clínica tradicional, à produção do Novo e à liberdade, ao invés de escolher entre este ou aquele determinante do profissional e sua prática.

BARROS (2000), ao estudar o profissional médico híbrido (que incorpora outras racionalidades médicas à sua prática), demonstra justamente a possibilidade da diferença em relação a uma poderosa força externa aos profissionais: ao saber biomédico hegemônico. Portanto, em relação aos profissionais reconhecemos, da mesma forma que em relação aos Sujeitos doentes, a validade de todos os estudos que mapeiam as forças de determinação externas e internas ao trabalhador de saúde, mas negamos *a priori* a preponderância de uma ou outra, reconhecendo a capacidade de cada Sujeito de produzir-se Singularmente, em tensão com essas forças, em movimento na Vida e, no caso, na clínica.

O Sujeito Demandante de Intervenção (nem sempre as queixas poderão ser convertidas em um diagnóstico da Biomedicina) também é co-produzido dialeticamente. Quando ele procura o cuidado, é porque está sob algum tensionamento no seu equilíbrio singular constitutivo, independente da presença ou da ausência de classificação diagnóstica.

Uma situação hipotética pode ilustrar a situação da clínica a partir do modelo de análise proposto:

A falta de saneamento e toda a constelação de determinantes que fazem com que um determinado grupo de pessoas seja obrigada a viver sem esgoto aumenta o risco de UM SUJEITO nessas condições desenvolver uma certa verminose. No entanto, poderíamos perceber (olhando com atenção) que a verminose pode acometê-lo mais (ou menos) vezes

---

<sup>1</sup> BMJ 2002;v. 325:p. 1434-1435 ( 21 December ), Editoriais: “*Spirituality and clinical care*” “*Spiritual values and skills are increasingly recognised as necessary aspects of clinical care*”. O texto comenta uma série de trabalhos estudando a presença de religiões entre os profissionais e o efeito das meditações na melhora dos pacientes.

que a um seu vizinho (ou que a média do seu grupo); pode acometê-lo mais em um momento de sua vida do que em outro. Em dois momentos distintos, no mesmo Sujeito, a mesma verminose, digamos com os mesmos sintomas objetivos (se fosse possível objetivá-los totalmente) poderia ter repercussões de importância diferente, dependendo de outros aspectos da vida do Sujeito. Além disso, a percepção da causalidade do adoecimento, por exemplo, entre um castigo divino, uma desigualdade social / racial, ou um ataque de um Verme, podem resultar em impactos individuais distintos e formas de lidar com o adoecimento (e conseqüentemente com o tratamento) também diferentes. É esse Sujeito que se apresenta à clínica. Resultado singular (em movimento) de determinantes diversos.

Outro exemplo: um simples padrão alimentar que condiciona diversos tipos de riscos de adoecimento e está no cardápio terapêutico para diversas doenças pode ser analisado a partir de todos estes planos:

**a estrutura econômica** (possibilitando ou limitando acesso aos alimentos),

**a estrutura familiar** (com um padrão de relações definindo divisão de trabalho, hierarquia e hábitos),

**a cultura e a mídia** produzindo necessidades e canalizando desejos,

**os desejos propriamente** (um tipo de comida pode ser objeto de desejo absolutamente vital, ou ter uma carga de transferência afetiva \_"a comida que mamãe fazia", ou "a comida da minha terra").

**a fisiologia**, condicionada por fatores genéticos e ambientais, produzindo necessidades de algum tipo de alimento.

Outros...

A partir do reconhecimento de dimensões individuais e coletivas, o Sujeito que se apresenta para a clínica é ao mesmo tempo um indivíduo e vários coletivos. Então, mesmo quando a clínica é individual ela também é coletiva, não só porque os Sujeitos são parte do coletivo, mas também porque:

*Acreditamos que a clínica está comprometida com este plano de produção ou de individuação sempre coletivo e que é indissociável do domínio da realidade individuada. Assumir a dimensão política da clínica é apostar na força de intervenção sobre a realidade efetuada apostando nos processos de produção de si e do mundo. (PASSOS, E. e BENEVIDES DE BARROS, 2001)*

O modelo que propomos permite tanto reconhecer os determinantes Universais e Particulares, quanto olhar para o Sujeito singular que lida com tudo isso. O que não significaria, é sempre bom lembrar, negar a existência de uma patologia, de um verme, nem da desigualdade social, étnica ou de gênero, nem muito menos um eventual determinante genético facilitando o adoecimento. A novidade estaria em negar a preponderância de qualquer elemento *a priori*. O elemento mais importante em cada momento define-se na singularidade dos Sujeitos e instituições imersos na relação.

Quando nos referimos a “Sujeitos coletivos”, ou à ação das equipes de Atenção Básica na “comunidade”, vale o mesmo princípio de singularidade. Cada comunidade tem as suas singularidades em movimento, o que nos faz concordar com FOUCAULT (1983): cada epidemia é diferente em cada momento.

A clínica, então, é sempre uma interação complexa entre Sujeitos. Apesar de todas as proteções institucionais, a clínica efetivamente é um encontro entre dois Sujeitos singulares. Um profissional e um doente, uma equipe e um doente, uma equipe e um Sujeito coletivo (uma família, ou uma comunidade etc...). Nesse modelo de análise entendemos a clínica com uma dimensão política e subjetiva muito fortes. Quanto mais distante do atendimento hospitalar e de urgência (predomínio do plano biológico de determinação) e quanto mais próximo do atendimento ambulatorial, mais presentes estarão as outras forças de determinação dos Sujeitos e mais útil é o modelo de análise proposto.

Com o modelo proposto podemos entender porque lesões, limitações ou sofrimentos semelhantes levam algumas pessoas ao serviço de saúde (e outras não) segundo a “composição” singular<sup>2</sup> do Sujeito: classe social, cultura, trabalho, família, medos, desejos e interesses, etc...

---

<sup>2</sup> Sem de forma alguma querer negar que existem tendências e padrões em grupos como classes sociais, gênero, etnia etc...

O modelo permite reconhecer as forças de reprodução do instituído, mas permite também a percepção-construção do desvio<sup>3</sup> (PASSOS E BENVÍDES, 2000), da individuação, da produção do novo.

M.S. 62anos, casada, dois filhos.

Diagnóstico de HAS há 10 anos, em uso de HCTZ (1/2 cp/dia) e captopril (25 mg 02cp/dia).

Queixa-se de dores pelo corpo, dificuldade para dormir, formigamentos, crises de choro, zumbido no ouvido e "aperto no peito". Quando tem crises de choro a HAS fica descontrolada. Utiliza diazepínicos para dormir há 10 anos.

Foi ao otorrino, onde teve uma grande crise de choro, momento em que foram pedidos exames de tiróide, “para ver se descobre o seu problema”.

Na consulta com o generalista diz que quase não sai de casa porque tem muito trabalho. Conta que já foi algumas vezes no grupo de “terceira idade” e fez oficina de pintura. Gostou muito, mas o marido e o filho não a deixam sair de casa porque atrapalha o "serviço". Conta que fica muito nervosa porque tem um filho preso. O outro filho que mora com ela "é trabalhador", mas faz ameaças de matar o irmão preso, quando ele sair da cadeia, se ele aparecer na casa. O exame da tiróide "não deu nada".

A paciente não se enquadrou no arsenal propedêutico inicial. Neste momento de tomada de fôlego e de contrapé da conhecida estratégia biomédica de procurar infinitamente alguma alteração orgânica que possibilite UMA explicação, para o Sujeito Doente, ela inicia o seguimento em uma equipe de Saúde da Família. A paciente, a cada encontro com a ACS e com o médico, adquire alguma autonomia ao

---

<sup>3</sup> “Clínica enquanto experiência de desvio, do clinamen que faz bifurcar um percurso de vida na criação de novos territórios existenciais. O sentido da clínica, para nós, não se reduz a esse movimento do inclinar-se sobre o leito do doente, como se poderia supor a partir do sentido etimológico da palavra derivada do grego *klinikos* (“que concerne ao leito”; de *klíne*, “leito, repouso”; de *klíno* “inclinar, dobrar”). Mais do que essa atitude de acolhimento de quem demanda tratamento, entendemos o ato clínico como a produção de um desvio (*clinamen*), na acepção que dá a essa palavra a filosofia atomista de Epicuro” PASSOS, E. e BENEVIDES DE BARROS, R. (2000).

perceber a relação entre a Vida que vive e os sintomas que sente, principalmente as crises de choro e os picos hipertensivos. A questão da autonomia para suas atividades vai se tornando um caminho mais e mais importante. Ao longo de alguns meses de seguimento começa a se destacar o padrão de submissão com o marido e o filho. Neste processo outros especialistas são convidados a "ver" este aspecto da vida da paciente, o que diminui a pressão PELA BUSCA DE UMA CAUSA. Na medida em que o vínculo com a equipe se estreita, **torna-se** evidente para a equipe a necessidade de um apoio especial, a **questão de gênero** se destaca gradualmente até que após várias conversas com a paciente, e depois de pesar riscos e benefícios, a equipe propõe à paciente fazer uma visita com a finalidade de explicar ao marido e ao filho a necessidade da paciente de realizar atividades de lazer. A intervenção foi proveitosa na avaliação da equipe. No decorrer do seguimento verificou-se que a paciente conseguiu aproveitar a representação social da Instituição Saúde, para negociar novos parâmetros na dinâmica familiar. E os sintomas? Começaram a melhorar já durante a fase de expectativa e preparação para a Visita e se mantiveram em franca melhora nos meses seguintes, a ponto de reduzir a medicação anti-hipertensiva para Hidroclorotiazida 01 cp ao dia e iniciar processo de retirada de benzodiazepínico.

Inúmeras outras pacientes estavam submetidas à mesma lógica familiar, e até mesmo com sintomas semelhantes, no entanto este tema não se destacou como caminho terapêutico, para elas". (CUHA, G.T. Cerquillo/ SP, 1999)

O caso ilustra a relação entre Política e Clínica, assim como a complexidade do adoecer. As instituições externas ao Sujeito: como a Família, o Papel Social da Mulher, a iatrogenia cultural da Biomedicina (produzindo o mito da unicausalidade, da externalidade da doença, etc). No plano particular, as características biológicas da paciente produzindo um certo padrão de adoecimento, a história pessoal, os desejos (a pintura, por exemplo). De todo um universo de possibilidades, um tema se destacou na relação clínica e produziu um caminho terapêutico.

### **C) O modelo de análise da Clínica e algumas das forças mais importantes que atuam sobre os Sujeitos na Clínica**

Uma das vantagens do modelo de análise proposto é a possibilidade de uma certa convivência de olhares (saberes) diferentes sobre o mundo. Abordaremos aqui algumas das forças mais importantes que atuam sobre os Sujeitos imersos na clínica atual, a partir de diferentes referenciais teóricos: poder, cultura, economia e ciência.

#### **- Padrões hegemônicos de subjetividade na relação medicina-sociedade**

Não são poucos os estudos que procuraram entender a dimensão cultural, as iatrogenias e os limites do saber biomédico hegemônico, tal como utilizado atualmente nas sociedades do ocidente. Faremos um recorte arbitrário nesses estudos, de forma que possamos utilizá-los como ferramentas mais ágeis e leves para compreensão de algumas das forças do plano Universal, que têm presença importante na prática clínica, tomando por base a experiência do autor.

Alguns exemplos cotidianos demonstram a presença, de forma quase transversal, de alguns temas relacionados à clínica.

#### **Um diálogo excessivamente comum**

*Wells Shoemaker is a pediatrician in a small California town. Not too long ago he saw a patient new to the area, a little boy with a runny nose. "It's the same story every time," his mother complained. "He starts out with a cold, and then his nose starts running green stuff, and then he gets an ear infection. He's only two years old, and he's already had four ear infections."*

*Shoemaker examined the child. He had a cold, all right, but his nasal fluid was clear, and he had no fever or bulging eardrums. No hint of an ear infection or any other bacterial attack. As Shoemaker offered his diagnosis, the mother interrupted: "The only thing that keeps him from getting an ear infection is antibiotics. My previous doctor used to give him antibiotics at the beginning of a cold. They worked great!"*

*"Antibiotics fight bacteria," Shoemaker explained. "Your son's cold is caused by a virus. He doesn't have an ear infection. But let's keep close tabs, and if he does begin to develop an infection, then we can turn to an antibiotic."*

*"But sometimes the doctor just prescribed them over the phone."*

*"Well, an antibiotic might prevent an infection, but it might not. It could even make way for a more aggressive germ that might cause an ear infection from hell. Then we'd have to resort to very, very powerful drugs with unpleasant side effects that have to be given by injection." By this time the mother had heard enough. "I don't care! I know my child better than you do. I want antibiotics now!"*

*"I can't give them to you," Shoemaker replied. "In all good conscience, I just can't."*

*"Then I'm going to find another doctor, a doctor who cares about children! (DISCOVER Vol. 19 No. 11 November 1998 Last Days of the Wonder Drugs)*

### **Nas margens do rio Tapajós (também)**

Nas margens do rio Tapajós, a 20 horas de barco da cidade mais próxima, sem energia elétrica, vivem populações ribeirinhas. Algumas ONG's fazem visitas esporádicas e oferecem alguns serviços de saúde. Em uma destas comunidades uma dentista e seu auxiliar fazem tratamentos dentários. Apresenta-se uma senhora de 53 anos, que se senta à cadeira e pede apontando com o dedo: "quero arrancar este aqui. A dentista examina e não encontra cárie ou lesão na gengiva: "Este dente está ótimo", explica. A senhora replica imediatamente: "então este aqui". A dentista verifica toda a boca e explica à senhora que todos os dentes estão muito bons, e que não há nada a fazer. A senhora não se convence e argumenta: "é tão difícil vir dentista aqui, que quando vem tem que aproveitar, arranca qualquer um (relato do trabalhador de uma ONG Paraense – Santarém – 2001)



No mesmo Rio Tapajós, outra equipe de outra ONG atende outra comunidade. Apresenta-se à enfermeira uma criança acompanhada da mãe. A criança está com um quadro avançado de piodermite em couro cabeludo, com linfonodopatia visível a olho nu. A mãe não apresenta queixas de saúde. Depois de definido diagnóstico. A enfermeira apresenta à mãe a proposta terapêutica: "a criança vai tomar uma injeção de benzetacil". A mãe imediatamente responde à enfermeira: "mas como só ela vai tomar injeção? Vai ter que aplicar em mim também.(relato do trabalhador de uma ONG Paraense – Santarém – 2001)

### **Check-up: você ainda vai fazer um**

A demanda por check-ups é tanta que grandes hospitais vêm inaugurando unidades inteiras dedicadas exclusivamente à realização de baterias de exames. Uma das mais portentosas do Brasil é a do Hospital Albert Einstein, em São Paulo. Na média, um pacote custa cerca de 1.500 reais. Criou-se até um novo modismo: o "health tourism", ou "turismo de saúde". Hotéis e spas luxuosos oferecem pacotes de check-up completo: exames de sangue e de urina, avaliações dentárias, tomografia computadorizada do corpo todo e por aí vai. A onda começou na Califórnia, nos Estados Unidos, e se espalhou pelo mundo. Pode-se fazer um check-up cinco-estrelas na Indonésia, nas Filipinas, na Índia e em Portugal, entre outros países. O Hilton do Havaí oferece três pacotes diferentes. O mais caro, que dura sete dias e seis noites, custa 12.000 dólares. Entre uma aula de surfe e uma de caiaque, o hóspede passa por uma tomografia, uma colonoscopia e uma densitometria óssea. Um programa. (Revista Veja 23/04/2003)

### **Matando Pelé**

Durante a copa de 2002 o Rei Pelé quase morreu aqui no Brasil, em decorrência de reações ao contraste de uma tomografia. Foi para UTI e no dia seguinte, ainda com o rosto inchado, ele deu uma entrevista coletiva, em que explicou que não estava doente e que apenas fazia exames "de rotina" por obrigação contratual com empresas de seguro norte-americanas. Nenhum jornalista duvidou da lucidez da proposta.

Ninguém questionou quais estudos autorizavam um profissional de saúde a fazer uma proposta letal como essa. (Pelé concedeu entrevista coletiva, transmitida pela Rádio CBN São Paulo, em julho de 2002).

É muito difícil encontrar um pediatra, ou médico generalista, com um mínimo de cuidado nas prescrições de antibióticos, que não possa relatar um diálogo semelhante ao descrito pelo médico no caso 1. Necessariamente, a repetição de padrões de percepção da doença e da cura, em culturas e países distintos (embora sob a égide da mesma Biomedicina), é algo que chama a atenção. Tanto porque tem conseqüências epidemiológicas (justamente o artigo inicial fala do desenvolvimento de resistência bacteriana pela superdifusão dos antibióticos, enquanto os outros exemplos apontam outras iatrogenias), tanto porque interfere diretamente na dinâmica de trabalho das equipes de saúde na Atenção Básica (sobrecarga de trabalho das equipes de saúde e pouca autonomia dos Sujeitos). Os exemplos demonstram da mesma forma, que existe um certo padrão de subjetividade na clínica que produz uma certa tendência de percepção de doença, de cura e de prevenção, com conseqüências evidentes, confirmando o que vários autores apontam (ILLICH, 1975; CAMARGO, 2003): que existe um padrão de impacto da medicina ocidental na cultura (e vice-versa), produzindo demandas e olhares sobre o adoecer. Adiante abordaremos alguns dos componentes, de acordo com referenciais teóricos distintos, desse “padrão cultural” que estaria, ora mais ora menos, influenciando a prática clínica.

#### **- Medicina e Consumo (SAÚDE V. USO X V. DE TROCA)**

No capitalismo, os produtos têm um duplo valor: valor de troca e de uso. O **valor de troca** garante que os produtos circulem como mercadorias. O **valor de uso** expressa a utilidade do produto e permite sua realização; isto é, seu consumo. A utilidade de um produto (um bem uma escova de dente, ou um serviço – uma consulta médica) é dada pelo fato desses produtos, potencialmente, atenderem a necessidades sociais. O **valor de uso** não é, pois, igual ou equivalente a **necessidade social**. O trabalho mira (objetiva) necessidades sociais, mas produz coisas com valor de uso, coisas potencialmente úteis, supostamente capazes de atender a necessidades. Diferença sutil, mas importante. (CAMPOS, 2000)

Essa é uma característica do mundo capitalista que não podemos desprezar na clínica. Os novos procedimentos diagnósticos, equipamentos e intervenções que aparecem na mídia, automaticamente adquirem um valor muito diferente do seu valor de uso. Um procedimento *novo e caro* é imediatamente mitificado, sustentado pela lógica implícita de que o “*mais moderno é sempre melhor*”. Os riscos são sempre minimizados e o produto é mais demandado pelo seu valor de troca, do que pelo seu valor de uso. No caso da avaliação epidemiológica de vários procedimentos, existe ainda o agravante do limite técnico da epidemiologia, chamado REGRESSÃO À MÉDIA, que acaba superestimando a eficácia de vários medicamentos e procedimentos (MORTON e TORGERSON, 2003). Obviamente que a sistemática dificuldade de admitir esse limite tem razões que nos devolvem à nossa discussão. Os “novos” remédios e procedimentos terapêuticos e diagnósticos tornam-se então uma necessidade social, influenciando os serviços de saúde e a percepção de qualidade da população e até dos profissionais. NOGUEIRA (1997), aponta mais uma conseqüência dessa dinâmica do capitalismo aplicada à saúde, que diz respeito à dificuldade de produzir autonomia: “As pessoas tornaram-se condicionadas a obter em vez de fazer, a comprar em vez de criar: em saúde, não querem mais se curar, mas serem curadas”. Ou seja, atribui-se maior qualidade ao maior valor de troca e grande valor de troca ao ‘direito’ de não participar da cura e sim ‘comprar’ a sua cura. Nesse sentido, podemos dizer que a clínica oficial, com a sua herança autoritária do ambiente hospitalar, o pressuposto de passividade e todo o seu reducionismo biologicista, adequa-se à lógica capitalista.

As conseqüências desse tipo de relação com a saúde são gravíssimas. Se por um lado uma parte da população sente a falta de recursos da saúde, que poderiam salvá-la da morte ou melhorar sua condição de vida, outra parte salva-se porque teve a sorte de não ter acesso a uma parte desses recursos, utilizados pelo valor de troca e não valor de uso.

Além dos exemplos iniciais, que também demonstram a força do valor de troca na atenção à saúde, podemos citar os casos abaixo:

## **A Vacina**

A mãe é entrevistada no EPTV-Campinas porque sua criança morrerá com complicações de uma vacinação de rotina e dá a seguinte explicação: "eles não avisam que as vacinas podem matar, para as pessoas não deixarem de vacinar. Eu, quando tiver outro filho, só vou vacinar em clínica particular. (*EPTV- Campinas - Jornal Regional, 2001*).

## **O Leite Materno**

No assentamento de sem-terra os barracos ainda eram de plástico preto e a renda familiar dependia de eventuais trabalhos nas fazendas vizinhas. A mãe ainda adolescente (16anos) parou de amamentar a criança com menos de um mês. A equipe aproximou-se da família até entender que era a avó da criança que não permitia o aleitamento. A avó tinha 40 anos e 07 filhos. Tivera-os no interior de MG e amamentara a todos exclusivamente. Mas, "se tivesse um pouco de dinheiro para dar o de melhor para o neto, não deixaria de comprar o leite" . Leite longa vida, sem geladeira para guardar..." (*Assentamento 12 de outubro, Mogi-Mirim, 1999*)

## **O enfermeiro X o médico generalista X o especialista: o valor de mercado dos profissionais e a percepção de qualidade.**

Uma das dificuldades de implantação do PSF na cidade de Cerquilha/SP em 1999 foi a dificuldade inicial da população de aceitar a consulta do enfermeiro e a falta do "especialista" (pediatra e ginecologista). Em diversas reuniões no conselho local de saúde da Unidade de Nova Cerquilha, esse assunto foi debatido e essa era uma demanda persistente. Era bem pouco útil explicar que na medida em que houvesse necessidade não seria negado acesso a nenhum recurso ou profissional, dentro ou fora da cidade. Numa das primeiras reuniões mais acaloradas uma cidadã se pronunciou com extrema veemência contra o atendimento da enfermeira. "porque é um absurdo uma enfermeira prescrever chazinhos..." A cidadã era a dona da farmácia em frente a unidade de saúde, que não cansava de prescrever antibióticos no balcão. No processo de implantação a

equipe acabou constatando que a população sentia como perda real a diminuição do acesso a especialistas, à consulta médica e aos remédios indiscriminados, mesmo sabendo que no modelo anterior havia um precário pronto-atendimento por no máximo meio período por dia. Na campanha eleitoral, um ano após a implantação do PSF, o candidato de oposição prometeu nos comícios da cidade “acabar com os chazinhos do tempo da minha avó nas unidades de saúde”. Prometeu também distribuir Pediatras e Ginecologistas em todas as UBS. O acesso livre (entenda-se em pronto-atendimento) a especialistas e a restrição do atendimento de enfermagem tornaram-se moedas eleitorais e promessas de campanha. (Cidade de Cerquilha/SP – o autor participou do processo de implantação do PSF como médico generalista, desde outubro de 1999 até início de 2001).

Não queremos de forma alguma negar que a luta por acesso aos recursos de saúde seja fundamental para a própria viabilidade e legitimidade do SUS. No entanto, a confusão entre o valor de uso e o valor de troca na Saúde provoca danos, gastos desnecessários, demanda desnecessária, facilita a mistificação da Medicina e a dependência da população. No exemplo da vacina, a mãe aborda também a questão do direito a informação sobre os riscos. Fica evidente, quando ela se propõe a vacinar o próximo filho em uma clínica particular, que o valor de troca da vacina “na clínica particular” está associado à diminuição do risco, ou seja, maior qualidade. Por mais que, na prática, o risco das clínicas privadas possa ser igual ou maior.

Em relação ao exemplo do leite materno, na época em que ocorreu o caso relatado, o cartaz de propaganda do Ministério da Saúde (MS) não contribuía em nada para a superação dessa associação de leite materno com pobreza. O cartaz fazia justamente referência ao baixo custo do leite materno. A avó da criança, que não tinha recursos para comprar leite NAM (e nem comida), contentava-se com leite longa vida. Outros exemplos como as amigdalectomias generalizadas e as cirurgias de hérnias de disco intervertebral (DEYO e WEINSTEIN, 2001), procedimentos utilizados reconhecidamente de forma abusiva e inadequada, demonstram que a presença do valor de troca na saúde, adoece os ricos pelo “excesso”, e os pobres pela falta e pelo excesso de procedimentos e medicações, dependendo de cada situação singular.

No modelo de análise proposto, o VALOR DE TROCA é mais uma força do campo Universal, que estará tensionando a clínica individual ou coletiva. Na clínica ampliada essa força terá que ser reconhecida, tanto pelo profissional quanto pelo doente, para que não cause danos. Podemos lembrar que essa força nem sempre causa danos: Freud defendia que o pagamento da consulta (ou seja, a explicitação do valor de troca) facilitava o processo terapêutico. Como vimos não há motivos para duvidar que isso ocorresse. Assim como não há razão para perpetuar o valor de troca como parte da terapêutica, sendo perfeitamente possível construir outras referências para os investimentos dos Sujeitos nos processos terapêuticos.

No plano coletivo esse é um tema a ser enfrentado e debatido no SUS e na sociedade. A denúncia dessas “confusões” e de seus danos é uma responsabilidade dos atores sociais constituintes do SUS. O modelo de compreensão da clínica proposto nos parece capaz de contribuir para isso.

#### **- Função social do diagnóstico: lidando com poderes.**

#### **LER/DORT**

A paciente trabalhava em uma casa de 04 cômodos e 50m<sup>2</sup>, que funcionava como creche pública para 40 crianças de 1,5 a 4 anos. Cozinhou sozinha quatro refeições por dia e fazia a faxina da creche. Além de ajudar ocasionalmente a cuidar das crianças, pois ao todo trabalhavam ali 5 profissionais, contando com ela. Após dois anos de trabalho desenvolve LER/DORT (com síndrome do túnel do carpo). Depois de 10 anos de lesão e seguimento no serviço médico do município, dois anos de afastamento do serviço, a paciente ainda aguarda o “reconhecimento” do “nexo causal” da sua lesão com o trabalho que realizava. Durante a perícia técnica, a médica perita afirmou que a paciente poderia ter desenvolvido a patologia por conta dos cuidados domésticos com a mãe doente. Após essas considerações a médica foi indagada se consideraria inocente uma empresa que produzisse um alimento envenenado, em que todas as vítimas fatais fossem hepatopatas, já que afinal morreram porque eram mais susceptíveis? A abordagem unicausal e maniqueísta ainda é comum na área de saúde do trabalhador. No caso relatado, em

decorrência do momento político singular, foi possível reverter o diagnóstico inicial restrito à lesão articular e evitar que a culpa do adoecimento recaísse sobre a doente. *(A paciente era militante do Movimento Popular de Saúde em Campinas e procurou ajuda entre os profissionais da Saúde do Trabalhador, momento em que conheceu o autor, que a acompanhou na perícia do serviço médico, no seu antigo local de trabalho.)*

## **GASTRITE**

J.S 40 anos. Gerente de manutenção. Dois filhos, separado há 06 meses.

QP: Desconforto Gástrico pós-prandial e “irritação”, às vezes acompanhada de “queimação” no estômago, há um mês. Deseja fazer endoscopia digestiva alta além de exames de “check up”. Atualmente está morando com a mãe. Refere dificuldade para dormir e relaxar após o trabalho, necessitando uma “bebida alcoólica” diariamente. Apresenta dieta irregular (fica longos períodos sem ingerir alimento) por causa do trabalho, que diz ser bastante estressante. Toma café o dia todo. Nega tabagismo. Perguntado sobre atividades de lazer, conta que há três anos não tira férias porque a empresa onde trabalha funciona 24hs e ele tem que estar totalmente disponível para qualquer problema na “linha”. Tem um celular para ser chamado a qualquer momento. “Mas é a empresa que paga a conta do celular...”  
EF: sem alterações. *(paciente atendido em Cerquillo/SP, 2000).*

## **FRIGIDEZ**

A paciente procura o ambulatório de ginecologia da UNICAMP, para se queixar de dificuldade para sentir prazer nas relações sexuais. Mora em uma pequena cidade do interior de SP, é casada há 20 anos e tem dois filhos. O ginecologista da cidade dissera-lhe que isso “era normal. *(ambulatório de ginecologia, HC- UNICAMP, 1994)*

O exemplo do início do capítulo (M.S., 62 anos) também pode ser incluído nesta discussão. Afinal lá, uma senhora enfrentando as conseqüências de uma situação profundamente desfavorável dentro de casa, procura o serviço de saúde com queixas que

poderiam ser entendidas apenas dentro das possibilidades diagnósticas da Biomedicina, legitimando indiretamente a opressão social (de gênero). Ou seja, a Medicina é cúmplice de situações de exploração e dominação adoecedoras, toda vez que ignora a situação e trata (ou não trata, como no caso das queixas sexuais femininas) apenas a consequência da situação.

Illich (1975) aponta de forma bastante didática os possíveis usos do diagnóstico médico na manutenção da ordem social:

Para poder funcionar, a sociedade industrial deve dar a seus membros múltiplas ocasiões de serem medicamente reconhecidos como sofredores de doença real e concreta, enquanto entidade distinta. Uma sociedade superindustrializada é mórbida na medida em que os homens não conseguem se adaptar a ela. Realmente, os homens deixariam de tolerá-la se o diagnóstico médico não identificasse sua incapacidade de acomodar-se à perturbação de sua saúde. O diagnóstico está ali para explicar que se eles não a suportam não é por causa do meio ambiente desumano, mas porque seu organismo está falhando. (ILLICH, 1975)

FOUCAULT (1983) nos possibilita acrescentar a esse aspecto mais funcional, um aspecto mais sutil de contribuição do diagnóstico médico com os Poderes Instituídos na sociedade<sup>4</sup>. Para o autor existiriam três tipos de lutas: contra as *“formas de dominação (étnica, social e religiosa); contras as formas de exploração que separam os indivíduos daquilo que eles produzem; ou contra aquilo que liga o indivíduo a si mesmo e o submete, desse modo, aos outros (lutas contra as formas de subjetivação e submissão)”*. Segundo o autor, na medida em que os Sujeitos (individuais e coletivos), estão imersos nestas lutas, em maior ou menor grau, e na medida que muitas dessas lutas produzem formas de adoecimento, encontraremos na clínica Sujeitos imersos nesses conflitos. No modelo de análise proposto poderíamos incluir os dois primeiros tipos de lutas no campo Universal (externo) de determinação do Sujeito e o terceiro tipo no campo particular. Assim como FOUCAULT defende que, em cada momento da história da humanidade, houve

---

<sup>4</sup> Embora vários dos autores que aqui citamos (CAMPOS, BAREMBLIT, LOURAU, GUATTARI ETC...) tenham cada um uma visão própria das relações entre as formas de dominação e exploração e a subjetividade, acreditamos que em essência não haja uma discordância fundamental.



preponderâncias de um ou outro tipo de luta, o modelo proposto anteriormente nos permite entender que para cada Sujeito em cada momento, haverá uma preponderância maior de um ou outro tipo de luta.

FOCAULT (1982) propõe que o terceiro tipo está muito presente nas sociedades contemporâneas e exemplifica:

tomemos uma série de oposições que se desenvolveram nos últimos anos: oposição ao poder dos homens sobre as mulheres, dos pais sobre os filhos, do psiquiatra sobre o doente mental, da medicina sobre a população, da administração sobre o modo de vida das pessoas. Não basta afirmar que são lutas antiautoritárias, devemos definir precisamente o que elas têm em comum. 1- São lutas transversais; isto é não são limitadas a um país (...). 2- O objetivo destas lutas são o efeito de poder enquanto tal. Por exemplo, a profissão médica não é criticada essencialmente por ser um empreendimento lucrativo, porém porque exerce um poder sem controle sobre os corpos das pessoas, sua saúde, sua vida e morte. 3- São lutas imediatas, por duas razões. Em tais lutas criticam-se as instâncias de poder que estão mais próximas, aquelas que exercem ações de poder sobre os indivíduos. Elas não objetivam o inimigo mor, mas o objetivo imediato. Nem esperam encontrar as soluções para os seus problemas no futuro(...). 4- 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.

Estas lutas não são exatamente contra nem a favor “do indivíduo”; mais que isto são batalhas contra o “governo da individualização”. 5- São uma oposição aos efeitos do poder relacionados ao saber. Porém, são também uma oposição ao segredo, à deformação e às representações mistificadoras impostas às pessoas. (...) 6- Finalmente todas estas lutas contemporâneas giram em torno da questão: quem somos nós? Elas são uma recusa a estas abstrações, do estado de

violência econômico e ideológico, que ignora quem somos individualmente, e também uma recusa de uma investigação científica ou administrativa que determina quem somos. (FOUCAULT, 1983)

A clínica oficial é arena dessas lutas de que fala FOUCAULT (1982). Mas ao mesmo tempo pode ser uma força externa sobre o Sujeito, que em vez de contribuir para sua saúde e autonomia, contribui para sua submissão. Submissão num sentido muito mais sutil do que aquele apontado por ILLICH. WAITZKIN (1989), por exemplo, faz a crítica do encontro médico paciente como mecanismo de controle social reprodutor de ideologias e produtos sociais. Na anamnese oficial, de tudo que o paciente diz e traz é feita uma seleção que não deixa de ter um viés ideológico. No entanto, mesmo uma clínica ampliada, mais consciente da necessidade de algum respeito aos Sujeitos “portadores” das doenças<sup>5</sup> e dos riscos de cumplicidade com a dominação e a exploração, ainda produzirá diagnósticos de doenças cujos efeitos podem afetar a identidade dos Sujeitos na sua vida social, como na Aids, na LER/DORT, nas doenças mentais, na dependência química<sup>6</sup> etc... O diagnóstico e seus desdobramentos podem colonizar e dominar a VIDA, produzindo exatamente a situação apontada por FOUCAULT: *“separa o indivíduo, 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”*. Discutiremos no Capítulo 3 (diretrizes para clínica ampliada) algumas propostas para diminuir esse risco na clínica da Atenção Básica.

Portanto, no modelo que propusemos, a clínica assume uma responsabilidade muito maior do que tratar “o doente e não a doença”. Trata-se de reconhecer um compromisso com o Sujeito e a sua capacidade de produção da sua própria vida. Trata-se de uma clínica que se abre para perceber e ajudar o Sujeito doente a construir sua percepção, sobre a vida e o adoecimento. Para isso, a própria clínica tem que se reconhecer enquanto instrumento de uma instituição muito forte (instituição médica), manipulando

---

<sup>5</sup> Quando apresentarmos a discussão sobre o PTS – Projeto Terapêutico Singular, discutiremos formas de produzir histórias clínicas diferentes das tradicionais, que possibilitem uma clínica ampliada e, conseqüentemente, uma crítica à reprodução de poderes instituídos.

