



RUBENS BEDRIKOW

**A CLÍNICA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE
PARA A ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL**

CAMPINAS

2013



Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas

RUBENS BEDRIKOW

**A CLÍNICA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA
A ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL**

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

Tese de Doutorado apresentada à Comissão de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva, área de concentração em Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Este exemplar corresponde à versão final da tese defendida pelo aluno **RUBENS BEDRIKOW** e orientado pelo **PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS**

Assinatura do Orientador

CAMPINAS
2013

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

B391c Bedrikow, Rubens, 1962-
A clínica e as políticas públicas de saúde para a atenção básica no Brasil /
Rubens Bedrikow. – Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador: Gastão Wagner de Sousa Campos.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Ciências Médicas.

1. Medicina clínica. 2. Atenção primária à saúde - Brasil. 3. Políticas públicas
de saúde. I. Campos, Gastão Wagner de Sousa, 1952-. II. Universidade Estadual
de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The clinic and the health public policies for primary health care in
Brazil

Palavras-chave em inglês:

Clinical medicine

Primary health care - Brazil

Health public policies

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Gastão Wagner de Sousa Campos [Orientador]

Everardo Duarte Nunes

Gustavo Tenório Cunha

Milton de Arruda Martins

Regina Maria Giffoni Marsiglia

Data de defesa: 12-11-2013

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

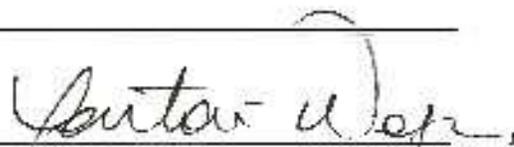
BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

RUBENS BEDRIKOW

Orientador (a) PROF(A). DR(A). GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS



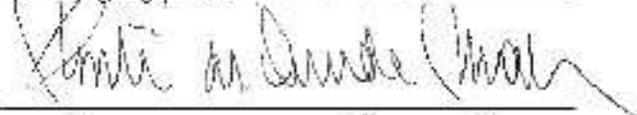
2. PROF(A). DR(A). EVERARDO DUARTE NUNES



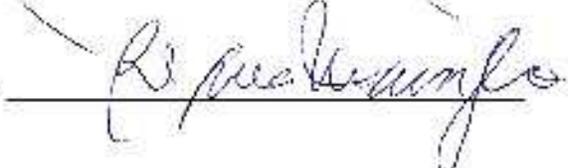
3. PROF(A). DR(A). GUSTAVO TENÓRIO CUNHA



4. PROF(A). DR(A). MILTON DE ARRUDA MARTINS



5. PROF(A). DR(A). REGINA MARIA GIFFONI MARSIGLIA



Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 12 de novembro de 2013

Ao meu pai (*in memoriam*).

Aos pacientes.

Aos médicos de amanhã.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Gastão, pela confiança depositada em mim, pelas valiosas contribuições ao estudo, pela indicação do caminho mais interessante, pela generosidade com que compartilhou seu saber, pela ampliação do olhar na direção dos sujeitos enfermos.

À Mena, pelo companheirismo, pelas sugestões e dicas, pela paciência diante do reverberado discurso sobre a Clínica.

Aos meus filhos Sofia, Guilherme, Frederico, Gabriel e Paula, pela alegria e juventude com que conviveram com o pai “em tese”.