<sup>6</sup> Coisa sempre impressionante numa UBS típica é a fila da farmácia, onde muitas vezes pessoas com diagnóstico clínico teoricamente pouco limitante, aguardam o Remédio, como se realmente a sua Vida dependesse daquela medicação.

saberes e classificações diagnósticas de grande repercussão para os Sujeitos que se submetem a ela, e deve desenvolver a competência de utilizar os poderes que possui e desenvolve na relação terapêutica a favor da autonomia dos Sujeitos.

Esse talvez seja um aspecto que mereça algum destaque, devido às confusões que produz. Não propomos que a clínica abra mão de seus poderes de intervenção (simbólicos e teóricos). Isso inviabilizaria a terapêutica. O que propomos é que ela reconheça os seus poderes, com seus limites e riscos, e os utilize a favor dos Sujeitos e não apenas a favor dela mesma (a instituição médica). A clínica pode ser então uma afirmação de liberdade. Uma liberdade concreta e singular, construída senão a partir de uma postura crítica, ao menos a partir de uma postura mais atenta aos riscos de cumplicidades com tiranias.

### **- A dificuldade de lidar com contra-produtividade**

#### **a) danos das medicações e procedimentos**

Parece-nos altamente necessário reconhecer com ILLICH (1973) a presença dos movimentos dialéticos em várias instituições modernas. ILLICH (1973) chamou de contra-produtividade os efeitos contrários aos anunciados, provocados por instituições como as de Educação e Saúde. Há no mundo atual pletora de exemplos análogos. É possível, hoje em dia atravessar algumas grandes cidades a pé e chegar mais rápido do que de automóvel em vários horários do dia. O automóvel, idealizado originalmente para a velocidade e a autonomia de movimento pode, dependendo da forma como lidamos socialmente com os seus danos intrínsecos, nos fazer andar mais lentamente do que sem ele. Sem falar nas mortes por acidentes e na poluição. De forma semelhante à Medicina, os riscos e danos do automóvel também são minimizados na percepção coletiva.

Embora os danos da medicina sejam amplamente estudados no campo da saúde coletiva, da antropologia e da sociologia em saúde, a repercussão social (pelo menos para que haja um debate na sociedade) é muito pequena. O tema dos danos e riscos farmacológicos e conseqüentemente dos estudos randomizados, são mais debatidos do que outros tipos de danos. Recentemente, um editorial do British Medical Journal (CUERVO,

2003), intitulado “*Balancing benefits and harms in health care*”, abordou as dificuldades técnicas da epidemiologia (já muito conhecidas) e também as dificuldades institucionais:

*People and organisations may have competing or vested interests, or come under pressure to take a lenient approach. Reporting harms may cause more trouble and discredit than the fame and glory associated with successful reporting of benefits. Our blame culture offers few incentives for reporting harms, and little gratitude is to be expected by a healthcare provider or an institution reporting that the interventions they offered were harmful. Such a declaration could lead to criticism, legal liability, withdrawal of funding, and stigmatisation. (CUERVO, 2003)*

Existem realmente muitos interesses, muitos motivos que dificultam que admitamos os danos das intervenções em saúde. Alguns exemplos podem demonstrar as conseqüências dessa dificuldade na clínica.

## **O CÂNCER DE PRÓSTATA**

A mídia e os urologistas têm se referido aos instrumentos de diagnóstico e tratamento do câncer de próstata, como se só houvesse unanimidade no mundo científico. Existem estudos de coorte, atualmente com cerca de onze anos de seguimento, que ainda não conseguiram demonstrar vantagens na diminuição da mortalidade em populações submetidas a todo investimento diagnóstico e terapêutico, em comparação a comunidades sem intervenção alguma. O *British Medical Journal* (BMJ) discutiu em editorial, a complexidade da situação e a reivindicação da população britânica pelo direito ao “screning” com PSA (Antígeno Prostático Específico).

*Medical screening is an example of "institutionalisation of risk."<sup>1</sup> In practice this often entails imperfect tests, sometimes inappropriately presented to the public,<sup>2</sup> THAT DISCOVER DISEASES WE DO NOT FULLY UNDERSTAND AND CANNOT ADEQUATELY TREAT. Pressures for the establishment of national screening programmes are widespread, but we are now seeing countries seeking to learn from others' experiences or from their own established national programmes.<sup>3 4</sup> But attempts to resist public pressures for new*

*screening programmes may be mistrusted as attempts to save money, betray the science, or fool the public, or as sex discrimination. Traditionally, the response to such apparent public ignorance or irrationality has been to argue that the public needs to be educated and people's views corrected to align more correctly with what policy makers and scientists want them to believe. PERHAPS WHAT IS NEEDED NOW IS NOT SO MUCH PUBLIC UNDERSTANDING OF SCIENCE AS UNDERSTANDING OF THE PUBLIC BY SCIENTISTS.”* Editoriais: prostate specific antigen testing for prostate cancer. (BMJ 2002; 325:725-726 - 5 october)

Seguramente que o bombardeio diário de especialistas na mídia do mundo todo, difundindo o pânico e a necessidade de uma intervenção redentora e sem danos para combater o câncer de próstata, dificulta um debate mais sóbrio. Mas se mesmo quando os riscos de uma proposta de intervenção estão registrados, o debate público com a sociedade (e o compartilhamento da responsabilidade sobre as decisões) não acontece, quando acontecerá? Sabemos a resposta: quando o estrago se tornar gigantesco. Por falar nisso, nosso outro exemplo:

### **TRH - TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL**

Se a doença X é grave, é mortal ou tem repercussões importantes, apresenta uma taxa de mortalidade alta, tem incidência crescente e é fisiologicamente dependente tanto na indução quanto na velocidade de expansão, da presença e da quantidade da substância Y, não seria esperado um cuidado especial e alguma restrição ao uso da substância Y? Sim ou não? Esta foi e é a relação entre o câncer de mama e o estrógeno. Como explicar a incrível conversão da Terapia de Reposição Hormonal TRH, em panacéia para todas as mulheres antes, durante e depois do climatério, durante tanto tempo? A possibilidade de associação entre câncer e TRH era conhecida, ao ponto de que a TRH era contra-indicada em mulheres que tivessem tido câncer de mama. Embora se soubesse da crescente prevalência do câncer de mama, nada impediu que a TRH se tornasse uma febre.

Depois de anos de sucesso sustentado principalmente pela propaganda e pelo mito da manutenção da juventude, a TRH foi publicamente questionada. Durante anos, sua indicação real como sintomática para uso breve no climatério, em uma pequena

porcentagem de mulheres que não respondessem a outras terapêuticas, foi substituída pelo uso indiscriminado para todas as mulheres. A lógica subjetiva era evidente: se a idade tira hormônios, repondo-se os mesmos “combate-se” a idade. Todos os riscos agora divulgados na mídia eram altamente previsíveis desde o início. A pertinência do uso indiscriminado de uma terapêutica associada a uma doença (o câncer de mama) cuja incidência está / estava em progressão não foi discutida. Todos os danos causados não são lembrados nem estimados. Parece que todas as opções eram inevitáveis... Não se discute que a terapia de reposição hormonal causou danos pelo uso (indevido), danos pela sensação de exclusão social nas mulheres que não puderam ter acesso, danos pela sensação de doença causada pelas transformações fisiológicas do climatério, danos aos (poucos) profissionais mais cuidadosos, que tiveram que fazer enorme esforço para convencer suas pacientes saudáveis de que elas não precisavam tecnicamente da medicação.

### **CAMPANHAS DE VACINAÇÃO E PERCEÇÃO DE RISCO**

Uma campanha estadual de vacinação contra o sarampo ocorreria em um mês. Uma equipe de saúde da família na cidade de Cerquilha/SP mantinha atualizada, através dos ACS, a carteira de vacinação de 100% das crianças. As carteiras eram trazidas para a UBS pelas Agentes Comunitárias de Saúde e a ficha “espelho” era atualizada. Depois desse enorme esforço a equipe começou a orientar as mães das crianças vacinadas nos últimos meses, para não re-vacinarem suas crianças na campanha, evitando assim submetê-las a duas vacinações iguais em menos de dois meses. Tal atitude gerou um conflito interno na SMS- Cerquilha. As responsáveis pela vacinação argumentavam que o município poderia ser punido por não atingir as metas. A equipe argumentava que as vacinas não são inócuas e que duas vacinações em curto espaço de tempo não aumenta a eficácia<sup>7</sup>. Finalmente, quinze dias antes da campanha, os responsáveis na Secretaria Estadual de Saúde, foram consultados. Autorizaram o procedimento e, para não ferir as metas, sugeriram acrescentar aos números da campanha, as vacinações dos últimos meses. Ainda assim as propostas não foram aceitas no município, sob argumentação de que isso confundiria a população. Além das evidentes questões gerenciais, existe também uma inferência muito abundante nos

---

<sup>7</sup> Se uma criança de nove meses não ficou imune na primeira dose da vacinação, provavelmente isto se deve à imaturidade do sistema imunológico, e não à quantidade de estímulos. Portanto, vaciná-la novamente em um ou dois meses, não vai fazer a conversão sorológica.

profissionais de saúde de que as vacinas, assim como outras condutas, são sempre inócuas, de que o sistema imunológico responderá sempre benigna e linearmente a todos os antígenos e de que no que diz respeito a essas intervenções impera o princípio de que QUANTO MAIS MELHOR.

Por falar em quanto mais melhor, enquadramos nesse item os exames preventivos e toda indústria do medo que se construiu ao redor deles, sendo que a reportagem da revista VEJA citada no início do capítulo é um exemplo emblemático. É incrível como uma questão técnica altamente conhecida de todos os epidemiologistas é sistematicamente ignorada todas as vezes que se discute publicamente os “check ups”. O valor preditivo positivo de qualquer exame, ou seja, a chance de um resultado de exame positivo ser realmente positivo varia com a prevalência da doença na população. Isso pode ser bastante elementar se entendermos que se colhermos VDRL (uma sorologia para sífilis) em um ambulatório de infectologia especializado em sífilis, os resultados positivos terão mais chance de serem verdadeiros positivos do que os resultados positivos de uma amostra aleatória da população (KLOETZEL, 1996). A Figura abaixo ilustra a situação:

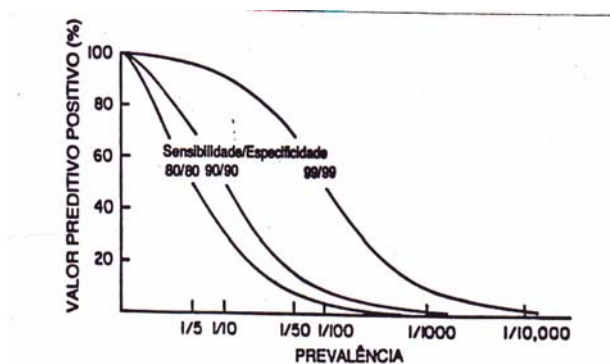


Figura 3.8. Valor preditivo positivo conforme a sensibilidade, especificidade e prevalência da doença.

Isso significa que a fantasia coletiva de vida eterna alcançada por meio dos exames pode ser, em boa parte, causa de transtornos e doenças (iatrogenias). As doenças degenerativas são em grande parte decorrentes de múltiplos fatores. E como já apontava ILLICH, os exames normais em um ou outro fator de risco, como o colesterol, podem muitas vezes avaliar a perpetuação de situações muito adoecedoras. Sem falar no desperdício de recursos. O caso relatado no início do capítulo do acidente ocorrido com Pelé é muito didático. Os possíveis danos dos “screening” para doenças cardiovasculares foram abordados recentemente por MARTEAU (2002):

*Invitations for cardiovascular screening tend to emphasise the benefits of participation, neglecting the possible harms and uncertainties that such screening entails. (...) Categorising individuals as belonging to high risk groups is associated with the adverse effects resulting from labelling. For example, identification of diabetes, hypertension, or hyperlipidaemia creates demands for clinical monitoring and adherence to drug treatment, potentially resulting in a life lived in fear of a heart attack or stroke. Many people do not want to pay these prices for an uncertain reduction in personal risk. (MARTEAU e KINMONTH, 2002).*

No entanto não é de hoje que existe uma crítica consistente ao enfoque de risco e às suas limitações no desdobramento de políticas públicas de saúde. ROSE (2001) cunhou o que ficou conhecido como Paradoxo de Rose:

*“a large number of people at a small risk may give rise to more cases of disease than the small number who are at a high risk. (...) A preventive measure which brings much benefit to the population offers little to each participant individual.” (ROSE, 2001).*

CASTELLANOS (1990) acrescenta que “capacidade de predizer o surgimento ou não de uma enfermidade em função do conhecimento dos fatores de risco aos quais o indivíduo está exposto é bastante limitada”.

Esses pequenos exemplos dizem respeito à evidente dificuldade que a Sociedade e a Medicina têm de pôr em dúvida os benefícios das suas intervenções e dos métodos que utiliza para avaliá-las. No modelo de análise proposto, essa cegueira



situacional de profissionais e pacientes, com conseqüências graves para a clínica na Atenção Básica, deve ser tomada como mais uma força externa aos Sujeitos na relação clínica.

Portanto, um compromisso que nos parece essencial para ser incorporado na clínica da Atenção Básica é o de reconhecer e denunciar os limites da Biomedicina e os riscos e danos intrínsecos das intervenções, não somente medicamentosas.

Nesse modelo de análise da clínica, o Saber é tomado como elemento ao mesmo tempo externo aos Sujeitos e constituinte do Sujeito, principalmente o profissional de saúde, de forma análoga ao que CAMPOS (2000) propõe para o Método da Roda. De modo que, tanto do ponto de vista gerencial, quanto do ponto de vista do debate na sociedade, lidar com esses limites e possibilidades de iatrogenia, assume a dimensão de lidar com própria identidade dos Sujeitos, individuais e coletivos. Seguramente, o mito da onipotência da ciência é um mito imbricado com a identidade da civilização ocidental. A resistência ao tema e as dificuldades de admitir resultados opostos aos declarados como Missão da Instituição Saúde podem ser intensas. No entanto, por esse mesmo motivo, trata-se de um debate essencial, principalmente para o SUS, cujo compromisso com a Defesa da Vida, deve procurar transcender os interesses corporativos e desenvolver um processo coletivo de reflexão crítica sobre a saúde e a doença na sociedade atual. O acúmulo crítico em relação ao saber biomédico é um instrumento fundamental à clínica, na medida em que possibilita o protagonismo dos Sujeitos singulares, aceitando ou não os caminhos terapêuticos que os saberes propõem. Acreditamos que esse modelo de análise da clínica facilita a crítica também pelo reconhecimento da validade e potencial de utilização de outros recortes teóricos e práticos sobre a doença e o Sujeito doente.

À guisa de proposta: chama a atenção principalmente por ter ocorrido dentro de um espaço de discussão científica da corporação médica, o debate promovido por SMITH (2002), em editorial do BMJ intitulado “Postmodern Medicine” referindo-se a ILLICH, sobre os danos da Medicina:

*That might suggest that Illich has won the argument. Indeed, David Clark, in his article on the "postmodern specialty" of palliative medicine, thinks he has (p. 905). In the 1970s he says, there was a "much more unitary and optimistic view of medicine. Now the . . . system is pervaded with doubt, scepticism, and mistrust. SMITH (2002),*

E acrescenta na resenha que ele faz do livro, no mesmo número do jornal:

*It's the ultimate book reviewer's cliché to say that every doctor and medical student should read this book, but those who haven't have missed something important. When sick I want to be cared for by doctors who every day doubt the value and wisdom of what they do—and this book will help make such doctors. SMITH (2002),*

É esse espírito crítico responsável e essa “dúvida diária” do valor das intervenções que acreditamos, com SMITH, que o Modelo de Análise da Clínica pode ajudar a estruturar a prática clínica (ampliada).

## **b) danos da analgesia e anestesia social**

### ***NÃO FUJA DA DOR***

*Não tome comprimido*

*Não tome anestesia*

*Não há nenhum remédio*

*Não vá pra drogaria*

*Deixe que ela entre*

*Que ela contamine*

*Que ela te enlouqueça*

*Que ela te ensine*

*(...)Querer sentir a dor*

*Não é uma Loucura*

*Fugir da dor é fugir da própria cura*

(Marcelo Fromer, Charles Gavin, Branco Melo, Tony Belotto)

ILLICH (1975) observou com perspicácia a tendência das sociedades ocidentais de lidarem com a dor de forma a abolir a própria autonomia e sensibilidade:

À medida que a analgesia domina, o comportamento e o consumo fazem declinar toda capacidade de enfrentar a dor (...). Ao mesmo tempo, decresce a faculdade de desfrutar de prazeres simples e de estimulantes fracos. São necessários estimulantes cada vez mais poderosos às pessoas que vivem em uma sociedade anestesiada, para terem a impressão de que estão vivas. Os barulhos, os choques, as corridas, a droga, a violência, e o horror continuam algumas vezes os únicos estimulantes capazes ainda de suscitar uma experiência de si mesmo. Em seu paroxismo, uma sociedade analgésica aumenta a demanda de estimulações dolorosas. (...) O consumidor, devotado aos três ídolos – anestesia; supressão da angústia, e gerência de suas sensações – rejeita a idéia de quem, na maioria dos casos, enfrentaria sua pena com muito maior proveito se ele próprio a controlasse. (ILLICH, 1975 )

Esse pequeno trecho poderia ter sido escrito hoje. Os padrões de consumo de diazepínicos, a escalada dos antidepressivos, a síndrome do pânico e a necessidade de estimulantes “cada vez mais poderosos”, realmente coincidem e obrigam os profissionais de saúde a questionarem suas prescrições analgésicas e seus objetivos terapêuticos. Evidentemente que os limites da Biomedicina facilitam, pela redução do Sujeito ao corpo e conseqüente dificuldade de diálogo, a hipermedicalização do sofrimento e a analgesia social. Chama a atenção o fato de que, embora entre os países recordistas de consumo de diazepínico e antidepressivos, o Brasil seja um país que tenha tanta resistência em utilizar morfina e derivados em pacientes terminais, com dor realmente importante. Considerando que a morfina não é um medicamento tão interessante financeiramente e que os pacientes terminais não superlotam filas de atendimento, nem tensionam a ordem das coisas com seus sintomas “inexplicáveis” esse é um dado ainda mais curioso e que merece estudo.

Dentro da lógica da Biomedicina o sofrimento acaba por se traduzir em algum padrão neuroendócrino, passível de intervenção química. No modelo de análise que propomos, claramente isso significa o compromisso com um Sujeito muito reduzido (apenas biológico) e alimenta um perigoso compromisso adaptativo, de manutenção do

*status quo* por parte da clínica. No modelo de análise proposto, a dor pode ser entendida no diálogo com o Sujeito Doente, e dentro do contexto em que se encontra esse Sujeito. A questão da analgesia pode ser abordada em relação à autonomia e as decisões podem ser tomadas em conjunto, com maior consciência de custos e benefícios.

**- A percepção da natureza como adversária: a força simbólica do positivismo atuando na clínica**

Seguem alguns exemplos da presença de uma certa percepção da “natureza” na prática clínica hegemônica:

O caso que discutimos anteriormente, a respeito do leite materno, exemplifica uma forte presença no imaginário social da idéia de que o artificial é melhor (além do valor de troca que já discutimos). As fantasias maternas de insuficiência do leite do peito são endêmicas e um desafio constante para os serviços de saúde. Embora esta idéia tenha sido inicialmente difundida por médicos e empresas (e de forma alguma queremos eximir esses atores sociais de responsabilidade em relação às vítimas que esse crime produziu e continua produzindo), defendemos a hipótese de que essa idéia propagou-se porque havia (e há) um campo fértil para isso.

A mistificação do “Check Up”<sup>8</sup>: os exames parecem exercer um efeito psicológico proporcionando uma certa segurança. Uma expectativa que não se sustenta em pesquisas. No imaginário social e médico, o corpo precisaria de controle, de monitoramento. A tecnologia, mais do que o Sujeito, seus hábitos, seus sentimentos, enfim, sua Vida vivida, é que vai proteger do adoecimento. Não seria possível negociar um equilíbrio com o corpo. É preciso atacá-lo primeiro! A forma abusiva e fantasiosa com que a sociedade e os médicos vêm os exames expande-se, surpreendentemente, a cada dia.

Quando existem explicações concorrentes, ou complementares, dentro mesmo do paradigma biomédico (CAMARGO, 2003), existe sempre uma tendência de valorizar mais as causas externas (microbiológicas). Como se a virulência dos vírus, bactérias, fungos etc..., fosse sempre o fator mais importante em relação aos desequilíbrios “internos”

---

<sup>8</sup> Citado anteriormente a partir de reportagem na revista Veja em 2003.

(alterações do sistema imunológico, decorrentes de interações com ambiente, por exemplo), que em um número enorme de doenças infecciosas, precedem e possibilitam a colonização. A Aids demonstrou de forma clara o quanto os quimioterápicos são coadjuvantes nas doenças infecciosas<sup>9</sup>. Mas isso não parece ter diminuído o abuso de antibióticos, levando entre outros problemas de saúde pública, a disseminação de organismos multirresistentes<sup>10</sup>. Na mesma linha o conceito de flora normal, embora altamente instrutivo e prático, é pouco valorizado na clínica. Na base desse conceito estaria um apoio à possibilidade de um entendimento ampliado de uma série de patologias muito comuns, como vaginoses, micoses superficiais, amigdalites de repetição, piodermites etc... No atendimento de pacientes que apresentam doenças em que patógenos da flora normal desenvolvem-se descontroladamente, está dada uma oportunidade de explicar a relação da doença com a Vida do Sujeito<sup>11</sup> e a importância do Sujeito na constituição e na manutenção desse equilíbrio. Isso raramente acontece por parte dos profissionais, não só pelos vários motivos que já aventamos, mas também por uma concepção socialmente construída de relação do homem com a natureza, que discutiremos a seguir.

Causa grande desconforto a profissionais e população a idéia de que algumas doenças não necessitam de intervenções medicamentosas para curarem-se. O alto consumo de medicamentos “para gripe”, auto-intitulados até há pouco como antigripais (!), demonstra o fato. Além disso, é muito comum a automedicação ou a prescrição precipitada de antibióticos para “tratar” infecções virais (IVAS, por exemplo). Essa precipitação muitas vezes fica evidente aos profissionais, num segundo atendimento, quando o paciente relata que na primeira ou segunda dose de antibiótico, ocorre a remissão de todos os sintomas. Diante dessas situações, poucos profissionais se dão conta da importância de dizer ao paciente, ou responsável por ele, no caso das crianças, que possivelmente ele curou-se por si mesmo e não graças aos remédios. Evidentemente que, além da dificuldade de reconhecer doenças que se curam por si mesmas, ou decorrentes de outros fatores que não

---

<sup>9</sup> Os doentes com o Sistema Imunológico debilitado podem não responder, ou responder muito menos aos quimioterápicos.

<sup>10</sup> A Aids demonstrou de forma pedagógica o que os imunologistas já diziam há muito tempo: que antibióticos, antifúngicos e antiparasitários são coadjuvantes no processo de cura de um sem número de infecções. Mas ainda assim, como bem observa CAMARGO (2003), é possível à Medicina conviver com a fragilidade de contradições e explicações concorrentes, sem sequer se dar conta disto.

<sup>11</sup> Descontando evidentemente as situações em que se desconfie de que existe uma doença alterando a imunidade do paciente.

as intervenções médicas, existem também interesses corporativos para manter o paciente dependente da intervenção terapêutica. Curiosamente, os profissionais não costumam associar essas atitudes com o aumento da fila por problemas que seriam resolvidos sem o médico.

As expectativas quanto às aquisições científicas no campo da genética são outro exemplo das fantasias de domínio da natureza. É interessante que essa fantasia de redenção pela genética aparece num momento de crise. Somos forçados a reconhecer a complexidade das doenças crônico-degenerativas (BERLINGUER, 1987) e, conseqüentemente, a limitação das explicações unicasais. Outro aspecto interessante da questão da genética é a viabilidade da fantasia coletiva de reprodução das pessoas: o clone<sup>12</sup>. Estaríamos próximos de enganar definitivamente a morte e fazer coisas que atribuímos a outra das nossas invenções prediletas: os deuses.

Os conceitos de demora permitida e achado casual (KLOETZEL, 1996) \_ ferramentas da clínica ambulatorial\_ embora altamente eficazes, são extremamente pouco utilizados (basta dizer que problema do alto número de exames inalterados que são solicitados no SUS é um desafio constante de todos os gestores).

Na clínica médica e na sociedade estaria presente, de forma mais ou menos sutil, a idéia de que a única relação possível do homem com a natureza é de dominação e controle. Não haveria meio termo possível. Na conjuntura atual da sociedade ocidental esse pressuposto tem uma força considerável. Na prática clínica significa que é muito difícil dizer aos pacientes que, muitas vezes, a melhor conduta não é medicamentosa ou diagnóstica. Mesmo no caso de uma simples IVAS. Mesmo quando amparados em estudos, é difícil confrontar as expectativas de intervenção medicamentosa e prescrever, por

---

<sup>12</sup> Sidney Brenner, pesquisador do grupo de Francis Crick, um dos descobridores da dupla-hélice de DNA de WATSON E CRICK, em entrevista à Folha, por ocasião dos 50 anos da descoberta afirmou: “Folha: o sr. Acha que os biólogos estão conseguindo mostrar ao público que a complexidade do genoma não é compatível com o determinismo genético? BRENNER: (...) Acho que na verdade são duas coisas. Um as pessoas confundem genoma com pessoas. Eu acho que é importante manter os dois separados. Seu genoma é parte de você, mas não é você. Essa conversa sobre clonagem – parece que ninguém é capaz de entender que você não está clonando uma pessoa, só está clonando um genoma. Você como pessoa é a sua história, as suas lembranças, todas as coisas importantes que fazem você humano. Em segundo lugar acho que há uma conversa fiada incrível sobre genes do alcoolismo, genes da homossexualidade, e assim por diante. Desse jeito alguém poderia estar falando em genes da sorte. Isto é bobagem”.

exemplo, *repouso e hidratação*. Seguramente se não houver um laço de confiança, de vínculo terapêutico construído sobre outros problemas resolvidos, essa dissonância com expectativas redentoras de intervenção é difícil de ser enfrentada. Além disso, na medida em que se admite os limites, a própria questão da morte<sup>13</sup> entra em cena. A competência do profissional em lidar com Sujeitos e não apenas com doenças se faz necessária. Os modelos de atenção também induzem fortemente um ou outro caminho, na medida em que é mais fácil o vínculo terapêutico (e conseqüentemente, o diálogo e a confiança em uma conduta não medicamentosa) com uma clientela adscrita do que em um Pronto-atendimento.

No entanto, esse é um desafio da clínica ampliada e essa concepção enraizada na civilização ocidental pesa terrivelmente sobre a prática. Não fazer isso nunca, ou até mesmo cultivar o mito da onipotência, é certamente infantilizante e no mínimo contribui para as iatrogenias que já relatamos.

Todas as situações descritas acima podem ser iluminadas por diversas contribuições teóricas. A relação da Ciência com a Natureza e, conseqüentemente, da Sociedade com a Natureza, foi destacada por TESSER (1998):

*Segundo Müller (1996), a tese central da “Dialética do Esclarecimento”, é a tese Obra de Adorno e Horkheimer (1985), aqui tomada como referência. de que o homem, como ser vivo, é também natureza, de modo que a dominação técnica sobre a natureza externa exige, igualmente, a subjugação violenta do outro homem. Isso porque, à força de se adaptar a essa natureza recriada como um mundo técnico de artefatos, a fim de assegurar a sua auto-conservação num tempo de reprodução social cada vez mais competitivo, o homem reconhece que a sua subjetividade, retraída a esse ponto focal de dominação cega da natureza e de auto-superação vazia, é tão pouco viva quanto esse mundo incomensurável de objetos que ele mimetizou para dominá-la (id.,p.39).”*  
(TESSER, 1998)

---

<sup>13</sup> “Mas e SE esta gripe virar pneumonia ?” perguntam as mães quando o médico não prescreve antibióticos. A verdade é que se virar – e não podemos nunca garantir que não vai acontecer isto – então trataremos. Sabemos que a grande maioria das vezes isto não vai acontecer. Mas de fato não podemos dar as garantias solicitadas, nem mesmo dando antibióticos. A quantidade de *atravessamentos* nestes casos tão corriqueiros é muito grande.

Não é preciso, no entanto, olhar duas vezes para o Planeta para perceber que esse padrão de onipotência da modernidade está relacionado a uma escalada de destruição da Vida e é uma característica importante do mundo atual.

Em relação à ciência positiva, fundada no método cartesiano, encontramos em JAPIASSU E MARCONDES (1991), algumas considerações sobre comportamento dos cientistas, que, em certa medida é semelhante ao dos profissionais de saúde.

Para JAPIASSU E MARCONDES (1991) muitos cientistas vivem uma espécie de clivagem mental.

tudo se passa como se a atividade científica devesse ser considerada como uma atividade “tecnopragnática” capaz de manipular objetos, instrumentos, algoritmos, conceitos, contentando-se em declarar que tudo isto “funciona” e esquecendo-se de interrogar-se sobre ela mesma e sobre as condições de seu êxito. Assim, a imagem que muitos cientistas fazem de seu saber é a de uma marcha triunfal para a “verdade” confundindo-se com os “fatos”, de onde devem ser proscritas as incertezas teóricas interiores à ciência, às questões de fundo relativas a seu objeto e à sua relação com a sociedade e com as “paixões” humanas (subjetivas). (JAPIASSU E MARCONDES, 1991, p. 299).

O autor, descrevendo as pretensões iniciais da criação da **Royal Society** no século XVII, esclarece-nos um pouco das relações da ciência com a Natureza, a partir de **DERCARTES** e **BACON**, e a prática da filosofia experimental:

no fundo, a defesa da Royal Society consiste em dizer que era legítima a pretensão de seus membros de quererem assegurar um poder sobre a natureza pelo método rigoroso padronizado por **BACON**.(...) pretende-se penetrar penosamente a natureza com um método rigoroso a fim de tomar posse dela. JAPIASSU, H. e MARCONDES



Mesmo fora da ciência positiva, no campo das ciências sociais, existem vozes que defendem a pretensão científica. RABINOW (1999) escreve um *Louvor à Artificialidade*, que nos parece bastante representativo do patamar em que ocorre o debate na sociedade fora do campo específico da epistemologia:

Para Dagognet, o principal obstáculo para a total exploração e aproveitamento dos potenciais da vida é um naturalismo residual. (...) dos gregos até o presente, vários naturalismos se prenderam aos seguintes axiomas: (1) o artificial nunca é tão bom quanto o natural. (2) A criação fornece a prova da vida. A vida é auto-produção. (3) A homeostase (auto-regulação) é regra de ouro. Julgamentos normativos contemporâneos continuam a afirmar a superioridade do biológico, a transitoriedade dos trabalhos humanos; os riscos ligados à artificialidade. (...) Dagognet nos lança um desafio de feição consumadamente moderna: “ou caminhamos para uma espécie de veneração ante a imensidão daquilo que é ou aceitamos a possibilidade de manipulação”. O termo manipulação é apropriadamente ambíguo: infere tanto um desejo de dominar e disciplinar, quanto um imperativo de aperfeiçoar o orgânico. (RABINOW, 1999, p. 153)

Mais do que questionar o maniqueísmo simplista a que RABINOW (1999) se filiou, e que tantas tragédias tem causado no mundo atual, na medida em que impede uma análise dialética e uma ampliação do debate sobre os parâmetros da intervenção humana, parece-nos, nesse momento importante, destacar um aspecto essencial: *o louvor à artificialidade*, que parece sustentar-se sobre uma curiosa inversão promovida por RABINOW (1999) em relação aos limites da intervenção do homem na Natureza. Para ele, quem ousar colocar obstáculos “para a total exploração e aproveitamento dos potenciais da vida”, está automaticamente filiado ao atraso, ao conservadorismo, à oposição ao progresso e à mudança. No entanto, do ponto de vista do campo da saúde, a “natureza” muda o tempo todo. Não só porque novas doenças surgem, como porque velhas doenças se transformam sob todos os pontos de vista. Portanto, não se trata de criticar um louvor a artificialidade, ou colocar limites a ela porque se acredita numa natureza imaculada e que deve ser preservada pura. Ao contrário, a crítica ao “ciborg”, ou seja, ao delírio de onipotência da civilização moderna, com sua ciência cartesiana e seus sonhos de

aperfeiçoar o orgânico, acontece justamente pela percepção de que a natureza muda e pela constatação de que a nossa ciência cartesiana não tem condições de prever os rumos dessas mudanças. E não o faz por limitações intrínsecas ao próprio método científico, como nos explica didaticamente ALVES (1995).

*“O método científico pressupõe a imutabilidade dos processos naturais ou o ‘princípio da uniformidade da natureza’” (POPPER, 1972)”*

*Pressupõe?*

*Curioso que freqüentemente se pensem que estas sejam conclusões da ciência. Não, não é que a ciência conclua isto. Ao contrário, para que ela comece, para que ela dê o primeiro passo, ela tem que pressupor.*

*Curiosamente em harmonia com um teólogo medieval, Anselmo, que afirmava:*

*“Credo ut intelligam” – creio para entender. (ALVES, 1995)*

ALVES (1995) ironiza a afirmação de POPPER, um neopositivista. A perspicácia de ALVES talvez explique a inversão de RABINOW. Justamente porque a ciência positiva parte do princípio da permanência das “leis” da natureza, é que ela acaba, com seu imenso poder de definir o que é ou não verdade, difundindo a sensação de controle sobre a situação. Daí que é possível que se aceite tranqüilamente a idéia do pensamento analítico de **separação**. Tanto o corpo humano como a Natureza, seriam compostos de sistemas estanques e estáveis. É possível usar pesticidas e transgênicos (talvez aperfeiçoando a planta para consumir mais veneno, diria Rabinow), sem preocupações, porque estudos que avaliam a ação local dos agentes não perceberam alterações significativas, no local. Como a parte seria estanque do todo e teria padrões de relação estáveis, poderíamos ficar tranqüilos. Na Biomedicina, a cegueira das especialidades é exemplo típico e se desdobra em conseqüências desastrosas e conhecidas. Assim como os pneus do carro não têm relação com o motor, ou lataria, um sistema hormonal ou imunológico, ou digestivo, é passível de intervenções estanques. Intervenções sempre amparadas em estudos de impacto parcial, de forma que será sempre possível, ainda mais

quando existem fortes interesses de que assim ocorra, manter uma sensação de eficácia e poder, que explica o otimismo ingênuo de RABINOW, que é também de boa parte da civilização.

Na sociologia, essa concepção também tem conseqüências, na medida em que dificulta a incorporação da idéia de limites intrínsecos à intervenção médica. O estudo de BARRET e HARPER (2000) *“health professionals’ attitudes to the deregulation of emergency contraception (or de problem of female sexuality)”*, em que as autoras concluem que *“the opposition to deregulation resulted from a clearly articulated set of assumptions of female sexuality, particularly that women are sexuality irresponsible, chaotic and devious”*. Sem discordar que as concepções dos profissionais de que falam as autoras possam realmente influenciar as decisões sobre o uso da medicação, espanta o pressuposto implícito de que não existem danos intrínsecos à intervenção e apenas preconceitos de gênero poderiam motivar a restrição do uso dos contraceptivos de emergência. Hoje, nas grandes cidades do Brasil, já existem indícios de que mulheres jovens estejam fazendo um uso abusivo da pílula do dia seguinte, de forma substitutiva ao anticoncepcional. É evidente que isso trará conseqüências. Algumas previsíveis, outras não. Não deveriam as mesmas senhoras que “lutaram” para garantir “um direito” e denunciar um preconceito, ter enfatizado da mesma forma os riscos conhecidos e desconhecidos da intervenção?