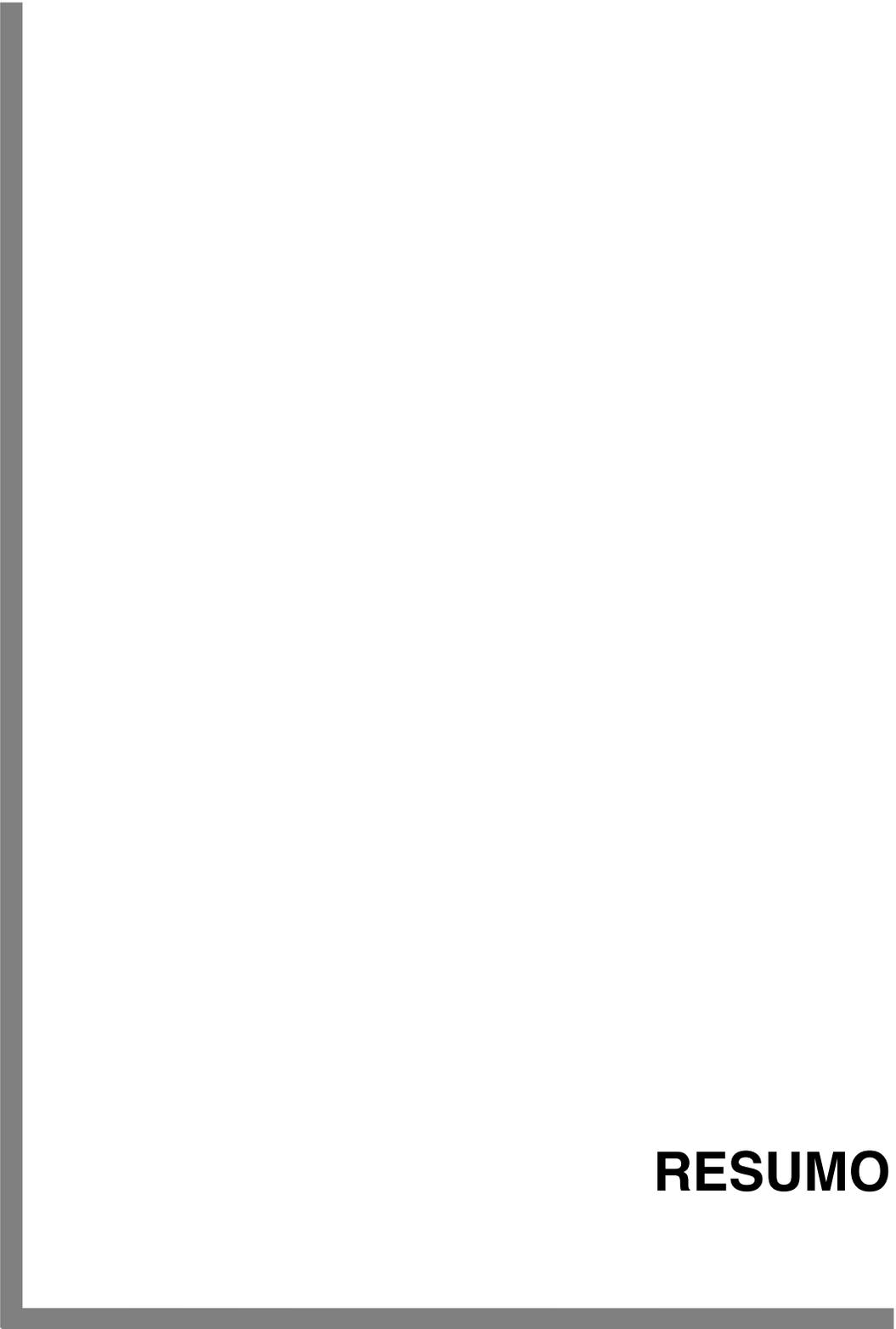
Aos professores e colegas do Depto. de Medicina Social da Santa Casa de São Paulo, que abriram as portas da História da Medicina, que generosamente me acolheram.

Aos professores e colegas do Departamento de Saúde Coletiva da Unicamp, por me apresentarem aos grandes pensadores e teorias da Saúde Coletiva.

Aos alunos, pelas indagações, dúvidas e encantamentos.

Aos colegas do Centro de Saúde do Jardim Rosália, por me fazerem ver e acreditar na Clínica Ampliada e Compartilhada.