Portanto, embora reconhecendo toda a complexidade do adoecer e das ações dos Sujeitos na relação clínica, parece-nos importante chamar atenção para a presença, na prática clínica, de mais essa força motriz, qual seja, uma certa Ideologia de Guerra, que está presente em toda a sociedade, mas que outorga à Biomedicina um certo direito cartesiano, de desconhecer qualquer limite para (tentar) dominar a Natureza, o que se materializa em um tensionamento das decisões clínicas e demandas dos usuários, sempre para um mesmo lado: a intervenção com Tecnologias Duras (MERHY, 1997b) em direção à destruição e controle dos adversários (os microorganismos e a traiçoeira degeneração do corpo).

Na perspectiva do modelo de análise com o qual estamos trabalhando, a influência e os limites da ciência cartesiana podem ser reconhecidos e ponderados em cada situação singular de forma que seus pressupostos possam ser vistos de forma crítica e não como dogma. Além disso, como veremos adiante, outras medicinas como a Homeopatia ou

a Medicina Tradicional Chinesa, enxergando com olhos diversos os mesmos problemas e a Natureza, produzem condutas diferentes. Muitas vezes mais eficientes e menos iatrogênicas, a partir de expectativas de relação do Homem com a Natureza bem menos unilaterais.

- **complexo médico-industrial - profissionais vendedores**

Mesmo dentro do referencial biomédico, inúmeras pesquisas demonstram a influência de interesses econômicos do complexo médico industrial, nas pesquisas, nas decisões médicas e na prática clínica em geral. Alguns estudos parecem-nos bastante ilustrativos.

AVORN (1982) publicou um estudo engenhoso, chamado: “*scientific versus commercial sources influence of prescribing behavior of physicians*”. A um número expressivo de médicos foi enviado um questionário indagando sobre as formas de atualização científica sobre medicamentos. Perguntava-se se as fontes de atualização terapêutica eram validadas por revistas reconhecidas, ou se decorrentes de material proveniente de propaganda de laboratórios. As respostas foram positivamente no sentido de uma atualização por estudos reconhecidos. Algum tempo depois foi enviado a esses mesmos médicos um questionário sobre a validade de algumas medicações não comprovadamente eficazes, mas que os laboratórios afirmavam ser muito eficazes em suas propagandas. A resposta predominante foi de que as drogas eram realmente eficazes, comprovando o efeito das propagandas comerciais.

Outro estudo demonstra ainda que mesmo as pesquisas mais cuidadosas podem estar enviesadas por conflitos de interesse que acabam favorecendo os financiadores da pesquisa, nas conclusões. Notadamente, o fabricante das medicações pesquisadas. Ou seja, a própria pesquisa embasadora de decisões clínicas é afetada pelos interesses do complexo médico industrial. O BMJ (325:249, 3 August) publicou em 2002 um curiosíssimo estudo chamado “*Association between competing interests and authors' conclusions: epidemiological study of randomised clinical trials*” (KJAERGARD e ALS-NIELSEN, 2002) que compara as influências dos diversos tipos de conflitos de interesse declarados nos estudos randomizados, com as conclusões dos autores. Demonstrando que, de todos os

tipos de conflitos de interesse declarados, os financeiros são os que afetam as conclusões dos autores:

*In pharmacological and non-pharmacological randomised clinical trials from 12 specialties financial competing interests were significantly associated with authors' conclusions. The association did not reflect inadequate methodological quality, greater statistical power, or use of inactive control interventions. Personal, academic, and political competing interests were not significantly associated with authors' conclusions. (KJAERGARD e ALS-NIELSEN , 2002)*

Outro estudo, dedicado a avaliar as influências nas prescrições de novas drogas pelos *General Practitioners*, do NHS, chega a seguinte conclusão:

*Important biomedical influences were the failure of current therapy and adverse effect profile. More influential than these, however, was the pharmaceutical representative. (PROSSER et al (2003)*

O estudo demonstra a presença de outras variáveis<sup>14</sup> mais contextuais na tomada de decisão médica (o que reforça a validade do nosso modelo de clínica ampliada), como as prescrições feitas nos hospitais e a aceitabilidade do usuário. E aponta também os representantes farmacêuticos como fortes indutores da prescrição de novas drogas.

Se somarmos a essas influências, os limites intrínsecos dos estudos epidemiológicos, principalmente dos estudos caso-controle (CAMARGO, 2003), para verificar a validade de intervenções e a veracidade de fatores de risco, podemos concluir que realmente a sustentação das decisões clínicas é muito menos confiável do que gostaríamos de acreditar e muito vulnerável aos interesses do complexo médico industrial. Vale a pena registrar aqui a ponderação de ALMEIDA (1984) segundo a qual o enorme espaço de determinação da prática médica ambulatorial que o "marketing" da indústria farmacêutica conquistou se deve, não somente à força econômica, mas também às "contradições localizadas no interior do saber acadêmico" biomédico. O discurso acadêmico oficial é insuficiente para dar conta do que ele chama de demanda extra-hospitalar e que nesse trabalho foi denominado de Peculiaridades da Atenção Básica.

---

<sup>14</sup> Na verdade está implícito no estudo um certo espanto pela constatação da presença da subjetividade na tomada decisão médica, o que para nossa discussão não é nada espantoso, e é mesmo um pressuposto da relação clínica.

*Desta forma o discurso médico acadêmico é abandonado parcialmente, ou relativizado (...) deixando assim um amplo espaço a ser ocupado. Justamente neste espaço entra o discurso farmacêutico com suas positivities, com freqüência construídas por “solicitação direta” do desconhecimento do discurso acadêmico. (ALMEIDA, 1984: 107).*

Sem cair no imobilismo e na omissão, a clínica na Atenção Básica deve desenvolver a capacidade de duvidar e, principalmente, de utilizar um recurso altamente esquecido da clínica hospitalar, que é o seguimento longitudinal atento, como forma de verificar a qualidade e a necessidade das intervenções, evitando iatrogenias e mistificações.

A decorative L-shaped line consisting of a vertical line on the left and a horizontal line at the bottom, both starting from the top-left corner and extending towards the right and bottom respectively.

***CAPÍTULO 3***  
***CLÍNICA AMPLIADA E ESTRATÉGIAS***  
***PARA TRANSFORMAÇÃO***

## **A) A proposta de Clínica Ampliada**

O trabalho de CAMPOS (1997b), “*A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*”, abre uma série de possibilidades de compreensão da clinica e traz a própria definição conceitual de clínica ampliada que agora desenvolveremos. Abordaremos aqui alguns dos aspectos mais relevantes do texto.

CAMPOS (1997b) destaca a importância da dinâmica do saber e da ontologia das doenças na prática clínica.

Todo saber tende a produzir uma certa ontologia do seu objeto, tende a transformar o objeto de análise em um Ser com vida própria. (...)Toda padronização, toda programação e todo planejamento implicam em supor um mundo de regularidade. Um mundo em que as doenças seriam a mesma em cada uma de suas múltiplas manifestações, um mundo em que estas variações jamais destruiriam a identidade da doença, ou do problema institucional ou social enfrentado por estas formas de práxis. (CAMPOS, 1997b).

Parece-nos que este caminho é relevante porque possibilita que os limites da Biomedicina possam ser entendidos num contexto mais amplo, da própria ação do homem no mundo através do conhecimento. Ou seja, não se trata somente dos limites da Biomedicina, mas do limite de todos os saberes. E não se trata apenas de reconhecer os limites desse ou daquele saber, mas antes, de desenvolver uma certa capacidade crítica em relação a todas classificações sem, no entanto, desprezá-las.

CAMPOS (2000) aprofunda a discussão sobre o saber, discutindo os Modelos Teóricos no Método da Roda. Trabalha com a definição de ADORNO, segundo a qual as Teorias seriam:

uma constelação de valores e de conceitos ou noções, recortados de forma arbitrária de um conjunto de possíveis muito mais amplo. Neste sentido, para ele, as Teorias teriam, em sua constituição (genealogia),uma certa analogia com as constelações, nomeadas e compostas segundo uma composição de critérios singulares do astrônomo e outros mais gerais, dependentes das circunstâncias de época e do estado da arte (CAMPOS, 2000).



Acreditamos que esta reflexão facilita a transdisciplinaridade e a percepção de julgamentos de valores e parcialidades em toda Teoria, por mais efetivo que seja o seu resultado prático. É interessante notar que esta proposição coincide com a concepção de alguns teóricos do campo da epistemologia da ciência positiva, como FEYERABEND (1985) e KUHN (1998), que percebe ao analisar a história da ciência e o método científico, a presença dos recortes arbitrários e dos julgamentos de valores na constituição dos Paradigmas da Ciência. De fato, tanto na co-gestão quanto na clínica, reconhecer os limites, os valores (subjetivos, portanto) e os poderes associados aos saberes é um recurso muito valioso para uma intervenção mais qualificada e menos alienada.

A definição de doença a partir deste referencial ganha contornos insuspeitados dentro da Biomedicina:

E não há como abordar a doença sem enquadrá-la dentro de uma certa ontologia. A doença existe e não-existe, antes de Weber a clínica já operava, na prática, com um conceito muito semelhante ao de **tipo-ideal**. Uma abstração concreta: a doença. Um Ser inanimado mas dotado de animação externa. Um Ser provável, ainda que inexistente na prática. Uma regularidade que nunca se repete exatamente igual. (CAMPOS, 1997 )

A associação do conceito de doença com uma tipologia é muito enriquecedora, pois explicita a construção teórica existente na definição (“*a doença existe e não existe*”) e abre espaço para outros recortes teóricos, outros entendimentos, enfim outras tipologias. Insinua-se a possibilidade de ampliação do objeto de trabalho do médico, e uma vez escolhida ou definida a tipologia que melhor se adequa a um Sujeito “doente” naquele instante, pode-se imaginar “o que mais” é necessário fazer para realmente contribuir para um processo de “cura”.

### **O Sujeito e o Saber**

Para CAMPOS, em função da forte interação entre os Sujeitos (e as Instituições) com os Modelos Teóricos, discutir a clínica implica também em discutir PODER. CAMPOS (2000) entende o Saber como, ao mesmo tempo, produtor de valor de uso (instrumental) e produtor de Sujeitos. Ou seja, existiria uma certa identificação do

Sujeito com o Modelo Teórico e do Modelo Teórico com um sistema de Valores. CAMPOS (2000) propõe uma

certa analogia entre o modo de funcionamento de uma Teoria e de um Sistema de Valores com a noção de Superego descrita por Freud, bem como a de Episteme utilizada por Foucault para analisar a genealogia da clínica e de outras práticas sociais. CAMPOS (2000)

A adesão a valores e modelos teóricos não corresponde ao Superego<sup>1</sup>, mas teria uma forma semelhante de operar sobre os Sujeitos, resultando

tanto de ações conscientes (discurso racional), quanto de motivações inconscientes, que continuam atuando ao longo dos anos também de modo inconsciente, sem que os grupos consigam explicar a rigidez de seus dogmas teóricos ou conceituais” (CAMPOS, 2000).

Essa relativa identificação dos Sujeitos e das instituições com os modelos teóricos torna o debate sobre a clínica altamente complexo. Mais do que discutirmos como obter os melhores resultados, ou como resolver os principais problemas, estamos também lidando com elementos que muitas vezes concentram enorme quantidade de energia afetiva dos Sujeitos e das instituições.

Os Valores e os Modelos Teóricos, uma vez hegemônicos em uma Instituição, tendem a funcionar com certa autonomia dos grupos, operando de maneira transcendental e levando os Sujeitos a julgarem com severidade e compulsão toda a realidade a partir daquele referencial autorizado pelo Modelo Teórico e pelo Sistema de Valores. (CAMPOS, 2000).

---

<sup>1</sup> *O Superego operaria de maneira inconsciente e com certo grau de autonomia do Ego, formar-se-ia desde estágios primitivos (superação do complexo de Édipo) e tenderia a formar-se a partir de identificações e introjeções de valores e da tradição parental. O Superego seria um sistema com duas instâncias parciais, o ideal do ego, que encarnaria modelos de conduta e de personalidade, e uma outra de caráter mais crítico e produtora de proibições. CAMPOS (2000)*

Essa hipótese apresentada por CAMPOS (2000) explica, em parte, a enorme dificuldade (para não dizer em alguns casos esquizofrenia) que os Sujeitos têm para enxergar limites ou aceitar críticas ao saber com o qual se identificam.

#### Um diálogo ilustrativo

-Mas, não é um pouco monótono tratar pacientes que só têm esta doença?

-Não, de forma alguma. Você sabe que a gente tem que usar muito corticóide nesses pacientes. Aí para tratar as complicações tem que saber muita clínica...diabetes, hipertensão etc. É muito variado...

-Ah bom. (diálogo com médico especialista – Cerquillo/SP, 2000)

#### **O Poder e o Saber**

Outro recorte que nos parece de grande importância na proposta de CAMPOS é o das implicações de poder envolvidas na clínica:

Sobre estas supostas verdades [as ontologias], em geral, organiza-se todo um sistema de poder, uma hierarquia de guardiões, de fiéis defensores da identidade da ontologia contra a variação da vida.(CAMPOS, 2000)

Existiriam interesses diretos dos atores associados ao monopólio e ao reconhecimento de determinado saber. Muito mais do que debates teóricos, muitas vezes os questionamentos e a discussão sobre a clínica são entendidos como ameaças ao poder corporativo dos profissionais. Reconhecer e explicitar esses interesses facilita o debate e a distinção entre perdas reais ou imaginárias para os atores e permite delimitar o interesse público e os interesses corporativos.

#### Exemplo de Poder e Saber:

*A Acupuntura e a Medicina Tradicional Chinesa no Brasil foram consideradas pela corporação médica, durante muitos anos, uma atividade proibida aos médicos. Com o passar do tempo, imigrantes asiáticos apesar da ilegalidade\_ construíram uma legitimidade*

*social para a prática. Repentinamente, a corporação médica percebeu que existia um nicho de mercado altamente interessante. Desde esse momento esqueceu que não havia fundamentos científicos para ela e iniciou uma luta política invertendo a situação: agora a corporação defende que somente médicos tem direito de praticar e aprender acupuntura. Ao ponto de que até mesmo uma terapêutica absolutamente segura como a auriculoterapia, que consiste em pregar sementinhas com esparadrapo na orelha, seja considerada uma atividade arriscada e que deve ser monopólio da corporação médica.<sup>2</sup>.*

### **Caminhos para Clínica Ampliada**

CAMPOS (1997b) aponta alguns caminhos por onde se daria a superação das dificuldades da clínica tradicional:

*“(...) os tratados sobre a doença ou sobre a fisiologia padrão dos seres humanos ajudam a clínica. Mais do que a ajudar, a toma possível. O desafio estaria em passar deste campo de certezas, de regularidades mais ou menos seguras, ao campo da imprevisibilidade radical da vida cotidiana. Situação e estrutura. O saber seguro e preso às estruturas ou a imprevisibilidade caótica das situações sempre distintas. Como realizar este percurso com segurança? - Uma primeira resposta: o reconhecimento explícito dos limites de qualquer saber estruturado já seria uma primeira solução, pois obrigaria todo especialista a reconsiderar seus saberes quando diante de qualquer caso concreto. Sempre “ (CAMPOS 1997b)*

Essa superação se daria em dois aspectos interligados: em primeiro lugar o reconhecimento dos limites ontológicos do saberes, em relação à singularidade do Sujeito. Ou seja, todo saber, inclusive o biomédico, trabalha com uma ontologia, uma generalização, que, como tal, está condenada a ser parcial em toda situação singular. No caso da clínica, uma certa classificação das doenças em relação ao Sujeito doente. O Sujeito doente nunca será totalmente compreendido por um diagnóstico, por mais amplo que seja. Menos ainda por um diagnóstico de uma lesão orgânica. Esse reconhecimento significa a

---

<sup>2</sup> Um dos estudos que demonstra a mudança de concepção da corporação médica a respeito da Acupuntura é o de NASCIMENTO, M.C. “Da panacéia mística à especialidade médica: a construção do campo da acupuntura no Brasil” 1997.

utilização das classificações dentro dos seus limites e não além deles. Em segundo lugar, a partir do reconhecimento dos limites do Universal para compreender o Singular, a clínica ampliada procuraria deixar-se tomar pelas diferenças singulares do Sujeito doente, além de outros recortes teóricos, e produziria um projeto terapêutico que levasse em conta essa diferença. Ou seja, o que inicialmente é um limite do saber, pode ser transformado em possibilidade prática de intervenção. Um exemplo: uma pessoa hipertensa empregada e uma pessoa hipertensa desempregada serão muito diferentes. A maioria das tipologias poderá não capturar está diferença. Os projetos terapêuticos serão possíveis e eficazes justamente se houver o reconhecimento dessas diferenças. E não há receita fixa. Pode ser que contra todas as probabilidades o hipertenso desempregado esteja “melhor” do que o empregado, otimista com a possibilidade de mudança, feliz com a ruptura de uma situação que podia até mesmo ser a causa da sua hipertensão (motorista de ônibus, por exemplo). O fato é que os mesmos níveis pressóricos, a mesma idade e os mesmos resultados nos exames podem implicar em condutas diferentes, mesmo as medicamentosas, de acordo com a singularidade do Sujeito.

Somando as reflexões de CAMPOS (2000) com a proposta já apresentada anteriormente de MODELO DE ANÁLISE da Clínica, podemos enriquecer as estratégias de construção da clínica ampliada.

## **B) Estratégias para transformação da clínica na Atenção Básica**

### **B1- Os filtros teóricos e a Clínica**

#### **- Conceito e conseqüências**

*O objetivo de uma armadilha de peixes é pegar peixes e, quando estes caem na armadilha, ela é esquecida.*

*O objetivo de uma armadilha de coelhos é pegar coelhos. Quando estes são agarrados, esquece-se a armadilha. O objetivo das palavras é transmitir as idéias. Quando estas são apreendidas, as palavras são esquecidas.*

*Onde poderei encontrar um homem que se esqueceu das palavras?  
Com ele é que gostaria de conversar.*

Chuang Tzu – 250 aC

Como desdobramento da polaridade Ontologia do Saber x Singularidade do Sujeito e em consonância com o Modelo de Análise proposto para a Clínica, podemos adotar o conceito de Filtros Teóricos para compreender a forma como o saber da Biomedicina “coloniza” a relação terapêutica na clínica tradicional. Os “filtros” seriam um instrumento da ontologia das doenças. Seriam algoritmos que conduzem à abordagem diagnóstica. Os protocolos e “guidelines” apresentam um roteiro de perguntas e exames que devem ser seguidos diante de determinada queixa, sintoma ou suspeita clínica. Uma pessoa com dor precordial será avaliada por algumas perguntas-chave, que possibilitarão a exclusão da hipótese de uma alteração cardiológica, ou o aprofundamento da investigação até o diagnóstico. Com a prática da clínica tradicional esses algoritmos são incorporados ao profissional, de tal forma que ele passa a escutar e perguntar somente o que está contido nos roteiros. Com o tempo e a experiência tudo que não está “nos caminhos” dos diagnósticos produz insegurança no profissional, de forma a comprometer a relação clínica e principalmente a possibilidade do diálogo e do reconhecimento da singularidade do Sujeito.

A incorporação desses filtros não é de forma alguma ruim e talvez seja realmente necessária, desde que não seja o único parâmetro da relação clínica. É um recurso que não pode ser absolutizado. Os filtros são apenas mais uma ferramenta no caminho de um diagnóstico, dentro do referencial da Biomedicina. A importância desse referencial dependerá de cada situação, sendo que, por definição, a importância será sempre maior em situações de urgência ou triagem rápida de riscos. Ou seja, os filtros adequam-se melhor aos serviços hospitalares e de pronto-atendimento. Como já dissemos, em seguimentos longitudinais, típicos da Atenção Básica, outras variáveis destacam-se e é necessário lidar com as singularidades do Sujeito durante o projeto terapêutico.

O problema com os filtros teóricos é que graças a sua efetividade em algumas situações, principalmente aquelas predominantes nos ambientes de ensino -hospitais e PA´s – eles gozam de grande prestígio entre os profissionais, condicionando-os de forma restritiva na prática clínica. Enquanto que, ao contrário, os tensionamentos nos roteiros,

causados pelas informações, sintomas e características dos Sujeitos, que “não se encaixam”, causam grande tensão nos profissionais<sup>3</sup>.

CAPOZZOLO (2003), estudando o trabalho de médicos e enfermeiros, relata alguns diálogos entre profissionais e pacientes que demonstram a presença desses algoritmos na clínica:

*Méd. – O que está acontecendo?*

*Pac. – Medi a pressão outro dia e estava 20 x 11.*

*Méd. – Já teve pressão alta antes?*

*Pac. – Uns tempos atrás eu medi e uma vez me disseram que estava alta, mas depois não tive mais nada.*

*Méd. – Pressão alta não tem cura, tem controle com dieta, caminhada, evitar nervoso.*

*Pac. – Mas o difícil é evitar o nervoso.*

*Méd. – Tem inchaço na perna?*

*Pac. – Só quando viajo.*

*Méd. – Aumentou de peso ultimamente?*

*Pac. – Não.*

*Méd. – Alguém mais na família com problema?*

*Pac. – Minhas irmãs têm diabete e triglicérides alto.*

*Méd. – Quando fez papanicolau?*

*Pac. – Faz muitos anos que não faço*

*Méd. – Vamos marcar um para colher porque previne o câncer de útero e também para fazer o exame de mama. (CAPOZZOLO,2003)*

---

<sup>3</sup> O autor viveu uma situação de aprendizado muito significativa no quarto ano do curso de medicina da UNICAMP. No estágio do Hospital Psiquiátrico Cândido Ferreira os alunos foram convidados pelo professor a conhecer alguns pacientes internados no hospital, sem um roteiro para a entrevista. O suporte teórico vinha depois do contato com os pacientes, na discussão de casos com o professor. A experiência foi muito rica justamente porque possibilitou o exercício de um olhar mais aberto e menos diretivo. Para alguns colegas na mesma turma, o momento foi de grande sofrimento.

Ao final da consulta o médico propõe exames, recomendações e medicação para HAS. CAPOZZOLO (2003) ao analisar as consultas feitas “por um profissional bastante cuidadoso” conclui que “o objetivo da sua investigação foi identificar uma doença localizada no corpo, abstraindo outras determinações que pudessem estar incidindo sobre ele.”

O que podemos depreender desse conceito de filtro teórico é que se trata de um desdobramento da ontologia das doenças que pode produzir muita eficácia, se bem utilizado. E pode produzir um diálogo de surdos, se incorporado de forma inconsciente.

#### - Os filtros teóricos e a visão cartesiana

Uma situação que evidencia sobremaneira as conseqüências da constrição do Sujeito a diagnósticos restritivos e algoritmos são os pacientes conhecidos nos serviços de saúde com apelidos jocosos, como “poliqueixosos”. ALMEIDA (1988) denomina de “refratários” um tipo de paciente característico da demanda não hospitalar, que “procura o médico com um determinado sofrimento, é atendido e ao final da abordagem, o médico não consegue estabelecer nenhum diagnóstico”. São pacientes que, embora tenham sintomas relatados no corpo e acreditem sofrer uma doença orgânica, não se encaixam em diagnósticos e nem tem exames alterados, pelo menos ao ponto de explicar as sintomatologias. PORTO (1996), chama esses pacientes de *Pacientes Problema*, definindo-os da seguinte maneira:

O paciente problema pode ser entendido como aquele cujos fatores psicossociais são o aspecto essencial, senão o único, do problema que motivou a consulta, mas que não se apresenta com queixas diretamente na esfera emocional e é mesmo incapaz de reconhecer qualquer origem emocional para os seus problemas. O paciente problema se define, portanto ”como uma questão ou um problema da interação médico-paciente, com um paciente incapaz de reconhecer os determinantes psicossociais de sua enfermidade e um médico despreparado para compreender e avaliar de um modo adequado o que se passa com a pessoa do doente. (PORTO, 1996)



PORTO (1996) discorre nesse texto sobre as definições de cinco grupos de patologias e suas características, segundo *Diagnostic and Statistic of Mental Disorders (DSM-III 1980)*: a somatização, a conversão, a dor psicogênica, a hipocondria e a depressão mascarada. Além de outros problemas que a autora classifica como estresse e situações de crise, necessidade de informação e isolamento social.

PORTO (1996) demonstra como a crença de que uma doença orgânica é a única causa possível da procura de um médico induz ao erro. Chama a atenção também para a divisão do paciente entre duas realidades estanques: “orgânico” e “psíquico”, como se fossem mutuamente excludentes. Do ponto de vista do aspecto que estamos estudando – os filtros teóricos – entendemos a proposta de PORTO para lidar com os pacientes problemas como um acréscimo de mais um referencial de diagnósticos e classificações \_ o da psiquiatria \_, também com seus algoritmos bem definidos e com uma particularidade: na definição de somatização, por exemplo, a autora refere que “as várias queixas somáticas não são completamente explicáveis por nenhuma afecção orgânica ou como sendo efeito adverso direto de uma substância química.” Ou seja, o primeiro critério para definir se um problema é psicológico é a exclusão de um diagnóstico orgânico. O que dá margem a muita iatrogenia, fantasia, negação e desperdício. Portanto, um olhar atento para os sistemas de classificação da Biomedicina e da psiquiatria facilmente observará contradições e vazios, que denunciam a origem desses saberes sob o pressuposto de que seus “objetos de estudo”, por definição, deveriam ser mutuamente excludentes. O paciente poliqueixoso (ou refratário) é um poderoso indicador dos limites tanto estruturais das ontologias, como da forma com que estas ontologias colonizam a relação terapêutica no profissional e no paciente, através da introjeção de Filtros Teóricos.

ALMEIDA (1988), referindo-se aos pacientes refratários, define como “*Discurso de Exclusão*” o artifício médico de aplicar a “*causalidade psíquica após o insucesso de revelar uma lesão/disfunção, ou um agente etiológico, responsável pela problemática que o paciente oferece ao médico*” (ALMEIDA, 1988: 75). Para o autor, a insuficiência do modelo anátomo-clínico na medicina ambulatorial, produziria uma situação de abandono do rigor do discurso acadêmico na prática clínica (p. 107). Levando a construções teóricas (quando ocorrem) muito frágeis. O autor aponta em um serviço

ambulatorial a assimetria entre os diagnósticos mais freqüentes anotados pelos profissionais e as medicações mais prescritas, demonstrando, por exemplo, que a grande quantidade de antibióticos não estava em sintonia com o pequeno número de diagnósticos de infecções bacterianas. Enquanto o grande número de polivitamínicos e antianêmicos contrastava com o ínfimo número de diagnósticos de avitaminose e anemias (ALMEIDA 1988 p 147).

A respeito de insuficiências das classificações diagnósticas e malabarismos explicativos podemos citar outros exemplos muito conhecidos:

*Fibromialgia: o sintoma mandatório é uma dor disseminada não explicada por um distúrbio musculoesquelético inflamatório ou degenerativo. Não existem “marcadores objetivos”. A presença de muitos pontos dolorosos nas partes moles (tender points) confirma o diagnóstico. (REVISÃO FIBROMIALGIA, JAMABRASIL, SET/2000).*

Poderíamos citar ainda as dispepsias funcionais e as dores abdominais funcionais como exemplos de problemas em que a Biomedicina se apóia em parâmetros duvidosos (ou na explicitação da ausência de parâmetros) para manter alguma pretensão de captura do Sujeito em um diagnóstico orgânico. Nas três patologias citadas existe uma grande associação com “transtornos emocionais” e a prescrição de antidepressivos está entre as propostas “terapêuticas” de reumatologistas e gastroenterologistas.

Em face dessas considerações e do grande número de pacientes “refratários” ou “poliqueixosos” presentes nos serviços de Atenção Básica, um objetivo que podemos colocar inicialmente para a implantação da clínica ampliada na Atenção Básica é a incorporação do conceito de filtros teóricos pelos profissionais. De acordo com o modelo de análise que adotamos, uma certa consciência dos filtros teóricos é uma forma de lidar com a presença externa (Universal) do Saber sobre Sujeitos. Essa consciência pode possibilitar que o profissional não restrinja sua relação clínica e suas possibilidades terapêuticas aos caminhos da ontologia do saber médico (ou de qualquer outro saber). Imediatamente, o reconhecimento dos limites e das constrições dos filtros teóricos implica no aprendizado dos profissionais de lidar com forças internas: por exemplo, a ansiedade que a “aparente” falta de controle provocada sempre que há o reconhecimento do Sujeito

singular. Ou a “tristeza” de perceber que um determinado “modelo teórico” que muitas vezes custou tanto investimento pessoal, e com o qual muitas vezes o profissional se identifica profundamente, não é capaz de oferecer os resultados desejados.

É interessante notar que, a rigor, todas as racionalidades médicas, ou saberes estruturados<sup>4</sup> trabalham também com tipologias. Não há porque não supor que todas elas vão equilibrar limites e possibilidades próprios. Ou seja, o Sujeito singular estará sempre transbordando por algum lado em qualquer tipologia. No entanto, as racionalidades médicas que não compartilham da herança cartesiana<sup>5</sup>, a cisão corpo-alma, ou seja, que incluem nas suas tipologias aspectos que chamamos de psicológicos, possibilitam, tanto em seus caminhos (filtros), quanto em seus diagnósticos, um acréscimo em relação à clínica tradicional.

Acreditamos que os profissionais *híbridos* (BARROS, 2000), que incorporam além da racionalidade médica hegemônica, terapêuticas de outras racionalidades, assim como outros saberes, estariam em melhores condições de superar os limites dos filtros biomédicos e fazer uma clínica mais ampliada, tanto em função de um maior número de recursos terapêuticos, quanto pela maior convivência com a pluralidade de verdades, em vez de uma verdade única. No plano das forças internas dos Sujeitos-profissionais, o desafio é construir na prática clínica da Atenção Básica um padrão de fluxo de afetos diferente do hospitalar. Ou seja, forjar uma situação institucional (ou novos arranjos nos estabelecimentos de saúde) em que os profissionais possam fazer aquisições teóricas e práticas sem se apaixonar mais pelo jogo de encaixar (diagnóstico) do que pelos Sujeitos e seus movimentos (terapêutica). Discutiremos adiante no item em que falamos da Gestão para a Clínica Ampliada, as formas de facilitar estas transformações na Atenção Básica. A seguir, quando discutiremos o conceito de transferência na Clínica Ampliada, pensaremos formas de facilitar as relações dos profissionais com esses e outros fluxos de afetos nas Relações Clínicas.

---

<sup>4</sup> Existem algoritmos para avaliar o risco de suicídio, por exemplo.

<sup>5</sup> “Logo, ao menos pela onipotência de deus, o espírito pode existir sem o corpo, e o corpo sem o espírito. Pois bem substâncias que podem existir uma sem a outra são realmente distintas. O espírito e o corpo são realmente distintos.” (DESCARTES, 1983: 175).

## **B2- O conceito de transferência na clínica**

A necessidade de incorporação de uma certa capacidade de lidar com a subjetividade e de conhecimentos da psicologia na clínica médica não é nova. BALINT (1988), a partir de grupos de discussão e apoio com médicos do NHS na Inglaterra evidenciou a necessidade e a importância da Psicologia na clínica médica. Vários outros autores procuram aproximar os saberes da Psicanálise da clínica médica, como PERESTRELLO (1974), com a proposta de *Medicina da Pessoa*. CAPOZOLLO (2003), ao analisar o trabalho de médicos e enfermeiros do QUALIS, demonstra a dificuldade dos profissionais de lidar com elementos exteriores ao paradigma biomédico.

Sem negar a importância das contribuições teóricas que procuraram trazer para a clínica elementos do campo da psicologia, parece-nos importante destacar o conceito de TRANSFERÊNCIA, tal como formulado inicialmente por FREUD e modificado posteriormente pela ANÁLISE INSTITUCIONAL.

Segundo BAREMBLIT (1996b), FREUD, nos momentos iniciais da sua clínica, era um neurologista dedicado à psicoterapia dos problemas mentais, utilizando como recurso terapêutico a Sugestão sob Hipnose, segundo os princípios de Charcot. Nesse momento, podemos ver muitas semelhanças entre a clínica tradicional e a prática de FREUD neurologista. A clínica tradicional pensa a terapêutica de forma unidirecional. O doente recebe pacientemente a intervenção curadora. A cura, para Charcot e para a clínica tradicional também, está fora do Sujeito, mais precisamente nas condutas médicas. A partir das formulações de FREUD, ao menos no campo Psicanalítico, a cura passou a depender em grande medida do Sujeito doente. O tratamento psicanalítico não é, como o tratamento clínico tradicional, realizado independente, ou, até mesmo apesar, do Sujeito. Mas, ao contrário, depende da participação desse Sujeito, que é ajudado, mas também conquista a sua cura. Outro aspecto relevante é que a criação do conceito de TRANSFERÊNCIA se deu quando FREUD viveu uma situação absolutamente comum na clínica, qual seja a de encontrar pacientes que "resistem" a uma proposta terapêutica e/ou não respondem, ao longo do tempo, a uma dada terapêutica.

Se a clínica puder incorporar em situações análogas um pouco da atitude freudiana, seguramente se enriquecerá. Por último, a transferência é um conceito aplicável a ambos: profissional e paciente, o que significa que, admitir a sua existência, implica necessariamente em reconhecer a subjetividade, a história e os sentimentos dos Sujeitos na relação clínica. O que, em si mesmo, já é um avanço enorme na clínica médica.

BAREMBLIT (1996) resume, de forma esclarecedora, as investigações iniciais de FREUD em relação à transferência:

Inicialmente, ele praticou hipnose de maneira supressiva. Como outros investigadores, hipnotizava pacientes histéricos e obsessivos e, no estado de hipnose, utilizando sugestão, sugeria-lhes que seus sintomas iam desaparecer. Esse método teve sucesso durante muito tempo e ainda continua tendo, em algumas ocasiões. Mas seus resultados não são duradouros.

A partir do uso deste procedimento começou a usar outro que consistia em, no estado de hipnose, sugerir às pacientes que revivessem as situações em que seus sintomas apareceram.

Mais tarde, pediu para reviverem e relatarem outras situações mais arcaicas que, supostamente, teriam a ver com aquela na que os sintomas pareceram pela primeira vez. Isto gerava nas pacientes uma revivência e uma forte descarga de afetos, uma intensa descarga de emoções, e ainda de movimentos corporais que produziam uma "melhora" dos sintomas, cuja permanência e estabilidade eram maiores do que com o método hipnótico supressivo (BAREMBLIT, 1996)

A partir do trabalho com pacientes que se recusavam a ser hipnotizadas FREUD passa a sugerir que as pacientes apenas relatem livremente tudo o que lhes parecesse importante.

(...) mas durante o exercício deste procedimento FREUD percebia que, em determinados momentos, a paciente não conseguia continuar relatando o que vinha a sua mente. Acontecia uma interrupção do processo associativo. (...) Aprofundando mais no fenômeno FREUD

chega a conclusão de que nesse momento de impasse, a incapacidade de continuar associando deve-se sempre a uma revivência de alguma situação anterior em que a pessoa viveu um tipo de afeto, de impulso, de emoção similar, mas com outra pessoa e em situação especialmente intensa e geralmente relacionada a sexualidade. (BAREMBLIT, 1996)

A resistência devia-se a uma transferência "de uma série de características da pessoa, do objeto com o qual esteve na situação traumática". A partir da investigação desse fenômeno, FREUD descobre um caminho para acessar o inconsciente.

A transferência era repetição no ambiente terapêutico de situações já vividas, a cura é grosso modo o processo de percepção e elaboração da reedição, e transformação em verbalização compreensão, em que se juntam as idéias com as descargas de afeto correspondentes (BAREMBLIT,1996)

Esse último aspecto também é muito importante. A cura não dependeria da compreensão racional do paciente isoladamente, mas da conexão com a (re) vivência dos afetos correspondentes.

De forma alguma, no entanto, FREUD restringiu a existência da transferência ao espaço da psicanálise e à relação médico-paciente. Ao contrário, a transferência parecia-lhe uma característica do ser humano, um fenômeno que ocorre vulgarmente nas relações humanas.

FREUD dividiu inicialmente a transferência em POSITIVA, que por sua vez estaria dividida em amistosa e erótica, e NEGATIVA, chamada de hostil. A transferência amistosa é a que possibilitaria o processo terapêutico psicanalítico, e que, no caso da clínica, possibilitaria uma intervenção mais qualificada.

### **A TRANSFERÊNCIA NA ANÁLISE INSTITUCIONAL**

LOURAU (1975) discute a proposta de FREUD em *Psicologia das Massas e Análise do Ego* para pensar a transferência no espaço institucional. BAREMBLIT (1996) resume da seguinte forma a produção do conceito:

FREUD já havia colocado as bases para se entender o fenômeno quando explica que nas massas chamadas estáveis (diferentemente das efêmeras), massas como a Igreja e o Exército, a liderança poderia estar colocada em um indivíduo ou Sujeito concreto, como o Papa, ou no chefe ou general do exército. Mas poderia também estar colocada em uma entidade abstrata, Pátria, bandeira, Ideal...”.

Esta liderança não ocupada por nenhum indivíduo-Sujeito concreto constituía um lugar que podia perfeitamente ser depositário das mesmas transferências-resistências psíquicas e rendimentos que ocorriam nas massas artificiais ( BAREMBLIT, 1996)

A partir das contribuições de LOURAU, LAPASSADE e GUATARRI e associando a inspiração psicanalítica a outras contribuições como o materialismo histórico-dialético, a filosofia de Hegel, a sociologia das Organizações, a Antropologia e a Semiótica, a ANÁLISE INSTITUCIONAL produz uma proposta de intervenção institucional que teria a finalidade de gerar nas organizações uma “*tendência auto-analítica coletiva permanente e autogestiva entre os integrantes das mesmas*” (BAREMBLIT, 1996). Nesta concepção, o conceito de transferência e contra-transferência adquire contornos mais amplos, imaginando-se a possibilidade de que ela ocorra de forma cruzada, incluindo o todo das organizações e a própria Ideologia da Organização, que poderia ser tomada como Objeto Ideal do Ego.

Segundo BAREMBLIT (1992) as Instituições na sociedade não funcionam isoladamente, mas de forma conjunta e articulada. As instituições se misturam e cada uma delas, “*atua na outra, pela outra, para a outra, e desde a outra*”. A forma com que essa atuação ocorre é através da TRANSVERSALIDADE e do ATRAVESSAMENTO. Veremos o que isso significa com um exemplo bastante esclarecedor e que ao mesmo tempo ilustra, por analogia, as possibilidades da sua utilização na Instituição Saúde.

Nós dizemos que uma escola é um estabelecimento das organizações de ensino, que por sua vez são uma realização da Instituição Educação. Mas acontece que uma escola não só alfabetiza, não só instrui, não só educa dentro dos objetivos manifestos do organizado e do instituído, senão que, de alguma forma ela também prepara força de trabalho (alienado), ou seja uma escola também é uma fábrica. Por

outro lado, uma escola, de acordo com a concepção de ensino que ela tenha, também consegue manter os alunos presos durante seis a oito horas por dia e, além de ensiná-los a ler e escrever, o que fundamentalmente lhes ensina é obedecer e o que basicamente lhes transmite é um sistema de prêmios e punições, especialmente de punições. Neste sentido a escola também é um cárcere. Mas além disto a escola também ensina uma série de valores do que deve ser construído, do que deve ser destruído, ensina formas de exercício da agressividade. Neste sentido também é um quartel. (...) ela está ATRAVESSADA por outras organizações. Mas uma escola também é um âmbito onde se pode formar um agrupamento político escolar, um clube estudantil; uma escola também é um lugar onde também se pode integrar um sistema de ajuda mútua entre os alunos; uma escola também é um lugar onde se pode aprender a lutar contra a dominação, a exploração e mistificação. (...) neste sentido é que uma escola tem também um funcionamento articulado, interpenetrado com muitas outras organizações, instituições, como muitos outros instituintes da sociedade, que atuam através nela, através dela, para ela, por ela e por outras, e ainda entre os diversos quadros e seguimentos desse mesmo estabelecimento. Esta interpenetração chama-se TRANSVERSALIDADE. ( BAREMBLIT, 1992: 37)

A partir desses conceitos podemos entender a TRANSFERÊNCIA como um recurso para buscar na relação clínica, dentre os diversos atravessamentos e transversalidades possíveis, aqueles mais importantes para o processo terapêutico. Ou seja, poderemos entender que na relação terapêutica estão presentes, com maior ou menor intensidade, outras instituições, assim como outras pessoas (da história afetiva dos Sujeitos envolvidos). A presença, a ausência, a importância e o peso de cada elemento será dado pela energia transferida, disponibilizada pelos Sujeitos, principalmente o Sujeito doente, para cada um desses elementos.

Na unidade de saúde em que o autor foi médico generalista, o tema da transferência nessa perspectiva ampliada foi abordado de forma didática nas reuniões gerenciais da equipe, da seguinte forma:



Na saúde a transferência é um conceito vital. O paciente pode fazer diversas transferências para o profissional, em diferentes momentos. No imaginário/inconsciente de um paciente, uma enfermeira pode ser a enfermeira Alemã que tortura, ou a adorável Juliet Binoche do filme Paciente Inglês. Noutra tempo pode ser lembrança da Mãe. Não qualquer mãe, mas a mãe de cada um. Não a Mãe em qualquer momento, mas a mãe **quando** o trouxe ao médico, por exemplo; ou em algum outro momento específico... Podemos ser também instituições: “Você já usou droga?” O paciente pensa: “esse cara vai me entregar”. E então "somos" a Polícia. Ou então a Igreja: “Você já teve alguma relação sexual de risco? “A voz da culpa, do castigo divino. Ou então somos o Governo, o Estado: “Tem Leite no posto?” O fato é que seremos vistos de formas diferentes, em momentos diferentes pelos **mesmos pacientes**. (se bem que um tal Heráclito, não por acaso alcunhado de “o obscuro”, já dizia muito antes de Sócrates: “nunca se cruza o mesmo rio duas vezes”, o seja, os pacientes e os trabalhadores mudam). E é vital perceber isto. É vital procurar no repertório do paciente, uma “transferência” que seja útil para o trabalho em saúde e fazer desse sentimento improvisado uma ponte para o seu tratamento, um caminho para o (re)conhecimento da doença e de si mesmo. Por outro lado, precisamos reconhecer que também vemos os pacientes com as nossas lentes e aos colegas também (quando começamos a achar os pacientes todos iguais – sempre é indício de que não estamos enxergando bem, afinal de perto ninguém é normal, como diz a Rita Lee). Um nos lembra fulano: gostamos, tratamos bem. Outro não topamos e nem queremos pensar quem nos lembra... Perceber, descobrir, captar esses fluxos de sentimentos e associações torna o trabalho melhor e menos chato. Cada vez que os descobrimos, aprendemos muito sobre nós mesmos e ganhamos (dizem) uma certa **autonomia**.

Geralmente o simples fato de prestar atenção aos sentimentos e pensamentos que acontecem nas relações diversas (paciente-profissional, paciente-remédio, paciente-familiares, etc e vice-versa) já é muito instrutivo e eficaz. Afinal uma parte do que dizemos não é expresso com palavras, mas com gestos e intenções sutis. A transferência geralmente é inconsciente assim como a comunicação não verbal. Na medida em que lidamos com esses fluxos de

sentimentos, muda nossa comunicação verbal e não verbal.  
(CUNHA, 1999 – texto de discussão para equipe da UBS Nova  
Cerquilha)

A partir da transferência, é possível entender que, no plano singular, o Sujeito investe, transfere para estruturas e pessoas desejos e sentimentos diferentes. O reconhecimento desse fluxo de afetos na relação terapêutica é o que estamos chamando de transferência ampliada e é a chave que possibilita a escolha de caminhos (temas, recursos teóricos, práticos, enfim, o projeto terapêutico) para a intervenção clínica. Quando um profissional faz perguntas para avaliar o risco de Doença sexualmente Transmissível (DST), são possíveis diversas associações (mais ou menos conscientes) com várias pessoas ou instituições que tem discursos para a sexualidade, como a Igreja, a Família, a mídia, etc... O peso dessas instituições, ou pessoas, na relação terapêutica, dependerá das transferências que os Sujeitos da relação clínica fazem para ela. Na medida em que uma certa transferência acontece, está colocada a possibilidade ou necessidade de um caminho terapêutico. Ou seja, um atravessamento muito marcante da Igreja pode prejudicar a relação terapêutica num momento (e terá que ser trabalhado), ou pode ajudar em outro momento (e pode ser um aliado).

Concluindo, a transferência é um instrumento importante para a clínica ampliada pelos seguintes motivos:

- É um conceito cuja “manipulação” e a percepção pressupõe o protagonismo e singularidade dos Sujeitos.
- A transferência pode revelar padrões de fluxo de afetos característicos daquele momento da vida do Sujeito, o que contribui muito na compreensão do sofrimento e adoecimento e, conseqüentemente, na definição do projeto (caminho) terapêutico.
- Dentro do modelo de análise da clínica proposto e da perspectiva de co-produção dos Sujeitos, a transferência contribui para a ponderação (definição da importância) de cada uma das “variáveis” atuantes sobre o Sujeito (o reconhecimento das forças Universais ou Particulares) e conseqüentemente no projeto terapêutico singular.

## Caso Clínico

V.S. 63anos, separado há seis anos. Quatro Filhos. Aposentado (profissão original: Serviços Gerais).Morador da casa da Casa de Repouso S. J. há sete meses (no início do contato).

Foi apresentado à equipe do PSF em visita à Casa de Repouso S.J. como “Hipertenso grave”.Chamou atenção porque tinha os cabelos, embora ralos, pintados de preto (assim como o pequeno bigode). Era baixo e bem atarracado. Na primeira conversa declarou ser hipertenso há cerca de 10 anos, mas disse que não tinha doença nenhuma, embora admitisse que já tinha sido internado “algumas vezes por crise hipertensiva” tendo inclusive “desmaiado”. Declarou que não estava tomando a medicação que havia sido prescrita há bastante tempo porque “não se sentia doente”. Informou que havia feito exames de “rotina” há um ano e que se tratava “com o cardiologista da rede municipal”. Foram solicitados exames de rotina e foi oferecido um Cartão para marcar as medidas da Pressão Arterial.

No encontro seguinte, foi confirmada a HAS com várias medidas alteradas, sendo as piores marcas em torno de 20x14 mmHg. O contato foi mais prolongado e ele contou que o remédio causava-lhe impotência. Contou também que estava muito irritado com a direção do asilo que não o deixava sair a noite e voltar tarde. “Não sou doente e quero sair quando quiser”. Os exames laboratoriais e a radiografia de tórax não apresentaram alterações muito importantes (discreto aumento de ventrículo esquerdo no RX). Quando informado sobre as características da doença e a necessidade de medicação, declarou com firmeza tranqüila que “não podia tomar uma medicação que o fazia sentir-se mal”.Disse também que a comida do asilo era “sem gosto, sem sal e sem açúcar” e que quando se sujeitava à dieta sentia-se fraco, porque aquilo “não era comida de gente”. Gostava mesmo era de “feijoada e carne gorda.”

Após esse encontro, em reunião de equipe, ficou decidido fazer um Projeto Terapêutico Singular (PTS) e solicitar uma avaliação do cardiologista. A Medicação prescrita foi Captopril 25mg 3 vezes ao dia e Hidroclorotiazida 01 vez ao dia.

O cardiologista imediatamente lembrou-se do paciente e sentenciou: “este aí não tem jeito. É só esperar o AVC (derame). Talvez ajude um anti-hipertensivo mais moderno em dose única. Mas é caro.” E sugeriu um Ecocardiograma.

A medida que conhecíamos o Sr. VS, aumentava sua mania de, fosse qual fosse o lugar e o momento que nos encontrasse e o que estivéssemos fazendo, nos segurar pelo braço e, calmamente, começar a falar. Sempre tentava dar às conversas um tom de segredo. Colocava a mão no interlocutor, como a impedir que fosse embora. Logo descobrimos que ele não estava mais tomando o Hidroclotiazida, pois sentira-se mal (alteração urinária). Além disso andava em brigas cada vez mais fortes com a auxiliar de enfermagem do asilo, que por sua vez queixava-se que ele a ameaçava fisicamente.

O seu comportamento no asilo era interessante. Sempre que nos via, entre uma queixa e outra, pedia para cuidarmos de algum colega de asilo, que acreditava mal cuidado pela enfermeira. Mas, a sua ocupação principal era as brigas com a enfermeira, em que se empenhava ao máximo.

Em certo momento percebemos que ele se comprazia em contar-nos que não havia tomado a medicação (ele já estava apenas com captopril), além de saborear os detalhes das suas andanças gastronômicas.

Em uma das visitas ao asilo foi feita uma História de Vida. Ele havia nascido no sertão da Paraíba. Ainda tinha parentes lá e passou uma parte do tempo contando sua última visita aos familiares. Contou da briga com a família mais próxima. Falou um pouco de um dos filhos e de uma filha. Chorou. Muitas vezes verbalizou que não queria mais viver e que inclusive torcia para que a HAS o matasse rápido. Eu lembrava-lhe a possibilidade de um AVC e a possível dependência da auxiliar de enfermagem para banhá-lo e alimentá-lo o resto da vida. Ele ria... Parecia estar sentindo humilhado, abandonado e rodeado de possibilidades nada promissoras.

A Equipe conversou várias vezes sobre o paciente. Os diversos tipos de “provocações” e resistências ao tratamento foram temas constantes. A primeira conclusão da equipe foi quanto a situação de V.S. dentro da instituição. Ele apresentava um problema comum a outros idosos: verbalizava que não queria mais viver. Mas enquanto o tema dos outros eram as queixas (doenças reais e imaginárias), o dele ainda era o conflito com a direção do asilo e, eventualmente, conosco. O desejo de sair, namorar e comer pratos que gostava podia ser entendido como um saudável impulso de vida, numa instituição em que a morte parecia vencedora. O que fazer? Como oferecer propostas e como lidar com os incômodos que estas perguntas silenciosas causavam?

Um marco no tratamento do Sr. VS foi o momento em que a equipe conseguiu conversar sobre esses os incômodos e entendê-los no contexto da instituição: o asilo muitas vezes nos deprimia. Essa descoberta possibilitou um primeiro tratamento na própria equipe. Era preciso aprender a lidar com aquela realidade de uma forma diferente da que vínhamos fazendo.

Outro fato igualmente importante foi a constatação de que havia uma tendência de se estabelecer um jogo, entre a equipe e o senhor VS, em que ele fazia simbolicamente a seguinte questão: vocês se preocupam comigo ou com as minhas artérias? Ou seja, quando a equipe concentrava suas energias em níveis pressóricos e exames, enquanto colocava em segundo plano outros temas, permitia uma interpretação duvidosa das intervenções terapêuticas. O que era mais importante para nós? O controle pressórico ou o paciente? Pareceu-nos que era preciso deixar claro para o Sr. VS que a preocupação central era com ele e não com seus exames, dietas e artérias... Na verdade percebemos que havia um viés autoritário nas nossas ênfases no controle pressórico e na dieta que acabava produzindo ou uma certa infantilização (sintomático que a enfermeira do asilo costumava chamar os idosos de “minhas crianças”) ou, como no caso do Sr. VS, uma resistência afirmadora de autonomia. Enfim, a percepção vivencial (e não somente a constatação racional) das diversas transferências e atravessamentos institucionais na relação terapêutica, possibilitou novos olhares da equipe. Na prática isso significou que

ao encontrar o Sr. VS, antes de perguntar sobre exames e remédios, a equipe exercitou-se para perguntar da vida, para valorizar o que ele trazia (suas brigas, comidas, etc...). Depois obviamente fazia-se as intervenções necessárias. A equipe incorporou essa conduta por um período longo e aprendeu a lidar com as demandas que esta atitude produzia.

Um belo dia, 04 ou 05 meses depois do início das abordagens, a surpresa: ele estava com as medidas pressóricas controladas há três semanas e estava tomando as medicações. Posteriormente ele manteve oscilações no uso da medicação, mas as medidas pressóricas continuaram muito boas.

Numa das visitas de despedida, um ano depois, o Sr. VS se aproximou da sua forma costumeira e fez uma “avaliação do processo”. Disse que estava muito agradecido, porque achava que era uma coisa “muito rara e muito importante saber ouvir com paciência”, e que esta atitude o ajudara muito. Desejou muitas felicidades a todos nós. Fiquei surpreso com a clareza do seu entendimento. Depois constatei que parte da minha surpresa era puro preconceito. Afinal porque motivo eu não ficaria surpreso se ele me agradecesse por uma intervenção cirúrgica, ou por um remédio? Parece-me que do início ao fim da nossa convivência o Sr. VS foi provocativamente didático:

- Doença e Saúde? Embora ele fosse inicialmente o Hipertenso mais grave que tínhamos notícia, a sua disposição belicosa era um inequívoco sinal de saúde.

- Em certo momento poderíamos ter seguido outro rumo. Poderíamos ter valorizado mais a conduta do cardiologista, ou procurando medicações mais sofisticadas, ou mesmo adotando sua proposta: desistir do paciente.

- O mais importante para nós (equipe) nem sempre é o mais importante para o paciente. Viver dez anos a mil ou mil anos a dez é muitas vezes uma opção pessoal, que podemos esclarecer, entender, ajudar a entender, mas não decidir. Responder àqueles senhores do asilo a sua incômoda pergunta: por que continuar vivo?. Entender os

próprios sentimentos sobre os pacientes é um desafio interno, que tem sutis, porém eficazes repercussões externas.

-As críticas iniciais do Sr. VS aos efeitos colaterais eram pertinentes. As dificuldades com a dieta do asilo eram extremamente compreensíveis. Evitar uma abordagem “pastoral” das suas ironias e críticas foi fundamental.

-Na correria do dia a dia, algumas vezes tínhamos a sensação que trabalhávamos contra todas as correntes. No caso do Sr. VS sentimo-nos tratando do que é realmente essencial, e apesar das correntes e ventos, “velejamos”, não necessariamente a favor do vento e da corrente, mas respeitando e utilizando essas forças para chegarmos onde queríamos. (CUNHA 2000– CERQUILHO/ SP )

### **B3 – Considerações sobre a prática da Clínica Ampliada**

Algumas considerações mais práticas podem ser feitas neste momento sobre a prática da clínica ampliada.

Em primeiro lugar, é preciso reforçar que todo esse esforço de síntese de saberes não vinculados à Biomedicina e a incorporação de críticas à Biomedicina não significam, de nenhuma maneira, abrir mão de recursos de intervenção biomédicos. Mas significa constatar que o conhecimento biomédico, hegemônico na clínica de diversos profissionais e construído predominantemente na lógica da instituição hospitalar, é profundamente insuficiente, para não dizer danoso quando utilizado de forma excludente, principalmente na Atenção Básica. A medicação, o procedimento, os saberes biomédicos constituem-se “mais uma força” entre tantas outras na Vida do Sujeito atendido na Atenção Básica. Essas outras forças muitas vezes sobrepujam o encontro momentâneo da clínica oficial, exatamente porque estão (oni)presentes ao mesmo tempo na história e no cotidiano dos Sujeitos. A antiga metáfora da teia nos parece proveitosa. A *tarantela*, que se originou de rituais pagãos do Sul da Europa (posteriormente incorporados pela Igreja Católica), visava promover curas de sofrimentos amorosos ou loucuras inexplicáveis, atribuídas à picada da tarântula. Os ritmos furiosos dos rituais permitiam a libertação da “teia” da tarântula. Da mesma forma, a clínica ampliada, embora não compartilhe necessariamente

dessa terapêutica, pode compartilhar da metáfora. Reconhece que os Sujeitos (cuidadores e cuidados) estão imersos em uma teia de forças que, de certa forma, os constitui. Imaginar a clínica a partir desse modelo não significa um mapeamento detalhado das estruturas citadas (os fios) em cada um dos Sujeitos na relação clínica, como se fosse necessário construir um roteiro completo sobre cada categoria de análise. A prática seria construída de costuras. Nesse modelo não existiriam quase nunca os purismos das Racionalidades Médicas, dos Modelos Teóricos exclusivistas e das intervenções isoladas \_ ou no social, ou no biológico ou no psicológico. A vida é entendida toda misturada. Principalmente quando há vínculo e acompanhamento terapêutico longitudinal, não existe preponderância, *a priori*, de um elemento do universal ou do particular, mas uma alternância de relevâncias.

Trata-se de um espaço molecular, SINGULAR, onde a pluralidade de instituições e a especificidade da Instituição Saúde permitem uma relativa liberdade de PRODUÇÃO DO NOVO. A esse respeito, GUATTARI (1986), referindo-se à psicanálise, exemplifica o que nos parece ser uma grande contribuição à clínica ampliada tal como a imaginamos:

Uma pequena receita, de passagem. Um Sujeito que " balançou meu coreto" quando eu tinha vinte anos e estava bastante perdido foi Oury.. Diversas vezes eu lhe tinha explicado, detalhadamente, minhas crises de angústia, sem que isso parecesse comovê-lo. Até o dia em que ele me deu esta resposta de tipo zen: "isso te acontece à noite, antes de adormecer? De que lado você dorme? O direito ? . Bom, então é só você virar do outro lado!" A análise, às vezes, é isto: basta virar. Seria preciso reencontrar a humildade dos primeiros tempos da Igreja e se dizer: "paciência, não faz mal. Incha llah. . .!" É um pouco elementar. É claro que não dá para dizer isso de qualquer jeito. É preciso também ter ao alcance da mão as **pastilhas semióticas** adequadas. São justamente esses pequenos índices que fazem com que as significações desabem, que lhes proporcionam um alcance a-significante e que permitem, além do mais, que tudo isto funcione com humor e surpresa. O cara drogado, com um revólver na mão, a quem você pergunta: "você não teria fogo?" . . . Então o instante se funde com o mundo. É nesse registro que daria para encontrar a categoria poética das performances, a música de John



Cage, as rupturas zen, pouco importa como o chamemos. Essa aquisição nunca é definitiva. É preciso aprender a fazer malabarismos. Fazer escalas. Adquire-se um controle relativo em certas situações, em outras não, e depois, com a idade, isso muda, etc. (GUATTARI, 1986: 223)

Embora o autor esteja se referindo à psicanálise, ele destaca o reconhecimento da singularidade da clínica e da possibilidade do Novo. Da mesma forma, a clínica ampliada apesar de reconhecer a complexidade dos Sujeitos, o peso dos determinantes universais e particulares, os limites dos saberes e terapêuticas, não se curva ao "pessimismo da inteligência" (CAMPOS, 1991)<sup>6</sup> exatamente por reconhecer-se num espaço singular de produção, de criação. Existe, portanto, como muito bem descreve GUATTARI alguma coisa de aceitação e de resistência-criação.

No plano teórico, interessa-nos recuperar ligeiramente o debate que iniciamos ao apresentarmos as diferenças do Método da Roda (CAMPOS, 2000) e a Análise Institucional e as elaborações de GUATTARI (1986). De forma análoga a Clínica Ampliada nem teria um compromisso exclusivo com um processo de cura semelhante ao psicanalítico (em que o protagonismo do Sujeito é respeitado com um mínimo de intervenções), nem teria um compromisso exclusivo com a chamada "produção da subjetividade". Ou seja, na clínica ampliada na Atenção Básica o mesmo Sujeito ora vai sofrer uma intervenção exclusivamente relativa ao plano biológico (com inevitáveis impactos subjetivos), ora vai sofrer uma intervenção que tem a intenção de disparar produções e abrir caminhos terapêuticos para o Sujeito doente.

É interessante notar que o Sujeito doente muitas vezes está com uma certa disponibilidade e abertura à transformação<sup>7</sup>. Além disso a clínica, nesse processo dialético, é sempre um aprendizado mútuo. No desenrolar da relação clínica, cabe ao profissional perceber-se e perceber o outro. Nesse processo, não necessariamente o instituído é adversário do processo de cura. Pode ocorrer que por uma opção de sobrevivência do

---

<sup>6</sup> "Antônio Gramsci escreveu que a inteligência, quando analisa o mundo, tende ao pessimismo, e que só a vontade revolucionária, assentada em dados elaborados pela inteligência, consegue ser otimista" (CAMPOS, 1991: 21)

<sup>7</sup> É comum que pequenos gestos e palavras (muitas vezes desatentos) dos profissionais sejam repetidos por anos pelos pacientes: "este remédio é para sempre".

Sujeito, uma instituição autoritária, como uma religião, por exemplo, seja vital para interromper uma dependência química. As intervenções podem se aliar a forças, Universais ou Particulares, para refazer contratos e compromissos. A família pode ser aliada de um projeto terapêutico num momento e pode ser um grande obstáculo em outro. Quase nunca existe caminho único para Sujeitos em situações complexas. O Sujeito doente está sempre imerso em todas essas forças e as intervenções são geralmente um acréscimo, mais Universal, ou mais Particular, convidando para um novo "contrato provisório" SINGULAR. A intervenção, exceto em casos muito agudos, não atua sozinha e onipotente, como gostaríamos de imaginar, e como muitas vezes ocorre em momento de urgência e risco de morte, mas entra na *Roda Viva* de cada Sujeito.

#### Caso clínico: uma pessoa com diabetes.

Dona Maria tem 50 anos é casada e tem dois filhos. Sabe ser diabética e Hipertensa há 8 anos. Costuma ser acompanhada por um cardiologista que prescreveu as seguintes medicações que atualmente utiliza: Captopril 25 03/cp/dia, Propanolol 40 1cp/dia, Metiformina 800 2cp/dia, Glibenclamida 5 3cp/dia.

Vem à consulta porque apresenta descamações nas mãos e nos pés e isso a incomoda. Refere ter ido várias vezes à dermatologista, que fez raspagem para ver "no microscópio" e disse que não se trata de "micose". Fez vários tratamentos sem melhora.

Apresenta várias glicemias de jejum recentes, feitas com glicosímetro da UBS, além de medidas de pressão arterial. A glicemia se mantém entre 160 e 200 enquanto a pressão arterial se mantém na média de 16x11.

Ao ser perguntada sobre a dieta D. Maria imediatamente declara conhecer como deve ser uma dieta, mas que não se dispõe a retirar o açúcar e nem fazer restrições e que "se for para ficar reclamando ela prefere nem continuar a consulta". Acalma-se ao receber a explicação de que a proposta do tratamento é ajudá-la respeitando seus limites e escolhas, desde que conscientes.

Sobre as medicações declara não usar muito corretamente a Metiformina porque solta o intestino.

D. Maria é uma pessoa irritada. Acabou de mudar de local de trabalho por "brigas com o antigo chefe". Diz-se muito religiosa freqüentando regularmente a igreja, que declara ser sua principal atividade de lazer. Não faz atividades físicas exceto ir ao trabalho a pé. Aliás, trabalha como auxiliar de enfermagem e faz muitas reclamações de usuários e colegas. Tem muita dificuldade de conversar com pacientes no acolhimento e diz que acontecem muitos conflitos.

Depois de algumas consultas curtas em que não é possível aprofundar muito a conversa, D. Maria começa a utilizar um Medicamento Homeopático.

Alguns dias depois do início da medicação ela pede para conversar no início do período, referindo piora dos sintomas nas mãos e pés. Apesar da consulta não estar agendada, a reunião matinal com ACS's é cancelada e ela é atendida. Neste dia o médico pergunta sobre a infância e a paciente começa a contar fatos que não havia contado, com extrema intensidade. Conta que nasceu e cresceu na cidade de São Paulo, que sua mãe era prostituta e que ela morou em um porão com dois irmãos. Muito pequena já pedia esmola e catava lixo para ajudar em casa. Nesse momento D. Maria se emociona e descreve com detalhes o cotidiano de pedir esmola e vasculhar lixo. É possível para o médico "entender" exatamente esses sentimentos, que para ela estavam totalmente atuais. D. Maria conta ainda que aos 9 anos foi violentada por muito tempo pelo padrasto, até ter coragem de pedir a uma tia para ir morar com ela.

Depois dessa consulta a relação terapêutica mudou totalmente. Foi mais fácil para D. Maria aceitar ofertas terapêuticas. Lentamente as medicações foram sendo negociadas e ela foi diminuindo os anti-hipertensivos e foi ficando menos irritada. Além disso, conseguiu controlar um pouco a ingestão de açúcar e calorias e pôde diminuir os hipoglicemiantes.

Por que diríamos que ocorreu uma clínica ampliada? O tratamento medicamentoso estava definido, embora ineficiente. A paciente iniciou o tratamento explicitando uma resistência a condutas que poderiam ser consideradas essenciais a muitos profissionais: submeter-se às dietas. No entanto a prioridade foi dada para ela, e não par sua doença<sup>8</sup>. Olhando para trás vê-se que foi percorrido um caminho singular. Talvez um, entre vários possíveis. As variáveis que surgiram, foram incorporadas ao Projeto Terapêutico. As decisões terapêuticas não foram unilaterais. E talvez, uma característica da clínica ampliada: apesar de muito investimento e de uma sensação subjetiva (verificável objetivamente) de resultado positivo e eficácia, a sensação predominante não é a mesma por exemplo que se tem após a prescrição de um medicamento eficaz, ou da realização de uma sutura numa lesão cortante. Situações em que há uma marcante unilateralidade. A sensação da clínica ampliada é de um caminho compartilhado. Embora seja realizador, é certo que o maior mérito do caminho terapêutico é da pessoa doente. (CUNHA,1999)

#### **B4- As práticas integrativas como um caminho para a Clínica Ampliada**

Recentemente, uma reportagem do British Medical Journal<sup>9</sup> informou que metade dos Médicos Generalistas do NHS está oferecendo algum tipo de prática alternativa, na sua maioria Homeopatia ou Acupuntura. Podemos imaginar que um fenômeno semelhante esteja acontecendo aqui no Brasil, como aponta BARROS (2000) referindo-se aos profissionais híbridos, embora talvez não predominantemente no SUS. Acreditamos, portanto, que se justifica que façamos uma breve reflexão propositiva sobre as possibilidades de contribuição da Homeopatia e da Medicina Tradicional Chinesa para a transformação da Clínica na Atenção Básica.

---

<sup>8</sup> indiscutivelmente que a confiança em outros recursos (como a Homeopatia) ajudaram a aceitar um contrato inicial, digamos, desfavorável, já que o objetivo também era controlar a glicemia da paciente.

<sup>9</sup> BMJ 2003;327:1250 (29 November) “Half of general practices offer patients complementary medicine”.

## BREVE DISCUSSÃO SOBRE AS POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES DA HOMEOPATIA PARA A CLÍNICA AMPLIADA

### -O que é Homeopatia e suas tipologias

A Homeopatia foi desenvolvida pelo médico e pesquisador alemão, Friederich Samuel Hahnemann (1755-1843) e está baseada no princípio hipocrático: *Similia similibus curentur*, ou seja, a cura pelo semelhante.

Para os fins da nossa discussão é importante destacar que a Homeopatia embora incorpore e se preocupe com os diagnósticos e prognósticos da Biomedicina, não se eximindo de utilizar as terapêuticas respectivas quando existe risco de vida, não procura uma classificação a partir de aspectos isolados, no corpo ou na psique, mas sim, em um conjunto de características que possibilita dizer que o Sujeito está (ou é) mais afim com determinada substância.

SOUZA (2003) utiliza alguns exemplos para demonstrar como funciona a tipologia da homeopatia na prática clínica:

Se um paciente apresenta-se recebendo Arsenicum album 12CH, para tratamento de uma síndrome dispéptica com endoscopia digestiva mostrando gastrite erosiva e presença do H. pylori, o que isto significa?

A escolha deste medicamento, baseada na lei dos semelhantes, se deu pela comparação dos sintomas do paciente e os apresentados na experimentação desta droga (Arsenicum álbum\*, um metal, em diluição  $10^{-24}$ ) em pessoas normais e sensíveis, relatadas como dor em queimação epigástrica, melhorada com alimentos quentes, vômitos após alimentação, sede aumentada em grandes quantidades, sensação de queimação mais intensa à noite e no início da madrugada. É ansioso, inquieto, acorda de madrugada com medo de morrer, tem insônia entre meia-noite e três da manhã. Imagina que não vai se curar e tem fantasias de doenças graves como um câncer. Necessita companhia. Sente frio e pede ar livre; é extremamente organizado, limpo e bem vestido, obsessivo com seus pertences, precisa de tudo no lugar certo.

Um outro paciente com o mesmo diagnóstico, poderia receber, por exemplo, *Lycopodium clavatum* (planta), se apresentasse, além da queimação epigástrica, intenso desejo de doces, apesar de piorar a digestão, bem como meteorismo à tarde, sofrendo com o calor e a permanência em lugares fechados e transpirando durante o sono. Poderia apresentar caráter autoritário e não tolerar ser contrariado, escondendo uma falta de confiança em si mesmo. Se for um advogado ou um padre, terá ansiedade antes de apresentar-se em público, mas acaba saindo-se bem graças a um grande esforço e à gastrite.

O medicamento verdadeiramente curativo deverá levar o paciente não apenas ao desaparecimento dos sintomas específicos da doença clínica, mas ao equilíbrio psíquico, assim como ao sono, à paz interior e à boa convivência familiar e social.” (SOUZA, 2003).