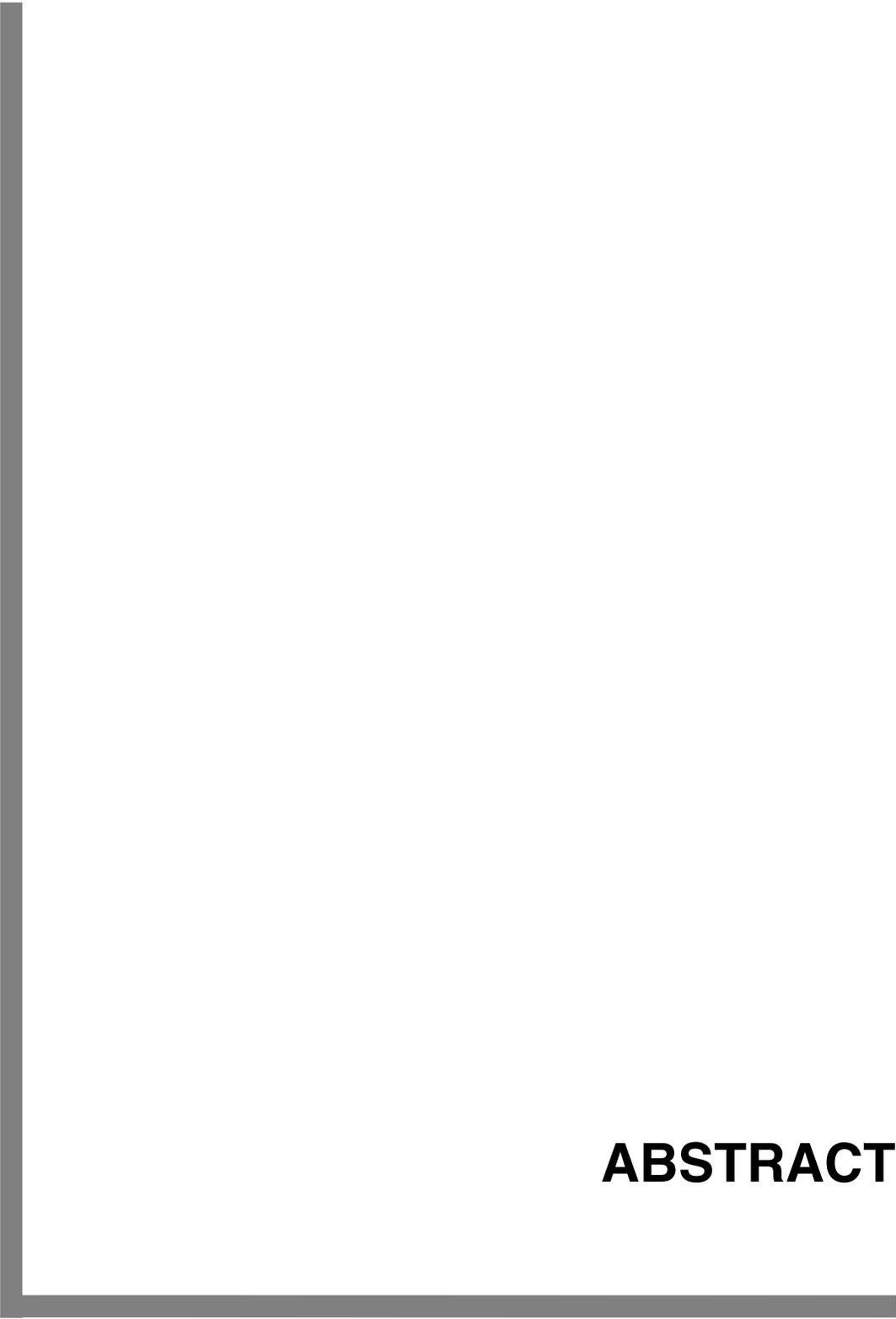
Aos sujeitos enfermos (ou não) que confiaram sua saúde e adoecimento a mim, sem os quais nada disso faria sentido.



RESUMO

Este trabalho, mediante estudos de referenciais teóricos e análise de documentos oficiais que organizam a Atenção Básica no Brasil, buscou traçar o trajeto percorrido pela clínica desde seu nascimento, no século XVIII, até hoje, a partir da contribuição da Ciência Moderna, Medicina Social e Coletiva, Psicanálise, Reabilitação Psicossocial, Medicina Centrada na Pessoa e Clínica Ampliada e Compartilhada, assim como apreender quais tipos de clínica estão presentes nesses documentos. Dos referenciais teóricos estudados, despreendeu-se que a clínica contemporânea contém vestígios de ideais clássicos da Grécia antiga, recuperados pelo Renascimento e que foram revigorados pela racionalidade empírica e positivista da ciência moderna e pela capacidade tecnológica pós revolução industrial, tornando-a competente para o diagnóstico e cuidado de doenças. Por outro lado, sofreu influências de outros campos epistemológicos que lhe ampliaram o olhar para o sujeito singular, real, individual ou coletivo, dando-lhe a feição atual, composta por duas principais vertentes: uma clínica da doença e outra do sujeito. Foram analisados os seguintes documentos oficiais: “Política Nacional de Atenção Básica”, coleção “Cadernos de Atenção Básica” (CAB), os CAB dedicados à “Hipertensão arterial”, “*Diabetes mellitus*”, “Envelhecimento e saúde da pessoa idosa”, “Controle dos cânceres do colo do útero e da mama”, “Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família”, o “Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - manual instrutivo”, a “Cartilha da Política Nacional de Humanização dedicada à clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular” e as “Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias”. Buscou-se elementos da Clínica Moderna, assim adjetivada em função da identificação com a ciência moderna, positivista, empírica, e elementos da Clínica Ampliada e Compartilhada, representante da clínica do sujeito. Com exceção da “Cartilha da Política Nacional de Humanização dedicada à clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular”, todos os documentos analisados contêm elementos da Clínica Moderna, notadamente ao dispor das atribuições dos profissionais das equipes, confirmando a hegemonia desse tipo de clínica. A presença,