#### - os filtros teóricos da homeopatia

A homeopatia propõe que a história clínica seja feita abordando o maior número de sintomas possível. Com um detalhe muito interessante: os sintomas referidos espontaneamente são mais valorizados que os sintomas descobertos a partir do questionamento do médico. O que não significa que ele não faz questionamentos, mas sim, que faz parte do objetivo da consulta induzir o mínimo possível as respostas do paciente. Além disso, é bastante importante respeitar as próprias palavras do paciente, já que o repertório de sintomas, onde se procura a quais remédios cada sintoma está mais fortemente associado, foi constituído a partir desse princípio. Essas poucas características da homeopatia já a tornariam muito interessante para clínica ampliada na Atenção Básica. Mas, a homeopatia ainda propõe a chamada modalização dos sintomas, que significa nada menos do que possibilitar a qualificação e a contextualização de um determinado sintoma. Diante de uma queixa de dor de estômago, por exemplo, interessa saber quando ocorre, o que melhora, o que piora, como a pessoa se sente na vigência do sintoma, quais outros sintomas estão associados e quais eventos importantes aconteceram próximo ao início dos sintomas. O adoecimento, que muitas vezes na consulta (e no tratamento) da Biomedicina é um evento orgânico, na consulta da homeopatia é um evento em relação e qualificado. Ou seja, a própria consulta já é um momento de aprendizado para o doente. No limite, podemos afirmar que a consulta da homeopatia inclui a consulta da Biomedicina (mesmo que a

consulta da Biomedicina ocorresse da forma completa, o que é raro) e a expande<sup>10</sup>. A Homeopatia traz contribuições para a ampliação da clínica com uma observação atenta e acolhedora da singularidade do Sujeito.

- **Outras possíveis contribuições da Homeopatia na Clínica Ampliada**

Outra contribuição da homeopatia à ampliação da clínica é sua tendência de imaginar o papel do profissional (e da própria medicação) como coadjuvantes do processo de cura (a medicação forneceria um estímulo para desencadear um movimento próprio de cura). É o SUJEITO, que a partir do estímulo medicamentoso (energético), do apoio do médico e do seu próprio movimento, fará o seu movimento de cura. Nesse sentido existe uma ruptura muito importante com a Biomedicina, que aproxima a Homeopatia da Psicanálise: é o respeito à participação do Sujeito no processo de cura.

Outra das características mais interessantes da homeopatia é que ela valoriza muito os sintomas emocionais e mentais em relação aos sintomas físicos, para efeito de escolha da medicação e definição de evolução. Na prática, isso significa que um Sujeito deprimido, com insônia, dificuldades de relacionamento com o filho, por exemplo, e que chega ao serviço de saúde com queixa de cefaléias recorrentes, pode ter o seu tratamento considerado em progresso, ou seja, com a medicação correta, se, após iniciar o uso da medicação, a depressão e a insônia começarem a melhorar, apesar das cefaléias não melhorarem tanto (na verdade existe uma tendência das melhoras acontecerem simultaneamente).

Portanto, a homeopatia trabalha com um conceito de Saúde que é muito mais amplo do que o da Biomedicina e, efetivamente, inclui a subjetividade do Sujeito doente. A histórica separação entre corpo e alma não acontece na homeopatia. Isso significa que pacientes considerados muito difíceis por equipes de saúde da Atenção Básica, justamente por apresentarem sintomatologias compostas de sintomas emocionais e físicos que, na maioria das vezes, não se encaixam nas classificações diagnósticas e explicações fisiopatológicas, apresentam mais facilidades para a homeopatia, pela própria riqueza e “singularidade” dos sintomas.

---

<sup>10</sup> *No que se refere à anamnese clínica, exame físico, exames complementares necessários aos diagnósticos clínicos e cirúrgicos, não existem diferenças. Porém estes dados são insuficientes para a escolha da terapêutica baseada na lei dos semelhantes. (SOUZA, 2003)*

## - **Prontuário Homeopático**

Uma prática muito comum nas Medicinas Complementares, não só a Homeopatia é produzir além da história clínica detalhada, uma lista de queixas e sintomas dos pacientes, sem nenhuma exclusão. Trata-se de uma lista não necessariamente em uma ordem, que é verificada nos encontros seguintes. MACPHERSON e KAPTCHUK (2002) que apresentam 40 histórias clínicas de pacientes tratados com acupuntura, por diversos profissionais, demonstram também o uso desse tipo de técnica.

*EXEMPLO: GMG 35 ANOS SEXO FEMININO – casada gerente-proprietária de loja de roupas. QP: Ansiedade intensa, dois abortos não esclarecidos (último há 06meses).*

### SINTOMAS CONSULTA INICIAL 23/10

Dor muscular torácica e no ombro, associada ao nervoso

Choro por “qualquer motivo”

Constipação (evacuação a cada três dias)

Muito sono durante o dia

Suspiro freqüente

Bruxismo

Crises de ausência

“Barriga fria em faixa, na altura do umbigo”

Pés frios

Inchaço nos pés

Cansaço

Apetite aumentado

Muito pouca sede

Memória ruim

Descamação ocasional na pele do rosto

Friorenta

Escotomas ocasionais

Calafrios a noite

Unha quebradiça

Náusea ocasional, principalmente quando bebe água

Palpitação associada ao nervoso



O prontuário contém a história e a descrição detalhada dos sintomas, mas a lista de sintomas facilita o seguimento e a avaliação da evolução. Evidentemente que, conforme o referencial teórico os mesmos sintomas serão entendidos de forma diferente. Para outros profissionais com referencial da Biomedicina que encaminharam a paciente, ela era uma “poliqueixosa”. No entanto em qualquer referencial teórico a confecção da lista de sintomas possibilita um seguimento ampliado mais fácil e eficaz. (CUNHA 2000)

#### - **Seguimento no Tempo e Iatrogenia**

SOUZA (2003) esclarece um pouco mais sobre a homeopatia:

Na clínica alopática, o médico considera-se satisfeito com o desaparecimento dos sintomas e a normalização dos parâmetros laboratoriais numa doença aguda ou no controle dos mesmos na doença crônica. Quando existe recidiva, apesar do tratamento, propõe-se extirpação cirúrgica do órgão, quando possível, e, se novo conjunto sintomático aparece, um novo diagnóstico e novo tratamento são instituídos. Não somos ensinados a perceber que há um fio único condutor na evolução e na apresentação das moléstias que o paciente vai apresentando ao longo da sua vida, desde o eczema da infância até a hipertensão e o infarto no final da vida, e que a doença se mostra desde a mente até a pele, apesar dos diagnósticos que fazemos”. (SOUZA, 2003)

O seguimento do paciente no decorrer do tempo, que provoca grandes dificuldades para a Biomedicina na Atenção Básica, é um fato constitutivo da homeopatia. A homeopatia tem grande sensibilidade para acompanhar a evolução de longo prazo dos pacientes e captar iatrogenias, ou piora do estado de saúde. Tanto porque não restringe seu olhar para aspectos orgânicos, tanto porque não se restringe às explicações fisiopatológicas para concluir que está havendo uma piora “da saúde”. Exemplo:

A Homeopatia, por outro lado, propõe um conceito de saúde abrangente, que inclui a atividade da mente, o emocional e o físico. Assim, o adoecer se faz no sentido centrípeto, dos órgãos mais superficiais e menos vitais, para os mais vitais e finalmente a mente,

enquanto a cura acontece no sentido inverso. Se o paciente apresentar controle metabólico adequado quanto ao diabetes, ou estabilização da artrite, mas evoluir com um quadro depressivo, manifestando insônia e apatia, obviamente, não estará saudável. Se a cirurgia de revascularização miocárdica devido a uma cardiopatia isquêmica for um sucesso, mas o paciente desenvolver depressão suicida, ou demência associada ao mal de Alzheimer, não haverá maior sofrimento nessa condição do que na primeira? (SOUZA, 2003)

Isso, obviamente, torna o homeopata muito sensível às iatrogenias. Muito capaz de aventar correlações que não estão ao alcance da Biomedicina por pressupostos fisiopatológicos. Essa sensibilidade nos parece muito importante e louvável, não só para homeopatia, como para toda clínica.

#### - **A eficácia**

Não é nosso propósito discutir profundamente a eficácia. No entanto, como estamos defendendo uma certa proposta para a clínica no SUS, não podemos nos furtar de discutir brevemente o que é afinal, o grande argumento contra a Homeopatia nos meios acadêmicos. Os critérios atualmente aceitos na Biomedicina para definir a eficácia de uma terapêutica são os ensaios clínicos randomizados. Por esse método é muito difícil avaliar a eficácia da homeopatia, porque esse é um método que pressupõe uma certa homogeneidade dos grupos e das classificações diagnósticas da Biomedicina. Pressupostos com os quais a homeopatia não compartilha para realizar sua terapêutica<sup>11</sup>. No entanto, aumenta o número de usuários da homeopatia<sup>12</sup> que apresenta resultados inclusive em patologias consideradas crônicas, como doenças auto-imunes. O BMJ em editorial em março de 2002 apresentou uma breve discussão sobre a questão da eficácia da homeopatia e os ensaios clínicos randomizados, que nos parece relevante:

---

<sup>11</sup> A homeopatia não prescinde dos diagnósticos alopáticos de forma alguma. Mas os utiliza para avaliar os riscos (e decidir quando são necessários outros recursos) e a evolução do paciente, e não para definir a terapêutica homeopática.

<sup>12</sup> lamentavelmente os usuários da homeopatia tendem a aumentar apenas em serviços privados, apesar de experiências pontuais de inserção da homeopatia como especialidade no SUS, como na cidade de Campinas

*Moreover randomisation and blinding of participants substantially distorts the context of homoeopathic prescribing, potentially weakening its effect. If you do not prescribe homoeopathic medicines you will not use the results directly in your practice, so why take any interest in such trials? One reason could be that every year 8.5% of adults in the United Kingdom and 4% in the United States use a homoeopathic medicine.<sup>2</sup> It is also possible to refer patients to homoeopathic specialists in the NHS or refer to general practitioners who prescribe homoeopathically within a practice or primary care trust. The number of such referrals is growing.*

*Most trials of homoeopathy have a different function from those in orthodox medicine: their underlying rationale is to test whether homoeopathic medicines have any clinical effect greater than placebo. Without evidence of such an effect, it is difficult for orthodox clinicians to justify referral to homoeopathic services. The use of randomized controlled trials to test the legitimacy of homoeopathic treatments is the latest chapter in an ideological and scientific struggle between homoeopathy and orthodox medicine going back to the 19th century.<sup>5</sup> The fervors of this struggle is reflected in the 58 electronic responses to another trial of homoeopathy reported in the BMJ.<sup>6</sup> (...)”<sup>13</sup> (Feder, 2002)*

O texto explicita os limites dos métodos hegemônicos da Biomedicina e os diversos interesses que estão em jogo nessa definição de eficácia. O reconhecimento dos limites e implicações dos métodos de pesquisa e dos interesses subjacentes corrobora, indiretamente, a proposta que fizemos para o modelo de clínica ampliada, ao lidar com as teorias, não como verdades absolutas, mas como modelos teóricos e recortes arbitrários do mundo. Evidentemente que essa proposta possibilita aos agraciados com a hegemonia do momento lançarem a dúvida conservadora: mas então tudo vale ? Será o caos? Como definiremos o que é a Verdade? A resposta é: com cuidado e honestidade. O que estamos propondo aqui é a transformação da clínica tradicional a partir de outras contribuições teóricas e da síntese com outras racionalidades médicas. Síntese que, como demonstra BARROS (2000), já acontece na medida em que mais e mais profissionais de saúde

---

<sup>13</sup> ANEXO1

utilizam o melhor de diversas racionalidades para diminuir os riscos das intervenções e aumentar os resultados positivos. Além disso, dentro das dinâmicas dos serviços de Atenção Básica do SUS, principalmente com clientela adscrita e seguimento de longo prazo, é possível um acompanhamento cuidadoso, inclusive com indicadores (vide antiprotocolo) para avaliar todas as intervenções da equipe.

#### - **Homeopatia em Unidade Básica de Saúde**

NETO (1999) discute os resultados clínicos de dois anos de atendimento homeopático no Centro de Saúde Escola “Geraldo Paula Souza”, parte da FSP-USP. O estudo contou com entrevistas com uma amostra de usuários do serviço e procurou fazer uma análise do discurso, construindo o que o autor chamou de Discurso do Sujeito Coletivo, que seria a “compilação de todos os depoimentos onde o autor do trabalho apenas organiza sua apresentação, sem emitir juízo de valor sobre o tema”. Algumas destas compilações nos parecem pertinentes:

9- Você percebeu alguma mudança em sua vida?

R: Este ano foi um ano de revolução, tudo explodiu na minha vida. Na minha casa causou um atrito muito grande, porque eu mudei e mudei muito, as pessoas passaram a comentar que eu passei a fazer coisas que não fazia antes, fiquei mais decida, com coragem, comecei a exigir coisas que eram importantes para mim; antes eu deixava passar muita coisa. Assumi coisas que tinha vontade de fazer e antes não fazia. Tomei estas decisões após o uso do medicamento.

É a postura, sua postura de vida muda, acho que mexe com tudo, com todo o organismo, não só com aquela determinada coisa que se está tratando, você nem espera mas a coisa se manifesta.

Percebi também que o que acontecia em volta de mim foi reflexo de tudo que aconteceu comigo.

(...)A mudança mais importante foi de como me via como pessoa: foi uma mudança interna, muito mais interna, eu acho que essa mudança foi fazendo com que a saúde fosse melhorando. Essa consciência, não sei se corporal, se você como um todo...e sempre buscando uma

mudança, um equilíbrio, porque se você tem alguma coisa é porque você está desequilibrada, então a partir do momento que você começa a tomar contato com você mesma, com seus processos, começa a ter essa consciência e o resultado passa a ser uma melhora da saúde.

(...) toda a vez que ficava nervoso a bronquite me atacava, agora isto não acontece mais.” (NETO, 1999).

Os fragmentos acima demonstram possibilidades que a abordagem homeopática pode oferecer como recurso na Atenção Básica e como contribuição para transformação da clínica tradicional.

### **BREVE DISCUSSÃO SOBRE AS POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES DA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA - MTC**

A MTC não se restringe à acupuntura. Abrange também a Fitoterapia, Massagens, Práticas de Meditação e Meditação em Movimento (Tai Chi Chuan, Lian Gong, Tchi Kung, Tao In, entre outros). Recursos utilizados não só para o tratamento, mas também para a manutenção da saúde.

É interessante notar que o Sistema de Saúde Cubano, que tantas contribuições têm dado aos sistemas de saúde do mundo (no caso do Brasil, uma poderosa referência para a construção do PSF brasileiro), adotou como uma das prioridades estratégicas do sistema, a incorporação da Medicina Tradicional Chinesa:

*También es estratégico para el sistema de salud impulsar la Medicina Tradicional y Natural con todo el rigor científico y aunque se avanza, el objetivo fundamental es tener capacidad de producción local y desarrollar un grupo de técnicas como acupuntura, dígito-puntura, láserterapia, balneoterapia, es decir, un grupo de técnicas que están sustituyendo con más inocuidad el enfoque de la medicina clásica.<sup>14</sup>*

---

<sup>14</sup> PRIORIDADES ESTRATEGICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD CON LA PARTICIPACION SOCIAL Y LA DECISION POLÍTICA: Ítem 4. Desarrollo del Programa de Medicamentos y Medicina Natural y Tradicional”. Disponible em <http://www.dne.sld.cu/minsap/indice.htm> do Ministério da Saúde Cubano, verificado em 14/12/03.

O Modelo Explicativo da MTC costuma ser complexo para o padrão de pensamento ocidental. ROSS (1994) classifica as diferenças entre o pensamento ocidental (leia-se, na Biomedicina) e o pensamento chinês (leia-se, na MTC) em sete grupos mais importantes: *os padrões de mudança, as inter-relações, análise e síntese, YIN e YANG (energia x matéria, mente x corpo), estrutura e função, precisão e ambigüidade, harmonia e desarmonia*. Destacaremos alguns deles.

#### - **Análise e Síntese**

O pensamento ocidental ainda tende a ver eventos ou indivíduos como partículas discretas, muito parecidas com as bolas de uma mesa de bilhar, interagindo somente quando elas se colidem, e não tendo qualquer interpretação ou intercomunicação umas com as outras. (...) o pensamento ocidental tende a ser reduutivo e analítico, ao passo que o pensamento chinês tende a ser sintético e intuitivo. Onde o chinês experimenta a síntese, combinando fenômenos diferentes nos padrões, na sua maior simplicidade, a ciência ocidental tenta reduzir os fenômenos aos seus componentes mais simples, e relatar os componentes de causa e efeito.(...) A aproximação ocidental combina eventos em uma seqüência de tempo linear, ao passo que o chinês pensa em termos da ocorrência simultânea dos diferentes fenômenos que formam um padrão específico. (...)Essa concepção nos seus aspectos negativos, está associada com a tendência geral de separar, parte por parte, a parte do todo, assim os grandes problemas do mundo moderno associam-se com a separação do homem com seu interior, do seu companheiro e da natureza; com a tendência na prática médica de separar o paciente da doença e do seu ambiente. (...) Esta concepção trazida para a Medicina faz o homem como uma máquina, e a trata-lo como tal; vê a doença como uma coisa externa ao paciente “pega por acaso”, que é separável do paciente através do tratamento”. (ROSS, 1994).

A análise crítica que o autor faz da Biomedicina e suas relações com mundo ocidental é, em grande parte, compartilhada por diversas correntes da filosofia e da Saúde Coletiva, que estão presentes nesse trabalho e fazem parte da proposta da clínica ampliada. Nesse sentido, existe mais do que uma sintonia, existe a possibilidade da viabilização

prática para um conjunto de críticas filosóficas aos fundamentos da Biomedicina e da ciência positiva que, no entanto, muitas vezes não se realizam em alternativas terapêuticas reais<sup>15</sup>.

#### - **YIN e YANG**

ROSS (1994) refere-se à tendência ocidental de ver os opostos como absolutos, enquanto que o pensamento na MTC vê o mesmo fenômeno como dois extremos de algo contínuo. Matéria e energia na MTC não são vistas separadas mas, como dois extremos do mesmo movimento. As substâncias, como o sangue e o *TCHI*<sup>16</sup>, teriam componentes mais densos e mais energéticos. A mente e o corpo também seriam aspectos polares em contínua intercomunicação.

#### - **Estrutura e função**

Na Biomedicina, são fundamentais os conceitos de estrutura, de morfologia, de anatomia, de histologia, de bioquímica molecular e genética. A função estaria definida a partir dessas estruturas. Na MTC é muito mais valorizada a função. Os órgãos e vísceras (ZANG e FU, respectivamente) são entendidos a partir das suas funções no corpo e na mente. Os rins, por exemplo, controlam entre outras coisas, a reprodução, o crescimento, a memória remota e a “sabedoria”.

#### - **A Medicina Tradicional Chinesa e ampliação da Clínica**

A partir dessas modestas ponderações, podemos entender porque os diagnósticos na MTC geralmente contemplam pensamentos, emoções e lesões físicas igualmente. Na prática clínica da Atenção Básica, isso pode ser muito importante porque, assim como acontece com a Homeopatia, um conjunto de sintomas “inexplicáveis” para a Biomedicina, pode ser, para o modelo explicativo da MTC, um diagnóstico óbvio, possibilitando uma conduta eficaz.

---

<sup>15</sup> Exemplo: não ajuda muito saber que patologização do climatério é fruto de uma grande sintonia de interesses farmacêuticos e de um momento na cultura ocidental, se quando aparecem sintomas, não existe proposta terapêutica diferente da TRH.

<sup>16</sup> TCHI ou QI a tradução aproximada para o ocidente seria “energia”. Tchi seria a energia vital do corpo. No entanto na concepção chinesa contém aspectos materiais e não materiais (ROSS 1994)

Outra vantagem da MTC é que ela possibilita a intervenção preventiva, reconhecendo sintomas muito sutis, que ainda não são capturáveis em exames de laboratório ou reconhecidos como início de uma patologia pela nossa Medicina. Uma soma de pequenas alterações como a forma ou cobertura da língua, o aumento discreto na frequência urinária noturna, o aumento na transpiração, etc... podem levar a um diagnóstico e uma conduta. A sensibilidade diagnóstica da Medicina Chinesa é muito grande e isso é muito importante na Atenção Básica porque possibilita o diagnóstico, a prevenção e o tratamento, onde a Biomedicina muitas vezes só enxergaria problemas emocionais e somatizações.

Além disso, faz parte da MTC uma série atividades “físicas”, também chamadas de meditação em movimento (CROMPTON, 2002), como Ba-Guá, Tai Chi Chuan, Lion Gong, entre outras, que têm como finalidade promover e manter a saúde. É curioso (embora coerente) que, na percepção do autor, na cidade de Campinas, por exemplo, onde o Lion Gong foi difundido para todas as equipes da rede básica, a atividade tenha tido efeitos positivos não só para os usuários, mas também para os profissionais de saúde, contribuindo para uma diminuição do desgaste e do estresse no trabalho. Na verdade a MTC tem duas ofertas para o Ocidente, muito interessantes: a primeira é que o primeiro paciente do profissional de saúde deve ser ele mesmo. Ou seja, uma lógica de trabalho adoecedora (e as estatísticas de adoecimentos, dependência química e expectativa de vida entre profissionais de saúde não são animadoras) seria, por princípio, incompatível com uma prática curativa realmente efetiva. Essa é uma contradição interessante da Biomedicina, uma vez que entre os médicos parece existir até mesmo um certo orgulho profissional em relação a capacidade de suportar jornadas de trabalho extenuantes (plantões de 24h por exemplo !!!). Os motivos que fazem a MTC acreditar que um profissional doente, exausto, ou desequilibrado pode adoecer mais do que curar, dizem respeito à existência, no processo curativo, de algo que ela chama de “troca de energia” entre o profissional e o paciente. No entanto, não é preciso acreditar na teoria da MTC para acreditar na hipótese de que profissionais desgastados e doentes podem produzir muitos danos. Entre outros, o próprio Modelo de Análise da Clínica que discutimos neste trabalho poderia sustentar a hipótese. De todo o modo, a oferta de técnicas de manutenção da saúde



para os profissionais podem ser dispositivos muito interessantes para a transformação da clínica.

A idéia de que várias partes do corpo, como orelha, sola do pé, crânio, mão entre outras, podem representar o corpo todo, possibilitou que a MTC produzisse técnicas de intervenção específicas para cada área do corpo, como a reflexologia (massagem nos pés) e a auriculoterapia (orelha), que têm baixíssimo risco. Fora do SUS, as corporações de profissionais estão disputando em instâncias judiciais e legislativas o acesso (ou a exclusividade) aos mercados. Dentro do SUS a valorização do trabalho de equipe e a responsabilização coletiva têm possibilitado que diversas prefeituras (como São Paulo e Campinas) iniciem projetos de qualificação de diversos profissionais com finalidade de aumentar os recursos terapêuticos das equipes. É interessante notar que dentro do SUS, em uma dinâmica de equipe, adscrição de clientela e responsabilização coletiva, o discurso médico corporativo de que os outros profissionais (como enfermeiros e fisioterapeutas) executando atividades de acupuntura, representariam um risco à saúde da população, fica ainda mais frágil, uma vez que é a equipe, e não um ou outro profissional, quem define o projeto terapêutico. Mais adiante, quando discutirmos o Antiprotocolo e a Reunião de Equipe, veremos o quanto essa pretensa onipotência de um ou outro saber profissional não se justifica diante das dificuldades e complexidade dos desafios da Atenção Básica.

Alguns dos casos ilustram superficialmente como a acupuntura é capaz de fazer intervenções eficazes, às vezes de forma absolutamente surpreendente.

C.A., 20 anos chega à Unidade de Pronto-atendimento queixando-se de forte dor no peito, choro incontrolável e dificuldade para respirar. Conta que é mãe de uma criança de um ano e que está separada do marido. Diz que eles decidiram voltar mas “as famílias não deixam”. Diz-se com depressão, mas não consegue consulta com o psiquiatra. Em função da quantidade de pessoas que aguardam atendimento, não é possível para o médico fazer acupuntura. Rapidamente, algumas sementes de mostarda são coladas com microporo à orelha da paciente, que senta-se em frente ao consultório e inicia uma auto-massagem sobre os pontos auriculares. Após 15 minutos, a paciente está sem sintomas e vai para casa.(Unidade de Pronto Atendimento – Mogi-Mirim/SP)

A paciente de 53 anos chega à Unidade de Pronto-atendimento carregada e gritando de dor lombar que se irradia para as pernas. Está há cinco dias com dores, tendo sido medicada com diversos AINE (Anti-Inflamatórios Não Hormonais), sem melhora. Queixou-se no entanto, de que o estômago começara a doer. A paciente é colocada de bruços sobre a maca e são colocadas agulhas de acupuntura, com o consentimento absolutamente descrente da paciente, que se queixa bastante de dor, tanto na localização dos pontos, quanto na inserção das agulhas. Trinta minutos depois, a paciente está indo para casa andando normalmente. (Unidade de Pronto-atendimento – Mogi-Mirim/SP)

A jovem de 25 anos chega junto com o marido, queixando-se de náuseas e vômitos, com piora há dois dias. O exame de sangue apresentado confirma gestação de cerca de dois meses. A paciente não iniciou pré-natal. Perguntada se gostaria de tratar com acupuntura, ela se recusa por medo das agulhas. É feita então auriculoterapia e solicita-se à paciente que faça a auto-massagem por 15 minutos. Após a massagem os sintomas desaparecem e a paciente vai para casa com orientação de manter a massagem periodicamente. (Unidade de Pronto-atendimento – Mogi-Mirim/SP)

Paciente de 40 anos, casada, professora primária, sem filhos. Apresenta Hemorragia Uterina Disfuncional há 10 anos. Tem diagnóstico de miomatose com nodulação medindo cerca de 15 cm de diâmetro na ultrassonografia. Fez tratamento com acupuntura durante seis meses, com diminuição do tamanho do mioma. Mas parou em decorrência da distância que tinha que percorrer para realizar o tratamento. Há três ou quatro meses tem passado a maior parte do mês com sangramento. “Alguns dias é tão intenso que transborda os absorvente”, fato que a deixa permanentemente estressada. O sangramento piora toda vez que passa algum estresse. Apresenta também escotomas, fraqueza, palpitações, episódios de sudorese noturna, palidez, labilidade emocional e alterações do sono. A paciente se recusou sistematicamente durante os últimos anos a fazer histerectomia, proposta recorrente de todos os ginecologistas que passou. Conta que a recusa deve-se ao fato de não ter desistido totalmente da idéia de ter filhos (apesar dos riscos a idade, que diz

conhecer bem), e por não acreditar que arrancar um órgão seja exatamente uma cura.

A paciente inicia um intenso tratamento com fitoterapia (fórmulas magistrais) e acupuntura, que se prolonga por um ano. O sangramento é controlado, reduzido à menstruação normal, agora regularizada. Os sintomas secundários desapareceram. A paciente recupera a energia vital e a disposição (ao ponto de dispensar os óculos de leitura – exceto nos dias da menstruação). O mioma reduziu mais 01 cm no diâmetro. (Campinas-SP)

## **A HOMEOPATIA E A MTC NA ATENÇÃO BÁSICA COMO ESTRATÉGIA PARA A CLÍNICA AMPLIADA**

Defendemos que se reconheçam os limites metodológicos, os interesses e as dificuldades de se obter um consenso estritamente acadêmico da validade das terapêuticas ditas integrativas (ou complementares) e que se articule um debate na sociedade com vistas a se obter uma política para a Atenção Básica que supere estas dificuldades metodológicas de definição de eficácia, em direção à maior qualidade do SUS e facilitação da construção da clínica ampliada. Já nos referimos, nessa dissertação, ao fato de que tanto o acesso a algumas tecnologias de saúde, quanto a falta, podem causar danos. Não queremos, portanto, defender que o padrão de “consumo em saúde” das classes mais favorecidas deva ser o parâmetro para o SUS, sob pena de produzir muita iatrogenia. No entanto, em relação às práticas integrativas, que são em geral de baixíssimo risco, acreditamos que é necessário que o SUS tenha uma política que evite uma equação profundamente deslegitimadora, qual seja: a de permitir a pluralidade terapêutica para os ricos (fora do SUS), enquanto que aos pobres sobrar o rigor (e os limites) da ciência cartesiana.

Sem discordar das propostas do editor do BMJ em relação à necessidade de se construir estudos mais adequados, mas também sem esperar que a “raposa faça a cerca do galinheiro”, defendemos a incorporação da Homeopatia e da MTC pelos profissionais da Atenção Básica, levando em conta os seguintes ponderações:

- 1- A clínica tradicional tem extrema dificuldade em ser eficaz e grande facilidade de ser iatrogênica na Atenção Básica, como vimos em capítulos anteriores.
- 2- A homeopatia e a MTC apresentam um modelo de compreensão do Sujeito doente e do processo terapêutico Amplo (inclui ‘aspectos’ além do biológico), potencialmente mais emancipadores do Sujeito (desde a consulta até o processo de terapêutico) e com menos risco de iatrogenias.
- 3- O modelo de atenção com clientela adscrita induz um profissional de saúde com um perfil híbrido e, portanto, capaz de avaliar em conjunto com o paciente o custo-benefício das opções terapêuticas, evitando riscos desnecessários.
- 4- O modelo de atenção com clientela adscrita implica no seguimento de longo prazo, tipo de abordagem que é constitutiva da homeopatia e bastante importante na MTC.
- 5- O custo da intervenção homeopática e da MTC é baixíssimo, quando comparado ao das intervenções da Biomedicina, e os riscos pequenos, principalmente no modelo de atenção em construção no SUS.

A nossa proposta para Homeopatia e a MTC na Atenção Básica é de sua incorporação, não como mais uma especialidade, mas como mais um recurso para o profissional generalista. O profissional que imaginamos é o profissional híbrido (BARROS, 2000), capaz de colocar o projeto terapêutico do paciente no primeiro plano e ponderar junto com ele riscos e benefícios. Escolhendo assim o melhor caminho terapêutico em cada momento. Trata-se de uma postura muito diferente do especialista, que, por princípio contratual vai atender somente aqueles que aceitarem o seu referencial teórico e a sua proposta terapêutica. O profissional que imaginamos vai escolher um ou outro caminho, dependendo não somente da sua vontade, mas também da vontade e do momento do paciente. Sendo inclusive possível associar terapêuticas.

É necessário lembrar que médicos homeopatas e acupunturistas, muitas vezes reclamam do “setting” adequado. Ou seja, não seria possível praticar homeopatia sem o tempo mínimo de uma ou duas horas para cada consulta, o que seria impossível na unidade básica do SUS, local em que ocorreriam interrupções da consulta e existiria uma demanda estruturada da população por alopatia e, muitas vezes, por pronto-atendimento. A experiência de que participamos como médico generalista em uma equipe de Saúde da Família e o próprio conceito de profissional híbrido, nos autorizam a propor que isso só seria verdade se imaginarmos uma Atenção Básica sem adscrição de clientela. Na verdade, mesmo dentro do modelo da Biomedicina, existe a necessidade de modular (e não extinguir) as interrupções das consultas. Além disso, na medida em que o médico se coloca, ao longo do tempo, em contato com uma população fixa, mesmo em encontros curtos, é possível acumular as informações necessárias ao diagnóstico homeopático ou da MTC, desde que nesses encontros não haja um excessivo direcionamento pelos filtros alopatícos. De qualquer forma, tanto a Medicina Chinesa (principalmente a Acupuntura), quanto a Homeopatia, possuem terapêuticas mais sintomáticas, que podem não garantir uma eficácia plena dentro das potencialidades da racionalidade, mas são muitas vezes de efeito mais rápido e bem menos iatrogênico do que a proposta similar da Biomedicina. Por exemplo, o tratamento da dor lombar aguda com acupuntura ou a facilitação de um luto familiar com uma medicação homeopática. É preciso dizer também que essas críticas corporativas muito provavelmente refletem conflitos de interesses, e pressupõem equipes na Atenção Básica com um grau de desestruturação que não possibilitaria sequer a preservação de espaços na agenda dos profissionais para atendimentos especiais (com mais tempo de consulta, necessários não somente para acupuntura ou homeopatia mas também para diversas outras intervenções), parecendo pouco interessadas em que realmente a Atenção Básica se transforme.

A nossa experiência como médico generalista apontou a possibilidade de que essa seja uma proposta viável. As nossas investigações teóricas sobre a clínica ampliada nos autorizam a imaginar que seja possível.

No plano político, é possível criar políticas de incentivo para os municípios facilitarem ou promoverem a formação de profissionais generalistas em homeopatia ou MTC, e/ou valorizarem aqueles que dispõem de mais esse recurso. O impacto na qualidade da clínica médica e na eficácia do serviço nos parece muito grande.

Por outro lado, seguindo a mesma linha de raciocínio, a incorporação de outras racionalidades no currículo dos profissionais de saúde, parece-nos também muito interessante. Não na forma de disciplinas teóricas, mas disciplinas práticas. Não há nenhum motivo para que um oftalmologista não saiba um conjunto de receitas para tratar glaucoma com acupuntura, por exemplo. A maior dificuldade nos parece ser novamente os interesses corporativos de especialidade, que, seja ela qual for, sempre repudia a idéia de difusão de conhecimentos da especialidade para o profissional generalista, ou outro profissional. Desse modo, os ginecologistas tendem a dizer que somente eles podem fazer exames e procedimentos ginecológicos, assim como os psicólogos e psiquiatras podem defender que toda problemática da subjetividade lhes diz respeito exclusivamente. Portanto, não é uma dificuldade nova. Mas o fato é que boa parte das racionalidades médicas (e das especialidades) tem níveis de complexidade que possibilitam que uma grande parte de atividades possam ser feitas por não especialistas. Então, é possível que um profissional saiba um pouco de homeopatia e isso lhe possibilite agir sobre alguns casos que considere mais adequado na sua população adscrita. Assim como é possível que um profissional médico, ou enfermeiro, ou fisioterapeuta saiba, ao menos, condutas básicas de acupuntura para os problemas mais freqüentes, que o levará, por exemplo, a praticar auriculoterapia, colando sementes de mostarda em pontos específicos da orelha dos pacientes. Sem atuar, inicialmente, com toda a potencialidade da racionalidade, mas certamente com uma ampliação da clínica tradicional.

## **B5- A Gestão para a Clínica Ampliada**

Índice:

-A Gestão e a Clínica

-protocolos, programação em saúde e medicina baseada em evidências.

**-produzindo uma proposta alternativa**

**-antiprotocolo uma proposta Paidéia**

-o antiprotocolo – breve discussão dos aspectos essenciais

I- diagnóstico dos problemas e indicadores

grandes números e pequenos números

adscrição de clientela e diagnóstico

II- diretrizes simplificadas para clínica ampliada

sugestões para diminuir a resistência ao tratamento.

sugestões para tentar evitar hipocondria e hiper medicação (iatrogenias)

*Reflexões sobre a clínica ampliada e o tabagismo*

III- definindo o cardápio de recursos das equipes e lidando com saberes

sujeitos, saberes e antiprotocolo: uma pequena reflexão.

alguns dos recursos importantes para as equipes no antiprotocolo.