nesses documentos, da clínica do sujeito, não chega a desarranjar o método clínico tradicional, próprio da Clínica Moderna. Este método prevalece, é aquele que os documentos propõem prioritariamente para o cuidado das pessoas na Atenção Básica. Contudo, a clínica do sujeito é citada com relativa frequência, sobretudo como elemento de mudança de modelo, quando se expressa o desejo de não reduzir a pessoa a sua doença. A inclusão do sujeito singular como objeto da clínica pode ser considerada uma posição contra-hegemônica ou contra-paradigmática, desafiando os princípios positivistas da Clínica Moderna interessada quase que exclusivamente na doença. Por outro lado, é coerente olhar para a clínica contemporânea como sendo multiparadigmática e, nessa lógica, como uma única clínica capaz de equilibrar as diferentes teorias que lhe dão suporte, em especial as dimensões que dizem respeito à doença e ao sujeito.



ABSTRACT

This paper, based on theoretical referential studies and the analyzes of the official documents that organize Basic Health Attention in Brazil aimed at searching to identify the clinical pathway since its birth in the XVIII century until today by means of the contribution of Modern Science, Social and Collective Medicine, Psychoanalysis, Psychosocial Rehabilitation, Person-Centered Medicine and Amplified and Shared Clinic as well as detecting which kinds of clinic are present in such documents. From the studied theoretical references, it was noticed that contemporaneous clinic does have a trace of the ancient Greek classical ideals recovered by Renaissance that were revitalized by the empirical and positivist rational nature of modern science and technological advances of post industrial revolution, competent in diseases diagnosis and care. On the other hand, it has suffered influence by other epistemological fields which broadened the attention to the individual, real subject, individual or collective one providing its current features responsible for the two main dimensions: the disease and the subject clinic. The following official documents were analyzed: “National Policy of Basic Attention”, A collection of “Basic Attention Articles” (CAB), the articles devoted to “Arterial Hypertension”, “Diabetes Mellitus”, “Aging and the elderly health”, “Breast and cervical cancer controls”, “NASF guidelines: Family Health Support Nucleus”, The “National Access and quality improvement in Basic Attention - Instruction manual”, The guidebook of Humanizing National Policy on Amplified Clinic reference team and singular therapeutic project” and the “Guidelines for the chronic patient care on the Health Attention Network and on Priority Care Attention Lines”. Elements from the so called modern clinic, due to its identification with modern, positivist, empirical science as well as from amplified and shared clinic representing the clinic based on the individual subject were searched. Except for the “Guidebook of National Humanizing Policy on amplified clinic, the reference team and singular therapeutic Project”, all the analyzed documents contain elements from Modern Clinic, notably by the attributions of professional teams, which confirm the hegemony of this type of clinic. The clinic of the individual subject present on these documents, does not rearrange the traditional clinical method, characteristic of modern clinic. The method that prevails

is the one that proposes priorities for basic attention people care. However, the clinic for the subject is quite often mentioned especially as an element of model change whenever the desire of not reducing the person to its disease is expressed. The inclusion of an individual subject as an object of the clinic may be considered counter-hegemonic or counter-paradigmatic, challenging the positivist principles of Modern Clinic almost exclusively interested in the disease. Nevertheless, it is coherent to look at contemporaneous clinic as multiparadigmatic and under this spectrum, as the only one capable of balancing different theories which give support, in special, to the dimensions concerning the disease and the subject.

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 George Washington sendo atendido pelos médicos Craik e Brown, por volta de 1800.....	46
Figura 2 Médico examinando criança. Norman Rockwell, 1900s.....	51
Figura 3 Winthrop Chandler. Dr. William Gleason, 1785.....	60
Figura 4 Paciente com desvio de rima bucal, indicando acidente vascular encefálico.....	62

	Pág.
RESUMO	xi
ABSTRACT	xv
1- APRESENTAÇÃO	25
2- INTRODUÇÃO	31
3- A CONSTRUÇÃO DA PESQUISA	35
3.1- Objetivos	37
3.2- As perguntas que a pesquisa buscou responder	37
3.3- As hipóteses iniciais da pesquisa	38
3.4- Metodologia	38
4- A CLÍNICA	43
4.1- Etimologia e definição	45
4.2- As escolas de Cnido e Cós	47
4.3- A clínica moderna	51
4.4- A contribuição da medicina social e da saúde coletiva	65
4.5- A contribuição da psicanálise	73
4.6- A contribuição da reabilitação psicossocial	76

4.7- A contribuição da medicina baseada em evidências.....	78
4.8- A medicina centrada na pessoa.....	84
4.9- A clínica ampliada e compartilhada.....	88
4.10- Paradigmas e possibilidades da clínica: uma síntese.....	93
5- POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL.....	101
5.1- A experiência da Estratégia da Saúde da Família (ESF).....	107
6- A ANÁLISE DOCUMENTAL.....	113
6.1- categorias analíticas.....	115
6.2- Análise dos documentos.....	116
7- DISCUSSÃO.....	165
8- CONCLUSÕES.....	179
9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	183



1- APRESENTAÇÃO

A concepção deste trabalho adveio da inquietação de conhecer como a clínica foi se construindo até atingir sua conformação atual - com diversas possibilidades e métodos - e sua relação com as políticas públicas para a atenção primária no Brasil. Havia duas hipóteses principais. A primeira de que a clínica contemporânea é fruto de diferentes paradigmas que foram se interligando uns aos outros, entrelaçando-se de forma complexa, acompanhando a trajetória epistemológica e política da sociedade moderna, e que seria possível compreender seus métodos a partir do resgate da sua história. A segunda considerava que os documentos oficiais referentes às políticas públicas de saúde traduziriam determinadas teorias e visões de mundo, definidoras, pelo menos teoricamente, do modo de exercer a medicina, e que tais políticas pecariam por pouco “conversar” com métodos clínicos não tradicionais, comprometendo seu impacto na melhoria da saúde da população. Nessa lógica de fortalecimento ou resgate da aliança entre a gestão, o planejamento e a clínica, nasceu a proposta de estudar algumas das políticas públicas de saúde sob o foco do tipo de clínica presente, com destaque para a disputa entre uma clínica tradicional, voltada essencialmente à doença, e outras atentas ao sujeito singular. Para tanto, estudou-se referenciais teóricos relacionados à história da clínica e da medicina em geral, enfatizando os diferentes métodos clínicos, seguido de análise de documentos oficiais destinados a gerir a Atenção Básica no Brasil.

Certamente, a trajetória do pesquisador, instruído primeiramente nos princípios da clínica tradicional, mas, seduzido posteriormente pela clínica do sujeito contida no Método Paidéia, desquietou-lhe profundamente os pensamentos que poderiam, quem sabe, reaver a tranquilidade mediante a compreensão dos paradigmas que orientam os diferentes métodos clínicos.

O pesquisador já vivenciara desassossego parecido quando, por ocasião do mestrado, debruçou-se sobre as mulheres com dor crônica (Bedrikow, 2008). Nessa ocasião, levou consigo a experiência da clínica ampliada e compartilhada para escutar suas histórias de vida.

Afora a academia, atividades profissionais vinculadas a uma equipe de saúde da família, admitiam o exercício da clínica ampliada e compartilhada no cotidiano, o que, paulatinamente, reforçou a convicção nessa modalidade de medicina.

O capítulo “A Clínica” abre-se com uma abordagem etimológica do tema, no intuito de esclarecer a origem do clínico. Em seguida, recuperou-se os princípios doutrinários básicos das escolas gregas de Cnido e Cós a fim de mostrar que o dualismo entre os que fazem a clínica da doença e aqueles que ampliam o olhar para as experiências do doente tem raízes na Antiguidade, perpassando a história da humanidade nos últimos séculos.