- 1- Reunião de equipe
- 2- O projeto terapêutico singular – PTS
- 3- Superando os filtros: uma anamnese para a clínica ampliada
- 4- A Visita Domiciliar

### **A gestão e a Clínica**

Como já dissemos no início deste trabalho, a área de Planejamento e Gestão em Saúde no Brasil acumulou uma sólida reflexão sobre o trabalho em saúde. É de dentro deste campo de reflexão e a partir dos limites encontrados à transformação da clínica no SUS que surge a proposta de Clínica Ampliada (CAMPOS, 1997b). Portanto, existe um grande caminho percorrido no que diz respeito a modelos de atenção e de gestão. Particularmente compartilhamos neste trabalho das reflexões sobre a co-gestão de coletivos (Método da Roda – CAMPOS, 2000) e as reflexões sobre o trabalho em Saúde (MERHY, 2000). Portanto as reflexões e propostas que se seguem não são inovadoras do ponto de vista da Gestão em Saúde, mas sim complementares e decorrentes. Do ponto de vista do Modelo de Análise da Clínica, a Gestão é uma força Universal, externa aos Sujeitos. Trata-se de reconhecê-la como tal e de criar, através dela, possibilidades para que os Sujeitos possam perceber as diversas forças internas e externas que atuam sobre eles e, dessa forma, tenham maior possibilidade de realizar uma clínica ampliada. Estaremos, portanto, dedicando grande atenção aos dispositivos gerenciais que possibilitem um “aumento da capacidade de análise” (CAMPOS, 2000) das equipes da Atenção Básica. Os Saberes, como um tema que ao mesmo tempo é produtor de valores de uso (resultados) e de Sujeitos, têm um papel central nesse debate.

É interessante lembrar que algumas categorias de análise nos parecem tão essenciais na Clínica quanto na Gestão. Por exemplo: Sujeito, Saber e Poder. Tanto na Clínica quanto na Gestão lida-se com polaridades: trabalhar COM as pessoas OU APESAR das pessoas? Com a intenção de dividir ou acumular Poderes (simbólicos, técnicos etc...)? De respeitar (valorizar), mais ou menos, a autonomia dos Sujeitos (trabalhadores e pacientes)? De reconhecer limites ou mistificar os saberes? Tanto a clínica quanto a gestão



não podem desconhecer que lidam com essas polaridades. Além disso, a própria Gestão, com maior ou menor autonomia, seja do trabalho ou da Vida, pode ser adocedora ou terapêutica (PAIDÉIA - CAMPOS, 2000). Portanto, do ponto de vista que adotamos e no caminho que trilhamos, pensar a gestão para a clínica ampliada é natural.

Para exemplificar a relação entre Modelo de Gestão e Clínica, podemos lembrar o estudo de CAMPBELL (2001): “Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study” na Atenção Básica do NHS britânico:

*Quality of care varies for both clinical care and assessments by patients of access and interpersonal care. Practices with longer booking intervals provide better management of chronic disease; preventive care is less good in practices in deprived areas.*

*No single type of practice has a monopoly on high quality care, small practices provide better access but poorer diabetes care. GOOD TEAM CLIMATE reported by staff is associated with a range of aspects of high quality care.*

*Finally, team climate was associated with quality of care for diabetes care, access to care, continuity of care, and overall satisfaction. CAMPBELL (2001)*

Destacamos o fato de que o clima na equipe (“team climate”) está associado ao melhor resultado na atenção de forma transversal: aos diabéticos, no acesso, na continuidade e na satisfação geral, independente de outras variáveis. O Modelo de Gestão do trabalho é seguramente um fator importante na sua determinação. Para dizer o mínimo, uma lógica gerencial que sufoca os conflitos da equipe com a hierarquia, tende a comprometer o “clima” da equipe de forma definitiva. Esse estudo reforça a nossa percepção de que o modelo de gestão e a capacidade de uma equipe de Atenção Básica de responder aos desafios singulares da clínica na Atenção Básica, podem ter uma relação muito importante. Evidentemente que é possível uma clínica ampliada num espaço gerencial vertical, e vice-versa: uma clínica tradicional num espaço co-gerenciado e que estimule a clínica ampliada. Como já discutimos anteriormente, o Sujeito nunca é totalmente capturado por forças externas. No entanto, acreditamos que a clínica tradicional,

centrada em procedimentos, adequa-se melhor a uma gestão tradicional, mais próxima ao pólo do controle do que da autonomia. Privilegiar um equilíbrio (dinâmico) entre autonomia e controle, objetividade e subjetividade, criação e reprodução, benefícios e danos, tanto na relação clínica quanto gerencial, é um objetivo das reflexões que seguem. Faremos, inicialmente uma breve reflexão crítica sobre algumas ferramentas tradicionais de gestão da clínica: os protocolos, a Programação em Saúde e a Medicina Baseada em Evidências.

### **PROTOSCOLOS, PROGRAMACÃO EM SAÚDE E MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS**

Os protocolos e “guidelines” são ferramentas de gestão altamente respeitadas. Geralmente são confeccionados por grupos de especialistas que produzem o consenso do momento quanto a determinada patologia. Infelizmente existe uma mistificação acentuada dessa ferramenta, que provoca um uso indevido. Em primeiro lugar, gerencialmente os protocolos tendem a provocar trabalho alienado. Um exemplo é a aplicação de nitrato de prata (a 1%) nos olhos dos recém nascidos imediatamente após o parto. Apesar da eficácia no controle de conjuntivite gonocócica em crianças nascidas pelo parto vaginal, o remédio passou a ser aplicado indistintamente (em muitos hospitais) em crianças nascidas de parto normal ou cesárea, como se houvesse possibilidade de contaminação também no parto cesárea. Na verdade, na medida em que o tratamento foi incorporado à rotina, muitos trabalhadores esqueceram-se do motivo da sua prescrição e passaram a executar o procedimento de forma acrítica. Se essa alienação tem conseqüências graves até mesmo para a saúde mental do trabalhador, do ponto de vista da eficácia clínica isso significa um claro limite: a implantação de protocolos vai ser tanto mais eficaz (e menos sujeita a danos da ignorância intrínseca) quanto menos variáveis houver no problema e quanto mais relevante for o plano biológico. Ou seja, tende a ser ótimo para situações de urgência e emergência (ou doenças muito graves), mas tende a ser mais limitado para situações complexas e doenças crônicas.

No campo da Saúde Pública, a Programação em Saúde é uma ferramenta de gestão do trabalho e de direcionamento da clínica que, apesar dos aspectos positivos que ainda hoje se podem extrair dessa proposta, é altamente prescritiva e afinada com a

centralidade do aspecto biológico e imutabilidade dos Sujeitos (coortes de pacientes classificadas com o dito diagnóstico). Na prática, produziu nas equipes de unidades básicas cardápios fixos para suas coortes de pacientes (exemplo: toda quinta à tarde, para todo o sempre haverá grupos de hipertensos. Todo hipertenso deve fazer uma consulta de enfermagem a cada 40 dias e uma consulta médica a cada dois meses...). Essa agenda fixa acaba pressupondo que as mesmas coortes são impermeáveis às intervenções e que não mudam nunca, permanecendo sempre com as mesmas necessidades de atenção e, conseqüentemente, com o mesmo cardápio de recursos. O caráter restritivo ao acesso, que a Programação em Saúde acabou imprimindo em boa parte da Atenção Básica em que foi implementada, possibilitando que as equipes, a partir de um referencial exclusivamente epidemiológico, definissem quais necessidades de saúde eram prioritárias, já foi criticado por CAMPOS (1991). Apesar disso, a idéia de que existe um cardápio ótimo para a Atenção Básica parece estar ainda implícita em boa parte dos trabalhadores de saúde. É como se automaticamente a realização de um determinado conjunto de ações implicasse na excelência do resultado. Aí vem a ladainha, que inúmeros gestores repetem *ad nauseum*: territorialização, grupos, visitas domiciliares, planejamento estratégico, consultas disso e daquilo. Evidentemente, não estamos aqui para negar que as unidades básicas que realizam essas ações possam ser melhores do que aquelas que realizam por exemplo, apenas consultas. No entanto, parece-nos bastante danosa a idéia subjacente de que os Sujeitos coletivos (e os trabalhadores) sejam estáveis no tempo e imunes às intervenções da equipe, ao ponto de que ela não tenha que fazer avaliações constantes no seu cardápio de recursos e respectivos impactos. Quanto à atenção individual, parece-nos que a Programação em Saúde utiliza os protocolos na sua forma mais tradicional.

Por outro lado, existe a chamada MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS (MBE). Parece-nos que a M.B.E. tem o aspecto positivo de admitir a hipótese de que o simples diagnóstico de uma patologia não é suficiente para garantir eficácia de uma conduta terapêutica (DUNCAN e SHMIDT, 1996). Haveria a necessidade de amparar as decisões em estudos (geralmente metaanálise) que possibilitassem decisões clínicas fundamentadas. No entanto, STARFIELD (2002) afirma que a maioria das evidências usadas para apoiar a MBE vem de populações não representativas e altamente selecionadas.

Assim muitos dos achados clínicos controlados, aleatórios não são generalizáveis para a prática comum com vários tipos de população porque as condições a serem preenchidas no estudo não são aplicáveis (STARFIELD, 2002: 463).

A autora lembra também que

embora milhares de diretrizes tenham sido desenvolvidas por muitos grupos profissionais, normativos e de pesquisa, muitas vezes eles são inconsistentes entre si mesmo, indicando assim a imperfeição na qual são baseadas (STARFIELD, 2003: 462).

Somemos a essas observações todos os limites atuais que apontamos aos estudos epidemiológicos (regressão à média, conflito de interesses...) e o fato de que as decisões terapêuticas na clínica ocorrem na relação entre Sujeitos (profissional e paciente) imersos em forças de diversas naturezas, para concluir que a M.B.E. é mais uma ferramenta da epidemiologia clínica que os profissionais da Atenção Básica deverão utilizar com as devidas reservas e críticas, mas que não dá conta de responder à singularidade de cada situação apresentada na Atenção Básica.

Resumindo, os protocolos mais típicos, a programação em saúde e a medicina baseada em evidências têm em comum uma certa pretensão totalizante que os tornam reforçadores de uma arrogância e de uma ausência de diálogo na clínica que nos parece, por hora, um obstáculo dos mais graves à ampliação da clínica e à qualidade da Atenção Básica. O que não significa que, assumindo estas ressalvas, não se possa fazer bom uso das suas contribuições.

### **PRODUZINDO UMA PROPOSTA ALTERNATIVA**

O compromisso com a construção da clínica ampliada na Atenção Básica, nos obriga a pensar instrumentos diferentes para a gestão . CAMPOS (1997) propõe que a gestão lide com dois pólos: controle x autonomia. STARFIELD (2002), referindo-se à Atenção Básica, destaca que “um dos principais desafios para o treinamento clínico está na incorporação dos componentes que estimulam o desenvolvimento de habilidades de auto-avaliação” (STARFIELD 2002: 464). Ou seja, é necessário que haja uma autonomia relativa das equipes na Atenção Básica e que essa autonomia se sustente sobre alguns parâmetros, de auto-avaliação e avaliação externa.

STARFIELD (2002) afirma a respeito da avaliação da qualidade da clínica na Atenção Básica, que existe um movimento de mudança de enfoque, que era inicialmente sobre as características estruturais e do desempenho, para um enfoque sobre os resultados da atenção. O que significa envolver médicos na revisão de seu próprio desempenho. No Brasil, na medida em que estamos nos referindo a um sistema público; e na medida em o SUS tem valorizado a adscrição de clientela e a ampliação da equipe de saúde com os Agentes Comunitários, nos parece que estamos em condições mais favoráveis para resolver os desafios que as avaliações por resultados trazem consigo, criando ferramentas de avaliação de desempenho não só para o médico, mas para a equipe. A esse respeito, STARFIELD (2003) afirma que o

sucesso dependerá muito do movimento para o desenvolvimento de métodos para obter informações de sistemas baseados na prática das próprias pessoas, e, por último, dos sistemas de informação comunitários que capacitem as unidades de saúde a irem de um enfoque estritamente sobre o paciente, para um enfoque populacional (idem p.472).

É justamente nesse desafio que a idéia de ANTIPROTOCOLO que veremos a seguir se encaixa. Além disso, parece-nos de importância estratégica no SUS acumular instrumentos de gestão que rompam com a fragmentação das categorias profissionais e reconheçam a equipe como um Sujeito coletivo, incluindo novos atores como o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e os Dentistas.

### **ANTIPROTOCOLO UMA PROPOSTA PAIDÉIA**

O autor participou do processo de construção coletiva do antiprotocolo. Muitos dos temas e conceitos discutidos neste trabalho estão presentes no antiprotocolo de uma forma didática e resultante do diálogo com as equipes da Atenção Básica e especialistas. O antiprotocolo é resultado coletivo da mediação entre a teoria da clínica ampliada e da co-gestão com uma realidade singular do SUS, em uma cidade em processo de transformação do seu modelo de atenção e de gestão na Atenção Básica. Além disso trata-se de uma ferramenta de gestão totalmente construída para a ATENÇÃO BÁSICA. Apresentaremos aspectos que nos parecem relevantes para o tema da Clínica Ampliada e

não abordaremos os aspectos tradicionais do instrumento, que inclui em cada tema os protocolos tradicionais.

A idéia de ANTIPROTOCOLO surgiu na Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Campinas entre 2002 e 2003, a partir da demanda de dois atores: os profissionais (médicos e enfermeiros) que estavam em processo de formação como generalistas e reivindicavam protocolos tradicionais, que pudessem trazer soluções para os desafios de qualidade de intervenção que o modelo PAIDÉIA propunha. E por outro lado, de uma demanda do nível central da SMS em direção à qualificação técnica do atendimento clínico por parte das equipes de SAÚDE DA FAMÍLIA - PAIDÉIA. O projeto PAIDÉIA inclui a proposta de CO-GESTÃO do trabalho e de qualificação da clínica em direção a uma clínica dos Sujeitos. Nesse sentido, o PROTOCOLO tradicional apresentava alguns problemas:

- Em primeiro, lugar havia muitos protocolos e *guidelines* disponíveis, inclusive produzidos na própria rede municipal que não logravam um impacto aceitável nos resultados das equipes.
- Em segundo lugar, os protocolos herdavam da instituição hospitalar o princípio de que o aspecto biológico do Sujeito doente é o mais relevante para o sucesso do tratamento. Ou seja, uma vez classificado o Sujeito como diabético, bastaria seguir corretamente as instruções de exames e medicações que, automaticamente, obter-se-ia um ótimo resultado. Por tudo que discutimos até aqui, e por tudo que se discutia na Rede Básica de Campinas, sabemos que isso não é suficiente.
- Em terceiro, os protocolos tradicionais trazem como herança dos seus pressupostos de simplicidade e imutabilidade da realidade, uma inexorável desresponsabilização dos trabalhadores. Ou seja, como as decisões estão tomadas *a priori* para situações sempre iguais, não cabe aos trabalhadores refletirem e ponderarem sobre a conveniência de uma certa proposta em uma dada situação singular, nunca prevista em toda sua riqueza pelo protocolo. No modelo PSF-PAIDÉIA a responsabilização e a co-gestão eram justamente um dos objetivos do projeto.

- E, por último, muitas das equipes do PROJETO PAIDÉIA, ao se debruçarem sobre os desafios da qualidade da atenção e utilizarem os princípios da co-gestão, desenvolveram uma certa dinâmica de trabalho em que as decisões sobre quais recursos, como e quando utilizar, eram tomadas de forma coletiva, em processos de avaliação, decisão e nova avaliação de acordo com o impacto. O processo que parecia muito produtivo e realizador para os trabalhadores, incluía critérios de avaliação e recursos de origens distintas, na definição do cardápio da equipe. Pareceu-nos também que era necessário que o PROTOCOLO contemplasse essas equipes, tanto respeitando a autonomia, quanto contribuindo para enriquecer o processo de trabalho.

A partir dessa demanda e sobre esses pressupostos, iniciou-se, sobre alguns temas escolhidos, um processo de discussão envolvendo tanto membros das equipes da rede básica (agentes comunitários de saúde - ACS, médicos e enfermeiros generalistas) quanto especialistas relativos a cada tema.

### **O ANTIPROTOCOLO – BREVE DISCUSSÃO DOS ASPECTOS ESSENCIAIS**

O antiprotocolo é uma oferta gerencial às equipes de Atenção Básica com clientela adscrita. Mas, pode ser entendido também como um método de trabalho das equipes na Atenção Básica. É composto de três movimentos: o diagnóstico (indicadores), a escolha dos recursos possíveis e a assimilação das diretrizes para clínica ampliada na Atenção Básica.

*O DIAGNÓSTICO / INDICADORES* compõem-se da análise da situação e da construção-sugestão de indicadores para que a equipe possa avaliar os resultados da sua forma de trabalhar e analisar um problema. Supõem dois pré-requisitos: adscrição da clientela e controle de informações pelo ACS e pela equipe. A equipe escolhe dentre os indicadores sugeridos os mais adequados em cada momento. A idéia da necessidade de diagnósticos supõe mudança. Ou seja, paciente e grupos de pacientes vão criando autonomia e desenvolvendo um modo próprio de andar na vida. E mudam com, ou apesar,

da intervenção da equipe. A partir do amadurecimento dessas relações, as necessidades em saúde vão se modificando. O diagnóstico deve perceber essas mudanças e adequar o cardápio de recursos utilizados pela equipe.

*Os RECURSOS POSSÍVEIS* compõem todos os conhecimentos e atividades individuais ou coletivas, de construção de vínculo, coleta de informações, atividades de grupo e atendimento clínico, que podem compor um cardápio de uma equipe para atuar em determinado momento com sua clientela. Diz respeito ao que fazer e ao como fazer coletivo.

*As DIRETRIZES PARA CLÍNICA AMPLIADA*, embora também possam ser consideradas um recurso teórico, foram destacadas porque contêm elementos potencializadores da capacidade de análise da equipe e moduladores do movimento diagnóstico e escolha dos recursos.

No caso específico do projeto PAIDÉIA-PSF, o antiprotocolo está centrado em patologias, como HAS, LER/DORT, DIABETE, ONCOLOGIA E TABAGISMO. Seria possível oferecer às equipes apenas a lógica de funcionamento para ser aplicada em qualquer problema de saúde (diagnóstico-indicadores, escolha de recursos e clínica ampliada). No entanto, existia tanto uma certa expectativa de resolver doenças com protocolos, quanto a presença hegemônica da concepção de que a doença (e não o Sujeito) são o objetivo central da atenção. Embora o antiprotocolo, na sua versão final, apresente aspectos comuns a todos os temas, essa opção de fazer protocolos por doenças pareceu-nos possibilitar a maior condição de diálogo com as equipes. Por outro lado, no processo de discussão, principalmente com especialistas, o confronto de abordagens resultou em grande aprendizado e exercício de aceitação de diferenças tanto em propostas terapêuticas, quanto em concepções sobre doenças e problemas de saúde. O objetivo não foi produzir consensos terapêuticos, mas antes, mostrar que existe uma pluralidade de caminhos que podem ser trilhados, desde que haja um certo cuidado com os resultados e um diálogo com os Sujeitos doentes. O antiprotocolo de tabagismo, por exemplo, teve que congrega abordagens absolutamente comportamentais, patrocinadas por alguns profissionais que, em relação ao espaço de autonomia dos Sujeitos, estão bastante distantes da clínica ampliada (o Sujeito muitas vezes é definido implicitamente como pouco mais que um amontoado de nervos e



neurotransmissores, que estão sob ação de drogas, para a dependência e para a intervenção); e que defendiam a validade de propostas coercitivas (como demissão ou não contratação de tabagistas, entre outras). No entanto, o antiprotocolo logra incorporar propostas comportamentais, sem abrir mão do seu compromisso com a clínica ampliada.

O índice do antiprotocolo<sup>17</sup> pode dar uma idéia da diversidade de conteúdos (Anexo 1).

Abordaremos, daqui em diante, os três principais movimentos do antiprotocolo:

## **I- DIAGNÓSTICO DOS PROBLEMAS E INDICADORES**

Para o Método da Roda, portanto, desde o começo se analisa. Inicia-se um processo selecionando e interpretando informações sobre algum Tema, sejam estas informações dados objetivos, sintomas ou símbolos conforme as classificou Jakobson (1999). Depois, caso não se resvale para conclusões de estilo transcendental (dogmáticas ou definitivas), pode-se reconhecer a necessidade da coleta de novas informações. Assim, para o Método, a análise antecede e torna o diagnóstico possível. No começo já há alguma análise e escolha prévia, sem o que não se teria eleito aquele Tema (ou problema) e recolhido toda uma série de informações. Convém reconhecer explicitamente essa precedência. Convém porque, admitindo que assim funcionam os Coletivos, torna-se possível criar condições para que se comece uma tarefa analisando. E isto representa outra ruptura com a racionalidade gerencial hegemônica, que recomenda primeiro a elaboração de diagnóstico (planejamento normativo); ou, primeiro, a eleição de problemas; e depois a sua descrição e explicação. Isto tanto para a gestão estratégica como para a qualidade total (CAMPOS, 2000)

Em geral, os protocolos tradicionais trabalham cada doença como se fosse a única atividade da equipe de saúde, produzindo uma esquizofrenia que acaba por se traduzir em frustração da equipe, que fica com sensação de que nunca é possível trabalhar tão bem quanto propõem os especialistas. Aqui tomamos emprestadas algumas considerações do

---

<sup>17</sup> Disponível no site da internet da SMS - CAMPINAS.

“Método da Roda” para dizer que a escolha de um tema, sua análise e definição de prioridade passam pela equipe. Dizemos passa porque nenhuma equipe é uma ilha. Não se trata de auto-gestão, mas de co-gestão. Ou seja, as demandas (e limites) institucionais, dos usuários e da equipe, entram na definição das prioridades e escolha do tema. Portanto, a eleição de temas prioritários, o diagnóstico-análise da situação e a escolha de indicadores fazem parte do processo de co-gestão da equipe. Além disso, não existe uma precedência absoluta do diagnóstico para a reflexão e para ação. O diagnóstico da situação e a escolha de parâmetros (indicadores) devem ser feitos de acordo com as necessidades dos usuários e de acordo com as possibilidades da equipe, direcionados para a ação. Portanto, a lista de sugestões de indicadores sugeridas para cada tema, é uma referência para as escolhas da equipe. Na prática, isso significa que em uma equipe que não consegue, por exemplo, se reunir, pode adotar esse fato como indicador do processo de trabalho. Se não tem clientela adscrita, esse pode ser outro indicador. Se, ainda assim, precisa avaliar o impacto das suas ações em relação à hipertensão, pode avaliar o número de hipertensos descontrolados que chegam à unidade por semana. Ou seja, as equipes e a clientela estão em movimento e a melhor escolha do indicador é a que possibilita a evolução da equipe.

### **GRANDES NÚMEROS E PEQUENOS NÚMEROS**

É muito importante que a equipe diferencie os dados do cotidiano, dos dados do município. Acontece que indicadores baseados em eventos raros só são passíveis de análise para grandes populações ou como evento sentinela. Exemplo: mortalidade infantil. É um dado fundamental, mas nenhuma equipe pode utilizá-lo para avaliar o resultado de seu trabalho, exceto a longo prazo e se o indicador for desagregado para o microterritório em que a equipe atua.

A chamada epidemiologia de serviços (DRUMMOND, 2003) pode auxiliar na utilização das ferramentas da epidemiologia de uma forma mais direcionada para ação e menos direcionada para os estudos epidemiológicos.

Existe um ditado que diz: “tem gente que prefere olhar na tela do computador do que olhar pela janela”. Ou seja, não é necessário, quando existe a divisão por microárea de cada ACS, que todos os dados importantes para equipe sejam digitados e transformados

em tabelas. Os números absolutos e as porcentagens permitem uma boa avaliação. Por exemplo: com uma simples conta é possível cada ACS descobrir se aumentou a porcentagem de casos da doença X ou Y em determinada microárea. Caso haja necessidade, pode-se facilmente somar os números dos ACS's para uma visão geral da área de abrangência da equipe.

A dinâmica da equipe pode possibilitar troca de informações com agilidade: algumas equipes de PSF reúnem-se diariamente por alguns minutos, ao menos médico, enfermeiro e ACS, de forma que os ACS's trazem as notícias, dúvidas e demandas recolhidas nas Visitas Domiciliares, enquanto médico e enfermeira fazem o mesmo em relação aos pacientes atendidos no dia anterior.

Exemplo: será que o paciente atendido ontem melhorou? Usou a medicação? Entendeu as propostas de tratamento? Disse realmente o que motivou a consulta? O acompanhamento dos ACS podem ajudar a esclarecer. Por outro lado, a D. Maria disse durante Visita Domiciliar do ACS que está sentindo náuseas; será que precisa de uma consulta? A Família do Pedrinho (que tem asma) está em acirramento de conflitos, ele parece pior, que podemos fazer? O Seu José quer saber se comer abóbora "aumenta o diabete"? São demandas que os ACS trazem das Visitas diárias. (ANTIPROTOCOLO, SMS - CAMPINAS, 2003)

As conversas diárias ajudam no diagnóstico precoce de agudizações e situações de risco, na avaliação constante (e precisa) da evolução de pacientes e na resolução de muitos problemas, até mesmo sem a necessidade da presença dos pacientes no espaço físico da UBS (menos fila).

A proposta descrita acima é apenas uma das possibilidades de encontros da equipe. Diversos arranjos comunicativos na equipe podem ser criados para que aconteça o diagnóstico e a definição das atividades de forma rápida e eficiente. O diagnóstico deve ser a somatória das informações obtidas no seguimento da população adscrita e não a única forma de conhecer a população. Ou seja, os números não substituem a avaliação feita diretamente pela equipe, apenas a complementam e ajudam na reflexão e no aprimoramento.

## ADSCRIÇÃO DE CLIENTELA E DIAGNÓSTICO

O PSF propõe, como diretriz, a adscrição das clientelas por microárea, divididas por agentes comunitários. Nem sempre nas unidades básicas que têm uma tradição de se responsabilizar por um bairro, às vezes com até trinta mil pessoas, é fácil aceitar a idéia de definir áreas por equipe. Certamente, um compromisso com a universalidade, tão arduamente conquistado em algumas regiões do país, causa a impressão de que a adscrição provocará ruptura com esse princípio. Na prática, essa preocupação é verdadeira somente em parte, porque quando uma equipe, mesmo que ampliada, atribui-se a responsabilidade por uma população muito grande, pode, por exemplo, entender-se como responsável por cerca de 2000 pessoas com hipertensão. Como a equipe não atende somente hipertensos, a possibilidade de vínculo e seguimento dessas pessoas fica muito reduzida, dado o grande número. A universalidade acontece, mas acaba significando uma oferta de recursos que não implica no conhecimento de cada pessoa, mas apenas nos diagnósticos. O que, na prática, significa oferecer uma clínica, na melhor das hipóteses, centrada no aspecto biológico e com muita dificuldade de reconhecer as singularidades dos Sujeitos e suas respectivas necessidades.

No modelo PAIDÉIA, o que se propõe é que, a partir do processo de adscrição, as pessoas que procuram a unidade e estão fora da área das equipes disponíveis, recebam um atendimento pontual, centrado na queixa, sem possibilidade, a princípio, de acesso a agendamento, visitas etc. Além disso, propõe-se também que a equipe, ao fazer a definição de quem será sua clientela adscrita no bairro, leve em conta as necessidades, a dependência do SUS, dos diversos grupos populacionais que compõem a área geral da Unidade Básica, de forma a privilegiar aqueles que mais necessitam de atenção, garantindo assim o princípio da equidade. Portanto, a adscrição da clientela é uma diretriz para a Atenção Básica e um pressuposto para o ANTIPOTOCOLO, nos termos em que o estamos propondo, com clínica ampliada e maior autonomia das equipes.

## **II- DIRETRIZES SIMPLIFICADAS PARA A CLÍNICA AMPLIADA**

O texto que segue foi escrito a partir da experiência do autor na Atenção Básica, como médico generalista. É um texto com caráter didático que, embora simplificado, pareceu bastante útil para motivar a reflexão das equipes sobre a prática clínica. Com pequenas alterações foi incorporado ao Antiprotocolo da SMS-CAMPINAS. Baseia-se nos “hábitos” mais comuns das equipes das Unidades Básicas de Saúde.

### **Sugestões para diminuir a resistência ao tratamento.**

**EVITAR RECOMENDAÇÕES PASTORAIS E CULPABILIZANTES.  
(DOENÇA MULTIFATORIAL NÃO TEM CAUSA ÚNICA).  
NEGOCIAR RESTRIÇÕES SEM RANCOR E LEVANDO EM CONTA  
INVESTIMENTOS DO DOENTE**

Quem nunca viu aquele paciente que se compraz em provocar a equipe contando que não tomou a medicação ou que burlou uma dieta? Como isso acontece? Acontece que, muitas vezes a equipe, acreditando que uma determinada forma de viver seja mais saudável, põe-se a orientar enfaticamente os pacientes sobre o que fazer e evitar. Fala muito e escuta pouco. Então, quando os pacientes encontram dificuldades de seguir “as ordens”, ou tem outras prioridades, a equipe se irrita inconscientemente com o paciente. Essa irritação transparece e dificulta o diálogo e a possibilidade de uma proposta terapêutica pactuada com o paciente, provocando reações de “afirmação de autonomia” e resistência ao tratamento e gerando um neurótico círculo vicioso.

É muito importante tentar produzir co-responsabilidade e não culpa. A culpa anestesia, gera resistência e pode até humilhar. E muitas vezes é uma forma inconsciente de lidar com as limitações do tratamento e transferir todo o ônus de um possível fracasso para o paciente.

## **TRABALHAR COM OFERTAS E NÃO APENAS COM RESTRIÇÕES**

As mudanças de hábitos podem ser encaradas como ofertas de experiências novas e não apenas como restrições. Atividade física pode ser prazerosa descoberta, pratos mais adequados podem ser bons etc... Se admitirmos que o jeito normal de viver a vida é apenas mais um, e não o único, e que as descobertas podem ser interessantes, fica mais fácil construir conjuntamente propostas aceitáveis.

### **ESPECIFICAR OFERTAS PARA CADA SUJEITO**

Se um paciente ama a atividade X ou a comida Y, que, no entanto, não são recomendáveis para sua condição biológica, é preferível não começar o tratamento por ali. Especificar os Projetos Terapêuticos significa procurar o jeito certo e a proposta certa para cada pessoa ou grupo, de acordo com suas preferências e história.

### **EVITAR INICIAR CONSULTAS QUESTIONANDO AFERIÇÕES E COMPORTAMENTOS. VALORIZAR QUALIDADE DE VIDA**

É muito eficiente não começar todos os encontros com perguntas sobre a doença (comeu não comeu, tomou remédio ou não, etc..) ou infantilizantes (comportou-se??). Isto mostra ao paciente o que queremos: ajudá-lo a viver melhor e não torná-lo submisso.

### **PERGUNTAR O QUE O PACIENTE ENTENDEU DO QUE FOI DITO SOBRE SUA DOENÇA E MEDICAÇÃO**

A nossa linguagem nem sempre é compreensível. Portanto, habituar-se a perguntar o que foi ouvido do que dissemos, ajuda muito. Além disso, é importante ouvir quais as causas da doença na opinião dos pacientes. Em doenças crônicas é muito comum que a doença apareça após um estresse, como falecimentos, desemprego ou prisões na família. Ao ouvir isso, a equipe pode saber que em situações similares o paciente pode piorar e que parte do tratamento depende do desenvolvimento da capacidade de lidar com essas situações.

## **Sugestões para tentar evitar hipocondria e hipermedicação (iatrogenias)**

### **EVITAR DIZER SEMPRE OU NUNCA (PREFERIR CONCEITO DE CHANCES)**

Procurar falar de chances e não de certezas. Primeiro porque na verdade não se pode falar de certezas e, segundo, porque as falsas certezas em declarações do tipo "ESTE REMÉDIO É PARA SEMPRE", podem comprometer o entusiasmo do paciente com a sua parte no tratamento.

### **EVITAR ASSUSTAR O PACIENTE.**

O medo nem sempre é um bom aliado. Provavelmente funciona menos do se imagina. Afinal supor que o medo de adoecer ou morrer vai funcionar sempre, significa supor que as pessoas agem sempre de forma racional em direção aos seus interesses de sobrevivência. Evidentemente não somos assim. Existem forças internas, como os desejos (por exemplo, por uma comida "especial", ou uma atividade importante), existem forças externas, como a cultura, definindo papéis sociais e hábitos de vida. Por tudo isto, talvez, na maioria das vezes assustar o paciente é uma ação pouco eficaz que pode tanto levar a pessoa a uma dependência do serviço, quanto à resistência ao tratamento. O que não significa que não devam ser apresentados os possíveis riscos ao paciente.

### **LEMBRAR QUE DOENÇA CRÔNICA NÃO PODE SER ÚNICA PREOCUPAÇÃO DA VIDA. EQUILIBRAR COMBATE À DOENÇA COM PRODUÇÃO DE VIDA**

Medicalização da VIDA é quando a doença torna-se preocupação central na vida do paciente. Isso é muito comum em doenças crônicas. A autonomia diminui, e procurar médicos e fazer exames torna-se uma atividade central e quase única. O paciente fica conhecido como poliqueixoso. Na verdade, as mesmas atitudes que podem produzir resistência ao tratamento, podem facilitar a medicalização. Resistência ou dependência são duas faces da mesma moeda.

A equipe deve saber adequar as propostas terapêuticas aos investimentos afetivos do paciente (ou seja, o que gosta ou o que não gosta), para que a doença e o tratamento não se tornem o seu objeto de investimento central. Isso é equilibrar as preocupações e ações de combate a doença com as preocupações de produção de VIDA.

**ATUAR NOS EVENTOS MÓRBIDOS COM O MÁXIMO DE APOIO E O MÍNIMO DE MEDICAÇÃO. PREFERIR FITOTERÁPICOS À DIAZEPÍNICOS.**

Muitos pacientes iniciam a doença durante processos de luto ou situações difíceis, como desemprego, prisão de familiar etc... Essas situações também podem agravar a doença. É importante que a equipe tente lidar com essas situações da forma competente e tentando evitar dependência ao diazepínico. A capacidade de escuta da equipe é uma grande ferramenta. E é preciso saber que parte da cura depende do paciente aprender a lidar com estas situações agressivas de uma forma “menos adrenérgica” e danosa. A idéia de que toda dor ou estresse requer um ansiolítico é extremamente difundida, mas não pode seduzir a equipe de saúde, que deve apostar num conceito de saúde ampliado, que inclui também a capacidade de lidar com os limites e revezes da vida da forma mais produtiva possível. O ansiolítico deve ser de preferência fitoterápico, por não gerar dependência e deve ser encarado como se fosse um pedido de tempo numa partida esportiva. Permite uma respirada e uma reflexão, para continuar o jogo. Mas o essencial é o jogo e não a interrupção do jogo.

**Reflexões sobre a clínica ampliada e o tabagismo**

No antiprotocolo para tabagismo, as recomendações para a clínica ampliada ganharam contornos que refletiram os debates dentro do grupo a respeito a concepção de Sujeito e do compromisso com a produção de autonomia. Reproduzimos abaixo o material relativo à clínica ampliada no tabagismo, também produzido pelo autor:



## “CLÍNICA AMPLIADA PARA O TABAGISMO

É muito comum que as pessoas que tentam parar de fumar retomem o vício, mesmo depois de meses sem fumar. Ou seja, quando já não existe mais dependência química, mas "somente" a dependência psicológica. Portanto é importante um olhar ampliado para o Sujeito que fuma.