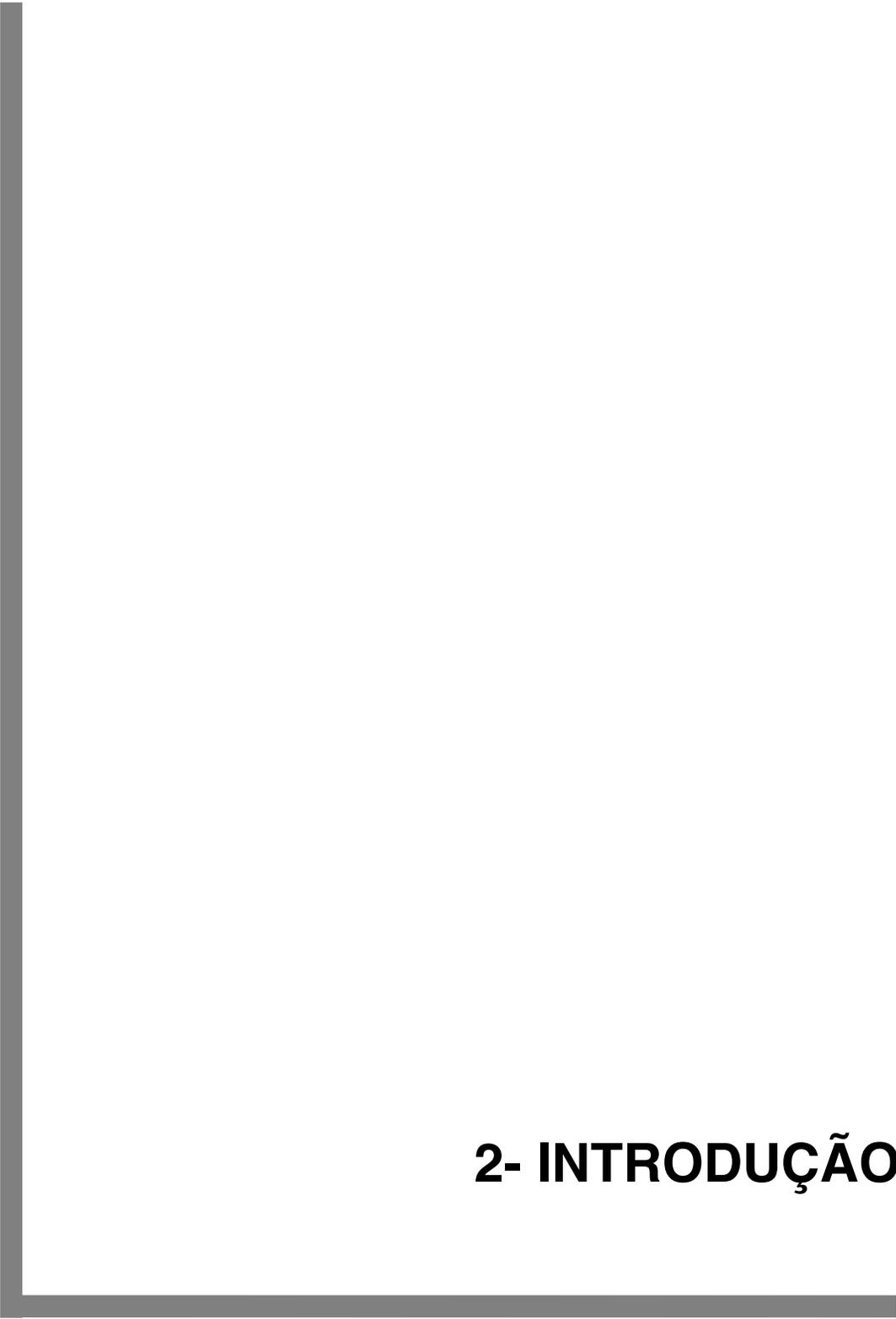
A construção da clínica inicia-se com a clínica moderna, assim adjetivada, neste estudo, em razão da identificação com a ciência moderna. Seu método está relativamente pronto desde o século XVIII e se mantém hegemônico até hoje, tendo sido objeto de análise do filósofo Foucault (2011) no seu livro “O nascimento da clínica”. As seções subsequentes trazem as contribuições de outras áreas da medicina que, sob a ótica do pesquisador, firmaram ou chacoalharam o método clínico tradicional. São elas, a Medicina Social e Saúde Coletiva, a Psicanálise, a Reabilitação Psicossocial, a Medicina Baseada em Evidências, a Medicina Centrada na Pessoa e a Clínica Ampliada e Compartilhada.