Fazer clínica ampliada significa reconhecer que cada "tabagista", apesar do diagnóstico comum, é uma pessoa diferente. Cada um tem uma história, uma característica genética, e motivos diferentes para fumar, além da dependência química. A clínica ampliada propõe que haja um compromisso da equipe com o Sujeito que, entre outras características, é tabagista. Um compromisso com este Sujeito, com a sua vida, e não apenas com a presença ou ausência do cigarro. O que é muito diferente. Para começar a equipe não tem o direito de sentir-se enraivecida ou traída por um fumante recidivante, ou que prefere não parar de fumar apesar dos riscos.

### COMO FAZER ?

Para ajudar os tabagistas podemos oferecer, além das terapêuticas comportamentais e medicamentosas, alguns conhecimentos que o ajudem a lidar melhor com seus desejos e interesses.

É importante lembrar uma característica importante do ser humano: a razão é apenas uma parte de nós. Basta lembrar que os profissionais médicos apresentam índices de dependência química maiores que a média da população. E não é razoável supor que isto ocorra por falta de informação. Portanto, existe mais na decisão de fumar ou não fumar, do que simplesmente informação ou vontade de viver ou morrer.

A partir de FREUD descobrimos que somos capazes de fazer "transferências", ou seja, temos a capacidade de transferir para objetos e pessoas sentimentos que originalmente eram para outros. Exemplo: a criança logo que cresce um pouco é capaz de se "ligar" a uma chupeta. A chupeta "lembra" o peito da mãe (ou mamadeira), e a criança transfere a "mãe" para a chupeta, e fica tranqüila. Na medida que crescemos fazemos isto todo o tempo. E cada um faz transferências diversas, com sentidos diferentes em cada momento. Portanto o cigarro vai ter diferentes significados afetivos para cada pessoa. No cuidado de um tabagista a equipe pode explicar para o doente que o cigarro pode ter significados especiais para ele, e ajudar a fazer da tentativa de parar de fumar um processo de auto-conhecimento e aprendizado.

DICAS: sugerir ao tabagista que, durante o processo e abstinência do cigarro, preste atenção nos sonhos, nas vontades antigas, que retornam muitas vezes de tempos esquecidos, nas novas vontades, medos, sensações que aparecem na ausência do cigarro e, principalmente, nas situações desencadeadoras da vontade de fumar. Tudo isto vai fazer do processo de parar de fumar um processo de auto-conhecimento.

OBS1: não é obrigatório fazer terapia para se conhecer, conhecer seus sentimentos e entender um pouco os seus desejos. O conceito de transferência pode e deve ser explicado para os doentes, que podem usá-lo para "prestar atenção" em si mesmos.

OBS2: não é nada realista acreditar que pessoas sem escolaridade e pobres são incapazes de entender os seus sentimentos e de fazer construções simbólicas complexas. Se isto fosse verdade, um dos maiores médicos do Brasil, Dr. João Guimarães Rosa, não teria escrito seus livros e contos maravilhosos totalmente baseados na riquíssima produção simbólica e sabedoria das pessoas do "povo" do sertão de Minas Gerais. O que de mais comum acontece é que a equipe de saúde não usa vocabulário compreensível, tem pouca paciência para ouvir e conhecer pessoas, e na verdade muitas vezes está mais preocupada em dar ordens do que ajudar.” (CUNHA, *ANTIPROTOCOLO*, 2003)

A forma ampliada de abordar o tabagismo levou-nos a incluir no texto sobre o tema breves discussões sobre a questão cultural e o conceito de saúde e doença. Sobre o aspecto cultural, o texto destaca que o tabaco foi utilizado em outras culturas e em outros momentos históricos de forma diferente daquela que fazemos atualmente. Ou seja, é preciso evitar uma visão maniqueísta, em que a substância é entendida como o MAL. Lidar com o tabagismo numa comunidade adscrita significa entender que forças subjetivas o produzem. Em relação ao conceito de saúde-doença, defendemos, a partir do referencial da clínica ampliada, que não é possível reduzir o Sujeito à tabagista ou não tabagista. Numa perspectiva ampliada, é necessário que o equilíbrio global e os custos e benefícios sejam avaliados em conjunto com o usuário. Afinal, viver “dez anos a mil ou mil anos a dez”, como diz a música, é uma decisão que, quando tomada com informação, deve ser respeitada. Segue a íntegra dos dois textos:

## DEFININDO OBJETIVOS: O TABACO E O CONCEITO DE SAÚDE

O que é saúde? Na prática muitos serviços de saúde consideram como saúde a ausência de doenças e de hábitos "nocivos". No entanto esta definição é insuficiente, porque pode produzir um trabalho que só se preocupa com pedaços de pessoas; só se preocupa com as doenças e não com a Vida. Em uma definição ampliada é possível que uma doença no corpo seja um sinal de Saúde. Exemplo: quem vomita uma comida estragada, pode estar mais saudável do que quem não vomita a mesma comida, e passa mal posteriormente. É possível que uma doença no corpo seja (também) um sintoma de relações doentes. Exemplo: uma criança que desenvolve diarreia toda vez que é espancada. É possível que uma doença seja uma reação saudável a "situações sociais doentes". Exemplo: uma pessoa que vive sob exploração e carga excessiva de trabalho pode desenvolver LER - lesão por esforço repetitivo.

Da mesma forma o tabagismo pode estar expressando ou compensando muitas outras situações vividas pelo Sujeito tabagista. Com o conceito de saúde mais amplo é possível analisar um exemplo histórico: dois personagens apresentavam hábitos de saúde bastante diversos. Um deles era vegetariano, não fumava e não ingeria bebidas alcólicas. O outro ingeria largas quantidades de whisky e fumava de cerca de 10 charutos diariamente, inclusive em lugares fechados. Qual seria o mais saudável? O primeiro era Adolf Hitler (RABINOW 1999)<sup>18</sup>, e o segundo Winston Churchill, ministro britânico durante a Segunda Guerra. Este é um exemplo importante para que aprendamos a olhar o tabagismo dentro do contexto de cada ser humano. No limite é possível estar com o corpo são e ainda assim estar mais doente que uma pessoa com o corpo doente. Portanto o objetivo da equipe nunca deve ser a supressão deste ou daquele hábito nocivo ou doença isoladamente, mas co-produção de projetos terapêuticos em conjunto com o paciente que levem em conta o maior número de variáveis (não só a biológica), e a opinião do Sujeito interessado. No caso do Tabagismo é preciso exercitar um foco de atenção ampliado para a saúde da pessoa, com toda a complexidade que isto implica". (CUNHA, ANTIPROTOCOLO, 2003)

---

<sup>18</sup> RABINOW cita o livro *RACIAL HYGIENE: Medicine under de Nazis* – de Robert N. Proctor 1988.

Segue outro trecho:

## EDUCAÇÃO E AUTONOMIA: O TABACO E A CULTURA.

### O TABACO NA HISTÓRIA DA HUMANIDADE

SÉCULO X a C: uso em cerimônias religiosas pelos índios americanos.

SÉCULO XVI d.C: entrada na Europa

SÉCULO XVII d.C: passa a ser usado como cachimbo

SÉCULO XVIII d.C: passa a ser usado como rapé e tabaco mascado.

SÉCULO XIX d.C: uso como charuto

SÉCULO XX d.C: uso como cigarro

O tabaco foi utilizado por muitos povos das florestas americanas em rituais e momentos especiais, antes do aniquilamento colonizador. Não existem relatos de que havia dependência disseminada da droga entre os povos nativos. Ainda hoje muitas culturas menos globalizadas são capazes de utilizar bebidas alcóolicas sem produzir um só alcoolista. Ou seja, embora o tabaco e o álcool sejam substâncias que facilmente provocam dependência, existe também um fator cultural no seu uso. Nas sociedades ocidentais o alcoolismo aumenta em momentos de crise e degradação social. Ou seja, muitas vezes o abuso de substância é UM dos muitos reflexos e reações a conflitos e crises. Em outros momentos, especificamente em relação ao tabaco, podemos observar que ele está socialmente relacionado com diversas "qualidades", como "beleza", "força", "saúde", "independência", "inteligência" etc... Basta atentar para as propagandas existentes para reconhecer esta dimensão cultural.

Portanto a equipe deve ser capaz de reconhecer no tabagismo uma produção cultural, ou seja, a resultante de **valores, conflitos e interesses** possibilitando um certo padrão de relação de dependência e abuso.

Em cada comunidade, em cada grupo etário e em cada classe social a produção do tabagismo vai ser resultado da combinação de diferentes forças.

Em cada momento, antes e durante a implementação das ações coletivas a equipe pode fazer algumas reflexões sobre o tabagismo. Quais os desejos de um determinado grupo ao se tornar tabagista ? Por que tabagistas e não tabagistas querem viver no mundo de Marlboro, ou seja, são sensíveis a determinados apelos da mídia (e não aos apelos do Ministério da Saúde?) Quais outros mundos são possíveis para os tabagistas no território adscrito? Ou o contrário: quais mundos estão sendo recusados ou enfrentados simbolicamente com o uso do tabaco ou outras drogas, principalmente entre jovens ? As ações da equipe de saúde devem ser EDUCATIVAS e produzir AUTONOMIA, e não a aceitação passiva desta ou daquela doutrina. Devem de preferência ser específicas para as faixas etárias diferentes, reconhecendo os determinantes diferentes. O que significa que as ações devem ir além da intimidação pelo risco de adoecimento, mas sim procurar propiciar a REFLEXÃO CRÍTICA e o auto-conhecimento da comunidade, sobre as forças e conflitos que produzem o uso do tabaco. Sem esta reflexão existirá sempre o risco da equipe de saúde executar ações, não de saúde, mas de pregação religiosa. Atividade plenamente desnecessária, já que outras instituições já o fazem com mais competência e pertinência. (CUNHA, ANTIPROTOCOLO, 2003).

### **III - DEFININDO O CARDÁPIO DE RECURSOS DAS EQUIPES E LIDANDO COM SABERES**

Na clínica tradicional, como vimos anteriormente, o jogo de encaixar pessoas em diagnósticos costuma despertar mais interesse do que as terapêuticas (CAMARGO, 2003). O antiprotocolo define como recursos, tanto as terapêuticas (remédios, exames, consultas, encaminhamentos) quanto outras atividades da equipe, inclusive aquelas relacionadas à gestão. Os recursos, da forma como o estamos propondo, incorporam um princípio da clínica ampliada, principalmente na Atenção Básica, qual seja, o de que os diversos recortes teóricos (sempre arbitrários, como vimos), que nos possibilitam olhar para os Sujeitos individuais e coletivos, são sempre parciais e alternam-se em relevâncias para o projeto terapêutico (individual e coletivo). Isso significa, aqui no nosso caso, que não é possível dizer *a priori*, em determinado momento para uma equipe e uma respectiva clientela, singulares, se o recurso mais importante é um grupo de atividades, ou uma consulta médica, ou viabilizar internações hospitalares. O antiprotocolo pressupõe que essa será uma decisão de co-gestão. Os recursos disponíveis sempre incluem aqueles disponíveis no antigo protocolo (critérios diagnósticos, medicações e exames), mas também incluem elementos dos mais heterogêneos, como a reunião de equipe, a visita domiciliar, a consulta de homeopatia ou de acupuntura etc... Esse é um pressuposto que acreditamos seja indutor da clínica ampliada, na medida em que, justamente, chama a atenção para a singularidade de trabalhadores e clientela e a conseqüente necessidade de escolhas condizentes com os movimentos de mudança.

#### **Sujeitos, saberes e antiprotocolo: uma pequena reflexão**

O princípio de reconhecimento das singularidades dos Sujeitos trabalhadores valoriza a dinâmica da equipe, uma vez que demonstra implicitamente a mútua dependência de todos os profissionais para o resultado final. O trabalho em saúde é metaforicamente entendido como uma corrente, em que a força de cada elo define a força do conjunto. O vínculo e a ação de um ACS, ou de um auxiliar de enfermagem, podem ser determinantes em diversos momentos das intervenções das equipes, relativizando a hierarquia socialmente construída em torno dos profissionais universitários, notadamente o médico:

## *EXEMPLO*

Mãe de paciente de 8 anos queixa-se ao ACS que filha está com cansaço quando anda de bicicleta ou corre. Faltou a escola nos últimos dias. A mãe informa que a criança era acompanhada com o cardiologista porque tem “problema no coração”, e recentemente piorou.

O médico faz uma visita domiciliar e examina a paciente, que apresenta queixa de piora dos sintomas além de sopro e frêmito na ausculta. O exame Ecocardiograma, feito há seis meses atrás apresentava Persistência do Canal Atrial, com mais ou menos 2 cm. Segundo a mãe o cardiologista pedira outro exame, mas a mãe não o fizera.

O médico sugere consulta com cirurgião cardíaco e a paciente é atendida em duas semanas no centro de referência. Outro ecocardiograma é feito, e o cirurgião recomenda cirurgia. Após uma semana, a ACS é informada que os pais da criança decidiram não permitir a cirurgia, pois estavam com medo...Após algumas visitas de esclarecimento, a família permanecia resistente em permitir o procedimento.

Após uma reunião de equipe, as ACS's procuram uma outra família cuja criança de 5 anos, havia se submetido a uma cirurgia semelhante, e propõem um encontro de esclarecimento entre as duas famílias. A proposta é aceita e a família decide permitir a cirurgia. (CUNHA, CERQUILHO/ SP).

A possibilidade de reconhecimento institucional da variação de importância de cada saber (conseqüentemente, de cada trabalhador) e da criação de saberes para o resultado trabalho da equipe, parece-nos um ganho importante para a qualidade da Atenção Básica e a possibilidade da clínica ampliada. Essa proposta de lidar com os recursos possíveis, misturando atividades terapêuticas, atividades de gestão e atividades de informação, implica num olhar (e valoração) diferente da equipe sobre os saberes. Reforça a possibilidade da construção de uma cultura organizacional que rompa com as lógicas corporativas, tão bem estruturadas no campo da saúde. MOURA (2003), referindo-se ao

movimento no mundo empresarial de valorização do conhecimento e desenvolvimento da chamada “gestão do conhecimento”, aponta que uma das grandes dificuldades desse movimento foi justamente a mudança da cultura organizacional. O que poderia ser transposto para a saúde coletiva com seus diversos movimentos para relativizar a centralidade do (saber) médico na Atenção Básica. Ou seja, uma das dificuldades de fazer isso é que as relações de poder tradicionais se apoiariam sobre culturas organizacionais, que limitariam muito a possibilidade de tensionamento do saber médico. Se o médico não sai do consultório e não dialoga com ninguém, como poderá ser questionado?

Mas não se trata, aqui, de acirrar conflitos. Ao contrário. Desejamos transcender a dualidade médico-não médico. Acreditamos que a possibilidade de reconhecimento e (re)construção das identidades dos trabalhadores, através das dinâmicas propostas (Projeto terapêutico Singular e reuniões de Equipe), podem ter um papel terapêutico inestimável para esses trabalhadores (sim, porque lidar com sofrimento nem sempre é fácil e os Sujeitos trabalhadores, na perspectiva da clínica ampliada, precisam de cuidados e possibilidades institucionais de crescimento). Um exemplo citado por MOURA (2003), para um paciente de um hospital psiquiátrico, curiosamente ex-trabalhador em saúde, demonstra o potencial terapêutico do reconhecimento do saber para os Sujeitos.

Outro dia, vim a saber de uma situação muito especial, e bem a propósito, através de uma profissional da administração de um hospital psiquiátrico onde dou supervisões. Contava-me ela ter-lhe chamado a atenção um paciente em estado bastante comprometido, sem se comunicar com os técnicos que, por sinal, já estavam um pouco cansados com a sua precariedade de relacionamento. Ele só fazia choramingar. Se alguém se endereçava a ele, não obtinha resposta. Esta profissional, vindo a saber que ele tinha formação em medicina, se aproximou e pediu-lhe que ele lhe desse uma dica quanto a uma micose no braço, que ela havia recém pego na praia. Ele continuou a choramingar e não emitiu sequer uma palavra.

No dia seguinte, ao passar por ele, ela foi surpreendida pela sua atitude. Ele se dirigiu a ela, desculpando-se pelo fato de que havia muito tempo que não lidava com aquele tipo de afecção, e deu-lhe algumas orientações quanto ao seu tratamento. (MOURA, 2003)



O mesmo autor, referindo-se a um dispositivo chamado clube de saberes, que reúne profissionais e usuários do serviço, refere-se ao processo de trocas como de *mutualização de saberes*.

Constituindo-se como um espaço de mutualização dos saberes, este clube pode vir a promover condições para novos modos de relação, introduzindo alguns re-arranjos nessas dissociações. Aquele que aprende, ensina ao que ensina, pelas próprias dificuldades ou questões que ele lhe coloca. Dependendo da qualidade de presença, ao acolher as questões daquele que aprende, o que ensina aprende mais sobre si e sobre ele, além de aprender mais sobre aquilo que sabe. E algo mais acontece, um outro saber aparece naquele que ensina: ele aprende mais a ensinar. (MOURA, 2003)

É de forma análoga a esse dispositivo, que entendemos a proposta do ANTIPROTOCOLO de definir como mais um recurso terapêutico as reuniões de Equipe e reuniões de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Esses dispositivos podem ser essenciais na constituição de uma dinâmica de definição e escolha coletiva de cardápios de recursos pelas equipes na rede básica. O núcleo do saber médico, em diversos momentos da equipe, não é o mais importante para as soluções dos problemas. Em muitos outros momentos, esse núcleo é fundamental, mas tem que ser assimilado pelos outros profissionais para que seja implementado (tem que ser ensinado). Os lugares institucionais de cada profissional, seus respectivos saberes (o consultório, para o médico; a sala de procedimentos, para o pessoal da enfermagem, a rua para o ACS etc...) são ligeiramente tensionados, junto com os respectivos donos de seus saberes. Abrem-se então possibilidades de construção de novos Saberes (terapêuticos) e novos Sujeitos (novas identidades de Sujeitos e saberes).

### **Alguns dos recursos importantes para as equipes no antiprotocolo**

#### ***1- Reunião de Equipe***

O antiprotocolo propõe que a reunião de equipe seja tomada como um recurso valioso. Fazer uma reunião de equipe, com as características que consideramos essenciais, dá condições às equipes de lidarem com a singularidade e o movimento dos Sujeitos

coletivos e individuais. Nesse sentido é preciso reconhecer que a Racionalidade Gerencial Hegemônica (CAMPOS, 2000) tem uma visão muito objetiva do que seja uma reunião e, no antiprotocolo, essa proposta da RGH é questionada e explicitada:

Portanto reunião NÃO É um espaço em que uma pessoa da equipe distribui as tarefas às outras. Reunião é um espaço de diálogo, e é preciso que haja um clima em que todos tenham direito a voz e a opinião. Como vivemos numa sociedade em que os espaços do cotidiano são muito autoritários, é comum que uns estejam acostumados a mandar, e outros a calar e obedecer. Criar um clima fraterno de troca de opiniões associada a objetividade nas reuniões geralmente exige um aprendizado de todas as partes e é a primeira tarefa de qualquer equipe. A partir da reunião da equipe é possível realizar as seguintes atividades:

A avaliação do investimento de cada trabalhador com o tema e as impressões subjetivas de cada um.

O diagnóstico da situação da comunidade.

Escolha e articulação dos diversos recursos

O contrato de metas

Discussões de caso (Projeto Terapêutico Singular) e matriciamento com especialistas.

Valorização dos trabalhos dos membros da equipe e conseqüentemente dos trabalhadores. (SMS -CAMPINAS, ANTIPROTOCOLO, 2003)

É importante lembrar que o espaço de reunião de equipe tanto para discussão de casos quanto para escolha de recursos, ou resolução de conflitos, é um espaço permeado por transferências. MOURA (2003), referindo-se a um dispositivo chamado de reuniões de constelação, utilizado em alguns serviços de saúde mental, em que todas as pessoas que têm alguma relação com o paciente são convidadas a participar, enfatiza a capacidade de lidar com a transferência, e a superação das amarras hierárquicas, que teimam dar voz e razão a alguns e calar outros, inviabilizando o processo de análise e construção coletiva:

É preciso que as pessoas possam falar livremente sobre o paciente, sobre a sua história e suas relações, mas também sobre as afinidades e reações positivas e negativas nas relações de cada um com ele. Esta é uma maneira de se poder captar e trabalhar os mais sutis componentes dos diferentes laços que mantêm com ele, que os afetam e que, por sua vez, afetam novamente os próprios laços. Estamos falando, de um modo rápido e sucinto daquilo que é um dos pontos mais capitais deste tipo de reunião, ou seja, o trabalho com as transferências múltiplas que o paciente entretém com cada um, e de suas respectivas transferências, ou contratransferências, como alguns preferem denominar. Para se poder trabalhar no âmbito da transferência é, portanto imprescindível que haja uma descolagem do plano da hierarquia, tanto entre os participantes da reunião, quanto entre estes e o paciente, para se poder ir a fundo nas ressonâncias que os afetam como pessoas, muito além de qualquer casca de papel, de função ou de status. Em uma estrutura vertical, para Ferdinand Oury (1986, p. 122), temos como consequência “uma só relação possível, uma só transferência autorizada: o amor do chefe, o amor do censor. As outras relações que correriam o risco de interferir, devem ser evitadas. (MOURA, 2003)

Para o nosso modelo de análise e para a implementação do antiprotocolo, a percepção desses fluxos de afetos e transferências é essencial. Não só nas reuniões de caso clínico (PTS), mas em todos os encontros.

## 2. O Projeto Terapêutico Singular - PTS

O PTS nada mais é do que uma variação da discussão de "caso clínico". Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção a Saúde Mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe e de considerar outros aspectos além do diagnóstico psiquiátrico e a medicação no tratamento dos pacientes. Portanto, é uma reunião de toda a equipe, em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito doente e a relação com a equipe, para definição de propostas de ações.

A princípio o PTS contém cinco itens:

**O diagnóstico:** que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica (relacional), e social. Deve tentar captar como o Sujeito singular se produz diante de forças mais internas (particulares) como as doenças, os desejos e os interesses, e forças mais externas (universais) como trabalho, cultura, família. OU SEJA, tentar entender o que o Sujeito faz de tudo que fizeram dele. Detalharemos mais adiante no roteiro

**Definição de metas:** uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o Sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor.

**Divisão de responsabilidades.** É importante definir as tarefas com clareza.

**Reavaliação.** Momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo.

**Nome dos participantes e data.** (SMS –CAMPINAS, ANTIPROTOCOLO, 2003)

No caso desse PTS do antiprotocolo são abordados alguns aspectos, tanto em função de especificidades da Atenção Básica, quanto em função do modelo de análise da clínica com que estamos trabalhando.

Aspectos relativos à especificidade da Atenção Básica:

- a. a escolha dos casos para reuniões de PTS
- b. as reuniões para discussão de PTS
- c. O tempo de um projeto terapêutico singular.

a. **A ESCOLHA DOS CASOS PARA REUNIÕES DE PTS:** a proposta é que sejam escolhidos pacientes ou famílias em situações mais graves, ou difíceis na opinião de alguns membros da equipe. Não parece necessário, nem possível, que o grande esforço necessário para fazer um PTS, seja dirigido a todos os pacientes de uma equipe.

b. **AS REUNIÕES PARA DISCUSSÃO DE PTS:** de todos os aspectos que já discutimos em relação à reunião de equipe, o mais importante no caso deste encontro para realização de PTS, é a questão do vínculo dos membros da equipe com o paciente e membros da família. Cada membro da equipe, a partir dos vínculos que construiu, trará para a reunião aspectos diferentes e poderá também receber tarefas diferentes de acordo com esse vínculo. Defendemos que aqueles profissionais que tenham vínculo mais estreito assumam mais responsabilidade na coordenação do PTS. Assim como o médico generalista, ou outro especialista, pode assumir a coordenação de um tratamento, frente a outros profissionais, um membro da equipe, também pode assumir a coordenação de um projeto terapêutico singular, frente a equipe. Uma estratégia que algumas equipes do PAIDÉIA inventaram é reservar um tempo fixo, semanal ou quinzenal, para reuniões exclusivas do PTS.

c. **O TEMPO DE UM PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR:** o tempo mais dilatado de formulação e acompanhamento do PTS é, igualmente, uma questão específica da Atenção Básica, que, como já dissemos se caracteriza pela longitudinalidade do seguimento e também por uma necessidade da clínica ampliada, que imaginamos capaz de ajudar os Sujeitos a refazerem seus contratos provisórios entre forças particulares e universais. O que, naturalmente, significa processos de aprendizado e transformação, que não acontecem no tempo de ingestão de um remédio.

Na prática, é preciso tanto desfazer um viés imediatista que a cultura hospitalar imprimiu em profissionais e pacientes. Geralmente não se faz uma abordagem integral em um encontro único, mesmo que seja uma consulta de uma hora. Muitas informações essenciais surgem no decorrer do seguimento e a partir do vínculo com o paciente. A história, em geral, vai se construindo aos poucos. Embora, obviamente, não se possa falar em regras fixas para um processo que é relacional.

### *PTS e Mudança*

Importante nesse PTS é uma certa crença de que a pessoa tem grande poder de mudar a sua relação com a vida e com a própria doença. Como herança das revoluções na Saúde Mental (Reforma Psiquiátrica), esta expectativa de que o Sujeito é construção permanente e pode construir “margens de manobra” e até “linhas de fuga”, foi transferida para a clínica. É importante desfazer a rotina de **desacreditar na vida**. Não se investe em pacientes que se acredita “condenados”, seja por si mesmos, como no caso de um alcoolista, seja pela estatística, no caso de uma patologia grave. Quando ainda existem possibilidades de tratamento para uma doença, não é muito difícil de provar que o investimento da equipe de saúde faz diferença no resultado. Uma pessoa menos deprimida, que assume um projeto terapêutico solidário, como projeto em que se (re)constrói e acredita que poderá ser mais feliz, evidentemente, tende a ter um prognóstico e uma resposta clínica melhor.

Se isso em geral é admitido, raramente é trabalhado e perseguido com um mínimo de técnica e organização, pela clínica tradicional, com compromisso mais restrito ao diagnóstico e condutas biomédicas. Nos casos de “prognóstico fechado”, ou seja de pacientes em que existem poucas opções terapêuticas, como no caso dos pacientes terminais, é mais fácil ainda para uma equipe, ainda mais da Atenção Básica, eximir-se de dedicar-se a este paciente. Embora, mesmo nestes casos, seja bastante evidente que é possível morrer com mais ou menos sofrimento (com a mesma dor, se ela houver) dependendo de como paciente e família entendem, sentem e lidam com a morte. O PTS, em sintonia com a clínica ampliada, propõe abrir os olhos para o imprevisível, para o novo. O que pode gerar uma certa ansiedade. Onde antes só se via certezas, pode-se ver possibilidades. Onde se via igualdades, pode-se encontrar grandes diferenças. Onde se tinha pouco o que fazer, pode-se encontrar muito trabalho. Esta ansiedade que este tipo de abordagem provoca, tem que ser trabalhada pela equipe, para evitar atropelamentos. O caminho do paciente, ou do coletivo, é somente dele, e é ele que dirá se e quando quer ir, a despeito de nossas propostas e idéias.

### 3- Superando os filtros: uma anamnese para a clínica ampliada

A concepção de clínica ampliada que estamos discutindo nessa dissertação, convida-nos a entender que situações percebidas pela equipe como de difícil impacto, são situações que esbarram nos limites da clínica tradicional. É necessário, portanto, que se forneça instrumentos de diálogo e percepção para que os profissionais possam lidar consigo e com os Sujeitos doentes, de forma diferente da tradicional.

Com essa finalidade formulamos uma proposta de história clínica diferenciada, dividindo-a em aspectos biopsicossociais. Cabe, antes que o façamos, lembrar a observação de Camargo (2003), a respeito deste conceito:

Uma característica importante (da Biomedicina), ao menos como prática discursiva, é a alusão recorrente a três domínios teóricos que são a suposta tradução da "totalidade do homem": biologia, psicologia e sociologia. A pretensa totalidade é usualmente expressa condensando-se todos os termos num só - biopsicossocial - como se a mera justaposição de discursos pudesse, por si só, abolir a fragmentação inerente ao próprio modelo de desenvolvimento disciplinar característico da modernidade. Agregue-se a isto o fato de que os termos "psico" e "social" não passam de referências genéricas, subordinadas ao primado do discurso biológico” (CAMARGO Jr., 1990).

Esse é (mais) um risco que é necessário reconhecer para enfrentar. A divisão em aspectos mais concernentes ao corpo (BIO), aspectos mais relativos ao fluxo de afetos (PSI) e em aspectos mais Sociais do Sujeito doente, será feito aqui com caráter didático, com a intenção de ajudar a equipe a enriquecer os encontros com os usuários, com vistas ao PTS. O que está separado, na prática, acabará acontecendo simultaneamente. Além disso, no modelo de análise da clínica com que estamos trabalhando, a relevância de aspectos diferentes do Sujeito, que poderíamos classificar como mais ou menos atrelados ao referencial classificatório da Biomedicina, vai variar como já estudamos anteriormente.

A partir da análise da anamnese realizada pela Homeopatia, e do reconhecimento das críticas do encontro médico-paciente, como mecanismo de controle social reprodutor de ideologias e produtos sociais (WAITZKIN 1989), propomos uma história clínica diferente:

#### Anamnese completa com modalização dos sintomas

Fazer as perguntas da anamnese tradicional, mas dando espaço para as idéias e as palavras do paciente. Como já discutimos em capítulos anteriores, é preciso que os profissionais aprendam a se livrar dos filtros que o impedem de ouvir o paciente. Como está definido que se trata de uma situação especial, em que, ou não existe um diagnóstico biomédico, ou ele não é suficiente, é importante que os profissionais reconheçam os seus "filtros teóricos"<sup>19</sup> e abram mão dele durante a história clínica completa. Exceto que apareça alguma urgência, ou dúvida quanto ao diagnóstico orgânico, não é preciso direcionar demais as perguntas e muito menos duvidar dos fatos que a(s) teoria(s) não explica(m) ("só dói quando chove, por exemplo").

Como já discutimos em capítulos anteriores, a história clínica completa, sem filtros, tem uma função terapêutica em si mesma, na medida em que situa os sintomas na vida do Sujeito doente, e dá ao Sujeito doente, a possibilidade de falar, o que implica em algum grau de análise sobre a própria situação. Além disto, esta abordagem pode ser instrutiva para os profissionais reconhecerem as singularidades do Sujeito e os limites das classificações. O profissional exercita também um confronto com a ideologia da clínica hospitalar, que ensina que tratar é resolver o problema do outro, já que, na medida que o Sujeito descobre as teias em que se constitui, fica evidente o limite de intervenções externas e pontuais. Fica clara a necessidade do protagonismo do Sujeito doente no projeto de cura: autonomia. Nesse contexto, em que as pessoas e as instituições mais importantes para o Sujeito doente aparecem, os "palpites" (intervenções dos profissionais da equipe) não são proibidos, mas são usados com extremíssimo cuidado. Em geral, devolvem-se questões que o paciente traz, para ele mesmo pensar. Nem a atitude pretensamente neutra do psicanalista

---

<sup>19</sup> Quando existe uma hipótese diagnóstica existem perguntas chave que definem se a hipótese é verdadeira ou não. Um paciente com precordialgia será automaticamente indagado sobre as características da dor, e tudo que não for importante para esclarecer esta dúvida crucial será legitimamente desprezado naquele momento. Isto é o FILTRO.



freudiano, que valoriza sobremaneira a não-intervenção. Nem a atitude típica da Biomedicina, que entende o Sujeito doente como alguém passivo diante das intervenções.

Outra função terapêutica da história clínica acontece quando o paciente é estimulado a qualificar e situar cada sintoma em relação aos seus sentimentos e outros eventos da vida (modalização). Exemplo: no caso de um paciente que apresenta falta de ar, é interessante saber como ele se sente naquele momento. Com medo? Conformado? Agitado? O que melhora e o que piora os sintomas? Que fatos aconteceram próximo à crise? Isto é importante porque, culturalmente, a doença e o corpo podem ser vistos com um certo distanciamento, e não é incomum a produção de uma certa esquizofrenia, que leva muitas pessoas ao serviço de saúde, como se estivesse levando o carro ao mecânico: a doença ( e o corpo) fica dissociada da vida. Na medida em que a história clínica traz, para perto dos sintomas e queixas, elementos da vida do Sujeito, permite que haja um aumento da consciência sobre as relações da queixa com a vida. Quando a doença ou os seus determinantes estão “fora” do paciente, a cura também está fora, o que possibilita uma certa passividade em relação à doença e ao tratamento. Evidentemente, quando existe um profissional capaz, fazer esta história aberta torna-se muito mais interessante, porque se traduz diretamente numa conduta, a exemplo da homeopatia.

### História “PSI”

O que chamamos de história “PSI”, em parte está misturado no que chamamos de história clínica. Mas aproveitamos recursos do campo da saúde mental, para destacar aspectos que nos parecem essenciais.

- O sentido da doença para o paciente: respeitar e ajudar na construção de relações causais próprias mesmo que não sejam coincidentes com a ciência oficial. Ex: por que você acha que adoeceu? Este é um item muito importante também na homeopatia. É impressionante as portas que esta pergunta abre na clínica. Ajuda a entender quais redes de causalidades o Sujeito doente atribui ao seu adoecimento. Muitas vezes, em doenças crônicas, quando a sua primeira manifestação está associada a um evento mórbido, como um falecimento de familiar, ou uma briga, as piores no

controle glicêmico estarão muitas vezes relacionadas a eventos semelhantes (na perspectiva do Sujeito doente). Ao fazer esta pergunta muitas vezes damos um passo no sentido de ajudar o Sujeito a reconhecer e aprender a lidar com os “eventos” de forma menos adoecedora.

- Como o paciente se sente em relação a doença? (como os problemas afetam sua vida?). O mesmo tipo de lesão, ou bicho, ou situação social, produz reações diversas. Esta pergunta possibilita uma avaliação do impacto do agravo, e da capacidade do Sujeito de lidar com limites que o corpo, ou outras forças lhe estão trazendo.
- Medos, raivas, manias, e temperamento. Também são perguntas que ajudam a entender a dinâmica do Sujeito, suas características. Também têm importância terapêutica na medida em que possibilitam a associação de aspectos muito singulares da vida com o projeto terapêutico.
- O sono e os sonhos e ou pesadelos (principalmente as repetições). Não se trata aqui de propor algum tipo de interpretação. Mas, de novo, trata-se de trazer à tona um aspecto relevante da vida, que é o inconsciente. Interpretado ou não, a opção de contar um sonho, de selecionar e traduzir em palavras a experiência vivida no sonho, traz novamente à baila um elemento tradicionalmente ignorado.
- Avaliar se há negação da doença, capacidade de autonomia, ganhos secundários com a doença. Na medida em que a conversa transcorre é possível, dependendo da situação ir fazendo estas avaliações.
- Contra transferência; Os sentimentos e os limites do profissional, e a *disposição para o vínculo*. Como já dissemos quando abordamos a transferência, existem muitas pessoas e instituições falando na conversa entre dois Sujeitos. O profissional está Sujeito a estas forças. Perceber raiva, incômodos, rótulos (bêbado, poliqueixoso, etc.) ajuda a entender os rumos da relação terapêutica, na medida em que, ato contínuo, pode-se avaliar

como se está lidando com estas forças. Num campo menos sutil, é importante também avaliar se as intenções do profissional estão de acordo com a demanda do paciente. O profissional pode desejar que o Sujeito use preservativos e não se arrisque com DST ou uma gravidez indesejada. O Sujeito pode estar apaixonado. O profissional quer controlar a glicemia, o Sujeito quer ser feliz. Ou o contrário: uma consulta encaixada no fim de um período: o profissional pode ser atropelado pela fome, enquanto o paciente tem outras demandas. Verificar as intenções, as linhas de força que interferem na relação profissional-paciente.

- **Projetualidade:** quais os projetos e sonhos do paciente (desejos). Os desejos são diferentes dos interesses, porque aglutinam uma enorme quantidade de energia vital, e podem ser extremamente terapêuticos, no sentido amplo da vida do Sujeito.
- **O que Irrita e Incomoda, o que dá prazer ao paciente?** Presença ou ausência de atividades prazerosas do presente e do passado. As coisas que mais transtornam ou desencadeiam transtornos no paciente. São questões que em um número muito razoável de vezes apontam caminhos, senão para os projetos terapêuticos, pelo menos para o aprofundamento do vínculo e da compreensão do Sujeito.
- **História de Vida:** a história de vida, é um recurso que pode incluir grande parte das questões propostas acima. Como demanda mais tempo, deve ser usado com mais critério. Muitas vezes requer também que haja um vínculo e um preparo anterior à conversa, para que seja frutífera.

### Inserção Social

Em geral os aspetos mais importantes da inserção social do Sujeito, já foram, ao menos aventados no decorrer das questões anteriores, na medida que paciente falou da sua vida. No entanto, muitos aspetos dizem respeito diretamente às condições de sobrevivência (condições de moradia, alimentação, saneamento, renda), ou da inserção do Sujeito em instituições poderosas, como religião, tráfico, trabalho etc...

#### **4- A VISITA DOMICILIAR**

No antiprotocolo o texto relativo ao recurso visita domiciliar, cita e valoriza os textos que abordam o tema e que estão contidos no Manual do PSF para Enfermagem. Ou seja, a proposta e os saberes contidos no manual do enfermeiro, não precisam ser de uso exclusivo desse profissional. No entanto, destaca também aspectos relacionados aos critérios de utilização da VD por todos os profissionais da equipe e suas possíveis repercussões, como diminuição da demanda dentro da UBS.

O Manual de Enfermagem para o PSF (MS, 2003) apresenta o capítulo A VISITA DOMICILIÁRIA NO CONTEXTO DA SAÚDE DA FAMÍLIA e o capítulo A ENFERMAGEM E O CUIDADO NA SAÚDE DA FAMÍLIA, que apresentam contribuições valiosas à reflexão da equipe (e não somente para as enfermeira(o)s e auxiliares) sobre a Visita Domiciliar (disponível no sítio virtual [www.ids-saude.org.br/enfermagem](http://www.ids-saude.org.br/enfermagem)). Aqui destacamos alguns aspectos complementares ao texto do manual do MS.

##### **VISITA DOMICILIAR NO PSF**

A Visita Domiciliar é um recurso dos mais valiosos para o serviço de saúde. Ainda mais quando ele se estrutura com Agentes Comunitários de Saúde de forma a possibilitar um contato permanente do serviço de saúde com clientela, mesmo quando não existe queixa. Através da VD do ACS é possível muitas vezes detectar problemas antes que eles se agravem, é possível evitar que as pessoas venham ao serviço de saúde por dúvidas ou orientações que podem ser feitas nas visitas regulares dos ACS, diminuindo a demanda desnecessária na Unidade de Saúde. Por outro lado é também possível descobrir pessoas doentes que não conseguiam se deslocar até o serviço e propiciar um atendimento a estas pessoas.

Além disso é possível perceber mais facilmente causas comuns de adoecimento, como esgotos, lixos, presença ou ausência de recursos públicos etc.

Talvez o resultado mais brilhante das VD's para a saúde seja que, com ela, é possível fazer um atendimento de extrema qualidade. Passa a ser possível para o serviço, depois de um contato com o usuário, em uma consulta ou um procedimento, acompanhar a evolução e a avaliação deste usuário fora do serviço. É possível então saber como evoluiu um paciente que talvez não se dispusesse a retornar ao serviço após uma consulta. Uma criança com febre indeterminada pode ser visitada no dia seguinte, se não retornar à unidade. Então a equipe de saúde pode estar constantemente se aprimorando e aprendendo.

No plano familiar a VD permite aos profissionais da equipe (não só o ACS) conhecerem a dinâmica familiar, estreitarem o vínculo terapêutico e qualificarem a intervenção. Muitas e muitas vezes a impressão que a equipe tem de um paciente ou uma família a partir do consultório, desfaz-se totalmente na VD. E isso possibilita uma intervenção muito mais precisa. Além disso, a VD tem um significado simbólico extremamente forte. Para os profissionais significa atuar em um espaço "concedido pelo usuário" totalmente diferente do serviço de saúde, um espaço bem mais protegido para o profissional. Para os pacientes e familiares geralmente (embora não necessariamente) a VD simboliza um cuidado especial, um compromisso real da equipe, o que pode facilitar muito a receptividade às propostas terapêuticas. Exemplo disso é que muitas vezes existe a demanda por Visitas Médicas mesmo sem necessidade absoluta. De qualquer modo quase sempre conhecer o paciente na sua casa é uma experiência surpreendente e intensa.

Por último as Visitas domiciliares propriamente clínicas: para uma avaliação clínica, um curativo, uma crise familiar, um paciente moribundo. Isso nos lembra que a VD é mais que uma conduta, um recurso precioso da equipe, e que deve ser prescrita com critérios. Critérios flexíveis, mas definidos." (CUNHA, ANTIPROTOCOLO, 2003)

Acreditamos que a abordagem desse recurso da forma como foi feita no antiprotocolo, aglutina acúmulos e experiências diversas na Atenção Básica, além de reconhecer e destacar o ACS dentro da dinâmica de uma equipe, possibilitando saltos de qualidade na atenção clínica (e não só preventivo-educacional).



***REFERÊNCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS***

ALVES, R. **Filosofia da ciência: introdução ao jogo e suas regras**, 21ª ed.. São Paulo: Brasiliense, 1995.

ALMEIDA, E.L.V. **Medicina hospitalar – medicina extra-hospitalar: duas medicinas?** Rio de Janeiro: IMS/UERJ1988, (Dissertação de Mestrado em saúde coletiva).

AVORN J.,CHEN M., HARTLEY R **scientific versus commercial sources influence of prescribing behavior of physicians** - Am J Med 73;4-8,1982)

BALDWIN, E. Time for a fresh look at complementary medicine. BMJ ; v.326:p. 1322. 14 June, 2003 [www.bmj.com](http://www.bmj.com)

BALINT,M. **O Médico seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Atheneu,1988.

BARRET,G. e HARPER,R. **Health professionals' attitudes to the deregulation of emergency contraception (or de problem of female sexuality)**. Revista Sociology of Health & Illness v. 22, No. 2, 197-216. 2000.

BARROS, N.F. **Medicina Complementar:uma reflexão sobre o outro lado da prática médica**. São Paulo: Annablume: FAPESP, 2000.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Ventos, 1992

BAREMBLITT, G. **Cinco Lições sobre a Transferência**. 3ª. Ed. São Paulo: Hucitec. 1996.

BERLINGUER, G **MEDICINA E POLÍTICA** São Paulo: Hucitec, 1987.

BOTEGA, N **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral** 1ª. Ed. Porto Alegre: Artmed. 2001.

CAMARGO Jr., K.R. **Biomedicina Saber & Ciência: uma abordagem crítica**. 1ª. Ed. São Paulo: Hucitec. 2003.

CAMARGO Jr., K.R. **Paradigmas, ciência e saber médico**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1992c. 20p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n.6)

CAMARGO Jr., K.R. *O Paradigma clínico-epidemiológico e a construção da racionalidade médica contemporânea: o caso da AIDS*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1992d. (Projeto de tese de doutorado).

CAMPBELL,S.M. et Al. **Identifying predictors of high quality care** in English general practice: observational study. *BMJ* ; v.323: pg 784, 2001

CAMPOS, G.W. **Os médicos e a política de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1982.

CAMPOS, G.W, MERHY, E; NUNES, E. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989.

CAMPOS, G.W. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec: 1991.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G.W. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994, p.29-87.

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

CAMPOS, G.W. **A clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. 1997b mimeo DMPS-UNICAMP.

CAMPOS, G.W. **Método Para Análise e Co-Gestão de Coletivos, Um** 1<sup>a</sup>. Ed. São Paulo: Hucitec. 2000.

CAMPOS, G.W. **Saúde Paidéia** 1<sup>a</sup>. Ed. São Paulo: Hucitec.2003

CAMPOS,R.O. **O Planejamento no Labirinto**. 1<sup>a</sup>. Ed. São Paulo Hucitec. 2003

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 1<sup>a</sup>. Ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.



CANTER,P.H. **The therapeutic effects of meditation** (Editorial) *BMJ* 2003; v.326, p.1049-1050 (17 May). [www.bmj.com](http://www.bmj.com)

CAPOZZOLO, A. A. **Os desafios para o gerenciamento do trabalho médico: um estudo em unidades básicas do município de Diadema-SP**. Campinas: DMPS/UNICAMP, 1997. (Tese de mestrado).

CAPOZZOLO, A. A. **No Olho do Furacão: trabalho médico e o Programa Saúde da Família**. Campinas. DMPS/UNICAMP,2003. (Tese de Doutorado).

CARAPINHEIRO,G. **Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos Serviços Hospitalares**. Porto: Edições Afrontamento. 1993

CARVALHO, S.R. **Saúde Coletiva e Promoção à Saúde: uma reflexão sobre os temas do Sujeito e da mudança**. Campinas. DMPS/UNICAMP 2001 (Tese Doutorado)

CARPENTER,M. The subordination of nurses in health care: towards a social divisions approach In Eliane Riska and Katarina Wegar (eds.), **Gender, Werk and Medicine.Women and the Medical division of Labour**. London: Sage. 1993. p. 95-130

CASTELLANOS, A **Epidemiologia e a organização dos Sistemas de Saúde**. OPS – Publ. Cient. 519, 1990.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde”. In **Os sentidos da Integralidade** (R. Pinheiro e R. A. Mattos). Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO.2001

CECÍLIO, L. C. O., MERHY, E. E. e CAMPOS, G. W. S, **Inventando a mudança na Saúde**. São Paulo: Hucitec.1994.

COBURN,D.,RAPPOLT,S. **Decline vs retention of medical power throught restratification: an examination of the Ontario case**. *Sociology of Health & Illness* v. 19 No. 1 1997 p. 1-22.

CROMPTON, P. **MEDITAÇÃO EM MOVIMENTO. BA-GUÁ A ARTE MARCIAL DO I CHING.** 1ª ed. São Paulo: Pensamento. 2002

CULLIFORD, L. **Editorials Spirituality and clinical care** *BMJ* 2002; v.325, p.1434-1435 ( 21 December ).[www.bmj.com](http://www.bmj.com)

CUERVO, L.G., CLARKE,M. **Balancing benefits and harms in health care.** British Medical Journal, Editorial 2003; v. 327: p.65-66 (12 July). [www.bmj.com](http://www.bmj.com)

DESCARTES, R. *Objecções e Respostas* In **Descartes (Os Pensadores)** 3ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

DEYO,R.A. e WEINSTEIN,J.N. **Low Back Pain.** N Engl J Med, Vol. 344, no. 05 Fevereiro 2001.

DRUMMOND,M.J. **Epidemiologia nos Municípios: muito além das normas.** 1ª ed. São Paulo: Hucitec 2003.

DUNCAN,B.B, e SCHMIDT,M.I *Medicina Embasada em Evidencias.* In DUNCAN B.B. **Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária.** 2ªed. Porto Alegre. 1996. Cap 1, p. 07-21

EIZIRIK,L.C. e OSÓRIO,C.M.S.*Orientação Geral para Intervenções Psicoterápicas pelo não psicoterapeuta.* In DUNCAN B.B. **Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária.** 2ªed.. Porto Alegre. 1996. Cap 7, p. 592-597

FEDER,G. **Editorials: Randomised controlled trials for homoeopathy** *BMJ* 2002; v.324: p. 498-499 ( 2 March ) [www.bmj.com](http://www.bmj.com)

FEYERABEND, P. **Adeus à razão.** Lisboa: Edições 70, 1991.

FEYERABEND, P. **Contra o método.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1985.

FOUCAULT, M. **Nascimento da Clínica.** Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1977.

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

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas**, 5<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1990.

FRANCO, T. e MERHY, E., 1999. **PSF: Contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde**. Online. <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>>.

FREUD,S. **A Dinâmica da Transferência** In FREUD,S **Obras Psicológicas Completas** Rio de Janeiro. Imago.

GOFFMAN, E. A elaboração da face. In: FIGUEIRA,S. A.(org.) **Psicanálise e Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980, p.76-114. (Coleção Psicologia e Psicanálise) .

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva,1974. (Coleção debates).

GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história**. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 1986.

GUATTARI, F. **Linguagem, consciência e sociedade**. In: LANCETTI, A org. *Saúde e Loucura,no. 4*. São Paulo, Hucitec, 1990.

GUATTARI, F. e ROLNIK, S. **Micropolítica; cartografias do desejo**. Petrópolis, Vozes, 1986.

HAHNEMANN, S. **Organon of Medicine**. London, Victor Gollancz Ltd., 1986.

HARAWAY,D. e KUNZRU,H. **Antropologia do Ciborg: As vertigens do pós-humano**. Belo Horizonte. Autêntica.2000

HELMAN,G.C. *Antropologia Médica Atenção Primária à Saúde*. In DUNCAN B.B. **Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária**. 2<sup>a</sup> ed.. Porto Alegre. 1996. Cap 1, p. 43-46

HERMAN, J. **The demise of the randomized controlled trial.** Journal of clinical epidemiology. (48):7, p.985-988, 1995.

HORKHEIMER, M. La rebelión de la naturaleza. In \_\_\_\_\_ : **Crítica de la razón instrumental.** Buenos Aires: SUR, 1973. p.101-137.

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

ILLICH,I. **Sociedade sem escolas.** Petrópolis. Ed. Vozes. 1973.

JAPIASSU, H. e MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia,** 2ª ed., Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

KINMONTH, A.L. **Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk.** BMJ 1998; v. 317, p. 1202-1208. [www.bmj.com](http://www.bmj.com)

KJAERGARD,L.L. e Als-Nielsen, B **Association between competing interests and authors' conclusions: epidemiological study of randomised clinical trials published in the BMJ'** BMJ 2002; v.325: p.249 ( 3 August ). [www.bmj.com](http://www.bmj.com)

KLOETZEL, K. *Raciocínio Clínico.* In DUNCAN B.B. **Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária.** 2º ed.. Porto Alegre. 1996. Cap 1, p. 46-49

KLOETZEL, K **MEDICINA AMBULATORIAL: PRINCIPIOS BASICOS** 1a ed. São Paulo: EPU. 1999

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas.** São Paulo: Perspectiva,1998.

LAPPÉ,M. **The Tão of Immunology: A revolutionary new understanding of our body's defenses.** New York: Plenum Press.1997

LEVI,P., AUTHIER,M. **As Árvores de Conhecimentos.** São Paulo: Ed Escuta. 1995

LITTLE,P. et al. **Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations** BMJ 2001; v. 323, p. 908-911. [www.bmj.com](http://www.bmj.com)

LITTLE,P., et al. **Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study.** BMJ 2001; v. 322, p. 468. [www.bmj.com](http://www.bmj.com)

LOURAU, R. **A análise institucional.** Petrópolis, Vozes, 1975.

LU-YAO,G., ALBERTSEN, P.C. **Natural experiment examining impact of aggressive screening and treatment on prostate cancer mortality in two fixed cohorts from Seattle area and Connecticut** BMJ 2002; v.325:p.740 ( 5 October ) [www.bmj.com](http://www.bmj.com)

LUZ, D. **Racionalidades médicas: medicina tradicional chinesa.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 72).

LUZ, H.S. **Racionalidades médicas: a medicina homeopática.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993. (Série: Estudos em Saúde Coletiva, 64, IMS/UERJ).

LUZ, M.T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna.** Rio de Janeiro: Campus, 1988.

LUZ, M.T **Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no fim do Século XX** Physis: Ver Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 7(1): 13-43.1997

MACIOCIA, G. **A prática da medicina chinesa: tratamento de doenças com acupuntura e ervas chinesas.** São Paulo: roca, 1996.

MACIOCIA, G. **Os fundamentos da medicina chinesa.** São Paulo: s/ed., 1996.

MACPHERSON,H. e KAPTCHUK,T.J (org.) **Acupuntura na prática médica: análise de fichas clínicas do ocidente.** São Paulo: Roca 2002

MARTEAU,M.T, KINMONTH,<sup>a</sup>L. **Screening for cardiovascular risk: public health imperative or matter for individual informed choice?** BMJ 2002; v.325, p. 78-80 ( 13 July ) [www.bmj.com](http://www.bmj.com)

MARX,K. **O Capital. O Processo de Produção do Capital.** *A Mercadoria* São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MENDES, E.V. (org). **Distrito Sanitário.** São Paulo: Hucitec, 1993.

MENDES GONÇALVES, R.B. **Tecnologias e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo:** São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E.E. **A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas.** São Paulo: Hucitec, 1992.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C. (org.) **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E.E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997a, p.197-228.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997b, p.71-113.

MERHY, E.E. CHAKKOUR M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997c, pp.113-161.

MERHY, E.E.**Saúde a Cartografia do Trabalho Vivo.** 1<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec.2002

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento.** 2<sup>a</sup> ed., São Paulo: Hucitec, 1993.

MIRANDA, A.S. 1997. *Programa Saúde da Família: entre a panacéia e o preconceito*. Disponível em [http://www.<saúde/cnsonline/temas em debate/psf,1997](http://www.saúde/cnsonline/temas em debate/psf,1997) acesso em 20 junho de 2000

MOREIRA NETO, G. **Homeopatia em Unidade Básica de Saúde (UBS): Um Espaço Possível**. São Paulo: USP/FSP, 1999 (Dissertação de Mestrado).

MORTON,V.,TORGERSON,D.J. **Effect of regression to the mean on decision making in health care**  
BMJ, May 2003; v. 326, p. 1083 - 1084.[www.bmj.com](http://www.bmj.com)

MORGAN,G. **Imagens da Organização**. São Paulo: Atlas S.A. 1996

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

NASCIMENTO, M.C. **Da panacéia mística à especialidade médica: a construção do campo da acupuntura no Brasil**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997. (Tese de mestrado).

NOGUEIRA, R.P. **Risco, confiança e satisfação: a contingência da saúde na modernidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997, mimeo. (Projeto de tese de doutorado).

OGDEN,J. **Editorial What do symptoms mean?** *BMJ* 2003;v. 327,p. 409-410 (23 August) [www.bmj.com](http://www.bmj.com)

OLIVER, M.F. **Editorials: Cholesterol and strokes**. *BMJ* 2000; v. 320, p. 459-460 ( 19 february ). [www.bmj.com](http://www.bmj.com)

PASSOS, E. e BENEVIDES DE BARROS, R.. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 16.1, 071-079.(2000)

PASSOS, E. e BENEVIDES DE BARROS, R. *Clínica e Biopolítica no Contemporâneo*. Revista de Psicologia Clínica, da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, v.16,n.1, p. 71-79,2001.

PERESTRELLO,D. **A medicina da pessoa. Abordagem da pessoa e seu adoecer em clínica médica.** 2<sup>a</sup>ed. Rio de Janeiro: Atheneu,1974.

PITTA, A. **Hospital dor e morte como ofício.** 1<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec.1999

PORTO,L.S **O Paciente Problema.** In DUNCAN B.B. **Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária.** 2<sup>a</sup> ed.. Porto Alegre. 1996. Cap 7, p. 586-592

PROSSER, ALMOND<sup>A</sup> E WALLEY, **Influences on GPs' decision to prescribe new drugs—the importance of who says what,** Family Practice Vol. 20, No. 1, 61-68 © Oxford University Press 2003.

QUEIROZ,M.S. **O Paradigma Mecanicista da Medicina Ocidental Moderna: Uma Perspectiva Antropológica.** Rev. Saúde Pública.

RABINOW,P. **Artificialidade e Iluminismo: da sociobiologia à biossociabilidade.** In RABINOW,P. **Antropologia da Razão.** Rio de Janeiro. Relume Dumará. 1999. Cap. 7 p. 135-157.

RAMOS Jr, J. **Semiotécnica da observação clínica.** 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: Sarvier, 1973.

RIBEIRO F<sup>o</sup>, A. **Repertório de sintomas homeopáticos.** São Paulo: Robe Editorial, 1995

ROSE, Geoffrey. **Sick individuals and sick populations.** Bull World Health Organ, 2001, vol.79, no.10, p.32-38. ISSN 0042-9686

ROSS,J. **Sistemas de Órgãos e Vísceras da Medicina Tradicional Chinesa.** São Paulo: Roca 1994

SAHTOURIS, E. **A dança da terra: sistemas vivos em evolução: uma nova visão da biologia.** Rio de janeiro: Record/ Rosa dos Tempos, 1998. (Coleção Tendências do milênio, 2).

SALMON,P., PETERS, S., STANLEY,I. **Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis** BMJ 1999; v. 318, p. 372-376. [www.bmj.com](http://www.bmj.com)



SCHRAIBER,L.B. **Progamação em Saúde Hoje**. 1º ed. São Paulo: Hucitec 1990.

SILVA JUNIOR, A. G., 1996. **Modelos assistenciais em Saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva**. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

SMITH,R. Resenha Crítica do livro **Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health** de Ivan Illich BMJ 2002; v. 24: p. 923 ( 13 April ). [www.bmj.com](http://www.bmj.com)

SMITH,R. **Clinical review: In search of "non-disease"** BMJ 2002; v. 324: p. 883-885 ( 13 April ) [www.bmj.com](http://www.bmj.com)

SMITH,R. **Postmodern medicine - Editor's choice**. BMJ 2002; v.324 ( 13 April ). [www.bmj.com](http://www.bmj.com)

SMITH,R. **Editorials: Making progress with competing** interests. BMJ 2002;v. 325 p.1375-1376 ( 14 December ). [www.bmj.com](http://www.bmj.com).

SMS-CAMPINAS – ANTIPROTOCOLO Paidéia. Disponível em [www.campinas.sp.gov.br/saude/anteprotocolo/indice.htm](http://www.campinas.sp.gov.br/saude/anteprotocolo/indice.htm) acesso em 15 janeiro 2004.

SOUZA,M.L. Homeopatia: Medicina de Hoje para o Futuro. In Antiprotocolo Paidéia –no item Recursos Comuns a todos os temas. Disponível em [www.campinas.sp.gov.br/saude/anteprotocolo/indice.htm](http://www.campinas.sp.gov.br/saude/anteprotocolo/indice.htm) acesso em 15 janeiro 2003.

STARFIELD,B. **Atenção Primária:Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, serviços e tecnologia**. 1ª ed. – Brasília: UNESCO, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002

TESSER, C .D. **A crise da atenção à saúde e a Biomedicina: reflexões críticas e propostas**. Campinas:UNICAMP.DMPS-FCM, 1998. (Dissertação de Mestrado).

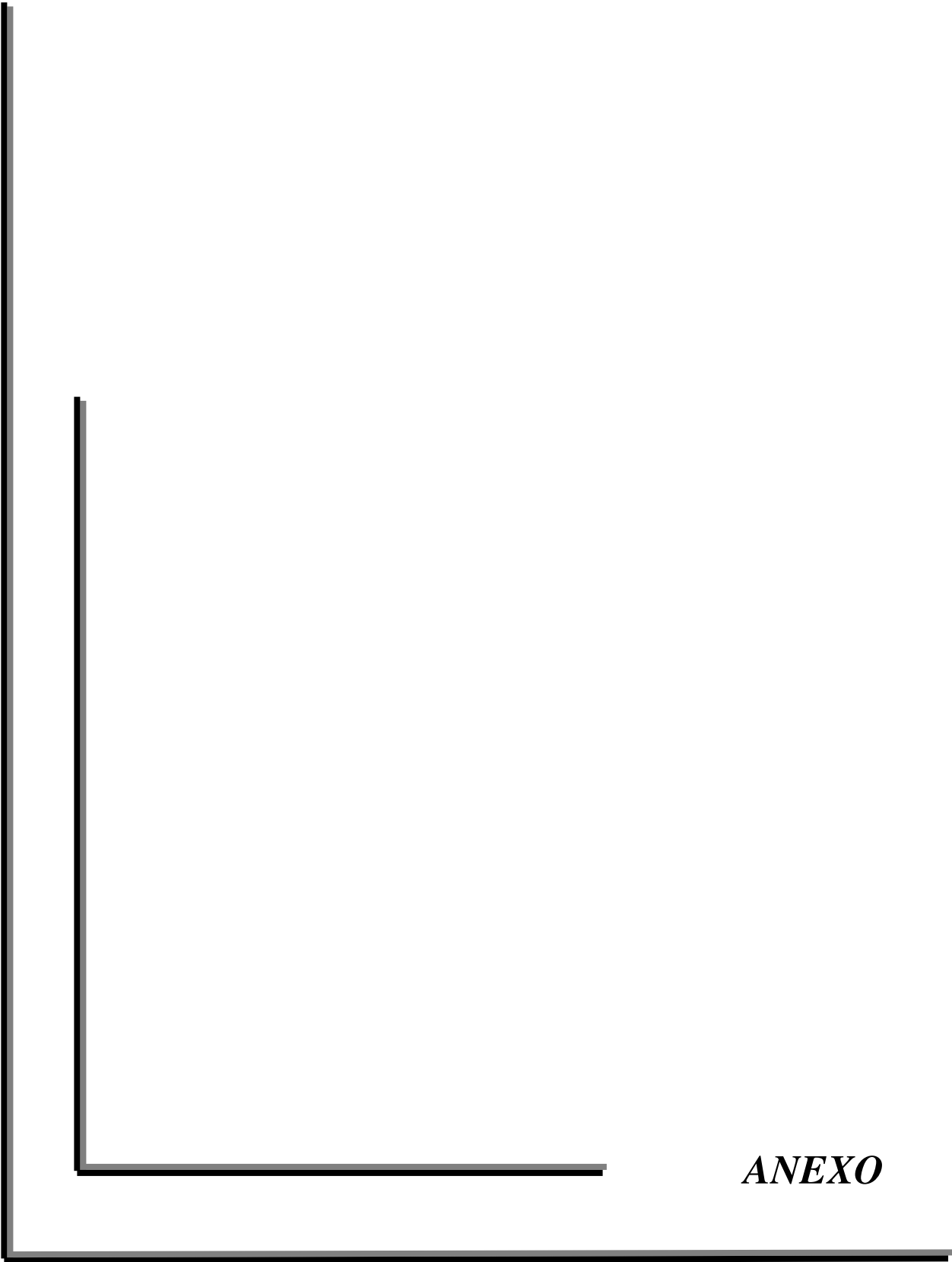
TESSER, C. D. **A clínica, a epidemiologia e os outros saberes em saúde: pensando os modelos assistenciais**. Saúde em debate, 45, dezembro, 1994, p.38-43. (Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES)

THORNTON,H., DIXON-WOODS, M. Editorials: **Prostate specific antigen testing for prostate cancer**. BMJ 2002;v. 325, p.725-726 ( 5 October ).[www.bmj.com](http://www.bmj.com)

WAITZKIN,H. **A critical Theory of Medical Discourse: Ideology, Social Control, and the Processing of Social Context in Medical Encounters**. **Journal of Health and Social Behavior** 1989. v. 30, p. 220-239 (June).

ZHUFAN, X.. **Medicina interna tradicional chinesa**. São Paulo: Roca, 1997

ZIMMER,L.P. A consulta ambulatorial. In DUNCAN B.B. **Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária**. 2<sup>a</sup> ed.. Porto Alegre. 1996. Cap 1, p. 51-54.



***ANEXO***

## ANEXO 1

(Disponível para gravação no sítio virtual [www.campinas.sp.gov.br/saude/anteprotocolo/indice.htm](http://www.campinas.sp.gov.br/saude/anteprotocolo/indice.htm) )

### ÍNDICE ANTIPROTOCOLO

- 1- INTRODUÇÃO E EXPLICAÇÕES
- 2- INDICADORES
  - a. COMO UTILIZAR E PARA QUE SERVEM OS INDICADORES
- 3- RECURSOS COMUNS A TODOS OS TEMAS
  - a. REUNIÃO DE EQUIPE
  - b. PTS
  - c. CONSULTA MÉDICA
  - d. CONSULTA DO ENFERMEIRO(A)
  - e. COMPARTILHAMENTOS DE PACIENTES (ENCAMINHAMENTO)
  - f. VISITA DOMICILIAR
  - g. OBESIDADE
  - h. HOMEOPATIA
  - i. MEDICINA TRADICIONAL CHINESA
  - j. CARTÃO DO PACIENTE CRÔNICO
  - k. GRUPOS
  - l. PROGRAMA MUNICIPAL DE PLANTAS MEDICINAIS SMS – PREFEITURA DE CAMPINAS
- 4- A CLÍNICA AMPLIADA NA ATENÇÃO BÁSICA
- 5- ANTIPROTOCOLO HAS
  - 5.1 - **SUGESTÃO DE INDICADORES DA HAS**
  - 5.2 CONHECIMENTOS BÁSICOS PARA EQUIPE SOBRE HAS.
    - A) Convivendo com Doenças Crônicas
    - B) O que é Hipertensão
    - C) Pressão Alta x Hipertensão
    - D) Prevalência da HAS
    - E) Conseqüências da HAS
    - F) Sintomas da HAS
    - G) Diagnóstico da HAS (incluindo técnicas de medida).
    - H) COMO MEDIR A PRESSÃO ARTERIAL
    - I) FATORES DE CORREÇÃO DA P.A PARA MANGUITO REGULAR
    - J) Classificação da HAS
    - K) Definindo Prioridades: Fatores de Risco
    - L) Desafios da Equipe na HAS

- 5.3 - TRATAMENTOS
  - 5.31- SEM REMÉDIO
  - 5.32 - COM REMÉDIOS.
- 5.4 - RECURSOS PARA DIAGNÓSTICO E CONTROLE
- 5.5 - O AGENTE COMUNITÁRIO E A HAS.
- 5.6 - UMA VISÃO GERENCIAL DA ATENÇÃO AO HIPERTENSO
- 5.7 - A MEDICINA CHINESA E A HAS
- 5.8 - DISCUSSÃO DE CASOS DA HAS
- 5.9- ANEXOS E BIBLIGRAFIA
- 6- ANTIPROTOCOLO DIABETE
  - 6.1 - SUGESTÃO DE INDICADORES DIABETE
  - 6.2 -CONHECIMENTOS BÁSICOS PARA EQUIPE SOBRE A DIABETE.
    - 6.21 - Os tipos mais Comuns
    - 6.22 - Como se Manifesta
    - 6.23 - Sinais de Alerta
    - 6.24 – Conhecimentos Básicos sobre o Diagnóstico
    - 6.25 - Conhecimentos Básicos Da Equipe Sobre Saúde Bucal E Diabetes
  - 6.3 - CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO
  - 6.4 - TRATAMENTOS SEM REMÉDIOS
  - 6.5 - RECURSOS PARA DIAGNÓSTICO E CONTROLE
  - 6.6 - O AGENTE COMUNITÁRIO E O DIABETE.
  - 6.7 - TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA HIPERGLICEMIA
  - 6.8 - A SAÚDE BUCAL E O DIABETE
  - 6.9 - MEDICINA CHINESA E O DIABETES
  - 6.10 - DISCUSSÃO DE CASOS
  - 6.11 - ANEXOS
- 7- ONCOLOGIA
  - 7.1 – **SUGESTÃO DE INDICADORES ONCOLOGIA**
  - 7.2 - CONHECIMENTOS BÁSICOS SOBRE CÂNCER PARA TODA A EQUIPE.
    - 7.21 - O QUE É CÂNCER?
    - 7.22 - A MORTE E O MEDO DO CÂNCER NA ATENÇÃO BÁSICA
  - 7.3 ATIVIDADES DAS EQUIPES CONTRA O CÂNCER
    - 7.31 - PREVENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA
    - 7.32 - ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE COM CÂNCER
    - 7.33 - ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE TERMINAL (MORFINA e QUIMIOTERAPIA Aguardando)
    - 7.34 - ATIVIDADES DO ACS (Aguardando)

## 7.4 - CONHECIMENTOS BÁSICOS, CRITÉRIOS DE SUSPEITA

### 7.41 CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

#### 7.42 - TUMORES UROLÓGICOS:

A) O CARCINOMA RENAL

B) CARCINOMA DE PRÓSTATA

C) CARCINOMA DE TESTÍCULO

D) CARCINOMA DE PÊNIS

### 7.43- CÂNCER DE PULMÃO

### 7.44- CÂNCER DE BOCA

### 7.45- SARCOMA E TUMORES DE PARTES MOLES

### 7.46- CÂNCER GÁSTRICO

### 7.47 - CÂNCER COLORETAL

### 7.48- CÂNCER DE LARINGE

### 7.49 - MELANOMA CUTÂNEO

### 7.4.10 - CÂNCER DE PELE

### 7.4.11 – ANEXOS

## 8- ANTIPROTOCOLO TABAGISMO

### 8.1 – INDICADORES TABAGISMO

### 8.2 - RECURSOS PARA EQUIPE ATUAR SOBRE O TABAGISMO

#### 8.2.A) NÚMEROS DO TABACO

#### 8.2.B - TABAGISMO E SAÚDE BUCAL

#### 8.2 C - DEFININDO OBJETIVOS: O TABACO E O CONCEITO DE SAÚDE.

#### 8.2 D - EDUCAÇÃO E AUTONOMIA: O TABACO E A CULTURA.

#### 8.2.E - RECOMENDAÇÕES PRÁTICAS

#### 8.2.F - MEDICINA CHINESA E TABAGISMO

#### 8.2G - ATIVIDADES DO ACS E TABAGISMO

#### 8.2 H - ENTREVISTA MOTIVACIONAL

#### 8.2 I - TABAGISMO PASSIVO E ATIVO

#### 8.2 J - TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PARA O TABAGISMO

#### 8.2 K - TRATAMENTO FITOTERÁPICO

#### 8.2 L TABAGISMO E EDUCAÇÃO E SAÚDE

#### 8.2 M CLÍNICA AMPLIADA E O TABAGISMO

#### 8.2 N ANEXOS

## 9- INDICADORES PRÉ-NATAL