Os “Paradigmas e possibilidades da clínica: uma síntese” nada mais é do que uma composição a partir das contribuições previamente visitadas. Serviu para responder às duas primeiras perguntas da pesquisa, isto é, qual o trajeto percorrido pela clínica desde o seu nascimento até hoje e quais os paradigmas da clínica contemporânea. Esta elaboração ajudou ainda a definir as categorias analíticas necessárias para o exame dos documentos oficiais dirigidos à Atenção Básica.

Findo o estudo da clínica, o pesquisador pôs em foco as “Políticas públicas de saúde e a Atenção Básica no Brasil”, com o compromisso do cotejo ulterior entre esse tema e os paradigmas da clínica. Propositadamente,

destacou-se a Estratégia de Saúde da Família por entender que carrega consigo princípios que poderiam efetivamente transformar o método clínico tradicional.

O cotejamento prometido iniciou-se pela análise documental da Política Nacional de Atenção Básica, buscando compreender de que forma potencializa ou dificulta o exercício da clínica da doença ou do sujeito, representadas pela clínica moderna ou ampliada e compartilhada, respectivamente. Em seguida, a apreciação de outros documentos que também organizam a Atenção Básica no Brasil.



2- INTRODUÇÃO

Clínica é o processo que se dá no encontro entre dois sujeitos singulares - um profissional e um doente, uma equipe e um doente, uma equipe e um coletivo-tendo como pano de fundo o binômio saúde-doença (Cunha, 2004). O objetivo e a dinâmica desse encontro, assim como o papel de cada um dos sujeitos envolvidos, dependem de fatores epistemológicos e sociais historicamente construídos. Em outras palavras, o método clínico é produto do paradigma triunfante em determinado momento histórico.

Segundo Campos (2003), não obstante a “declaração ideológica” da existência de uma clínica única, totalizante, pode-se-lhe distinguir três semblantes: a clínica oficial, a degradada e a ampliada (do sujeito).

A clínica degradada corresponde à diminuição teórica e prática da potencialidade do exercício da medicina em razão do atravessamento de interesses que comprometem a racionalidade estritamente clínica da medicina oficial. Exemplo disso é o sistema de trabalho queixa-conduta, comum em Pronto-Atendimentos. Neste caso, o interesse restringe-se tão somente aos sintomas e sinais, sem prosseguir até o diagnóstico da doença. Corresponde à degradação ou redução da clínica oficial.

A clínica oficial ou tradicional ou “Clínica clínica” opera tendo a doença como único objeto de trabalho, desresponsabilizando-se pela integralidade dos sujeitos. Vale-se de um método empírico-classificatório e de raciocínio lógico-dedutivo patofisiológico para diagnosticar e tratar doenças. Responsabiliza-se pela enfermidade, nunca pela pessoa do enfermo. É a clínica que, predominantemente, se ensina nas escolas médicas e que se pratica mais amiúde. As limitações impostas por esse modo de conceber a clínica, com “um enfoque desequilibrado para o lado biológico, esquecendo-se das dimensões subjetiva e social das pessoas”, serviram de “inspiração” para que Campos (2003) ampliasse e revisasse a clínica, incluindo o sujeito singular e o contexto, sem, contudo, ignorar a doença. Ainda que, no âmbito teórico, a clínica ampliada se mostre mais potente, na prática, a clínica oficial é tida como

hegemônica. Isso se deve à supremacia de paradigmas afeitos à ciência positivista e aos interesses de determinados grupos sociais detentores do poder. Contudo, a fragilidade da clínica oficial, notadamente diante de demandas que não se encaixam em diagnósticos previstos por aquele método, “pede” a abertura de novos caminhos. Como resposta, surgiram, entre outras, as propostas da Clínica Ampliada e Compartilhada e da Medicina Centrada na Pessoa que enfatizam o sujeito mais que a doença.

Não obstante a pertinência da ampliação da clínica em todos os níveis de atenção, a dimensão subjetiva e singular do sujeito enfermo aflora com mais naturalidade na atenção primária, em razão da facilidade maior de acesso, longitudinalidade do cuidado e proximidade e vínculo com os profissionais de saúde. Portanto, é possível supor uma maior presença da clínica do sujeito, seja na forma da Clínica Ampliada e Compartilhada ou da Medicina Centrada na Pessoa, nos documentos oficiais relacionados à Atenção Básica no Brasil. Estes, por sua vez, “carregam” consigo os paradigmas e interesses das políticas públicas de saúde, combinando as dimensões técnica e política.

A proposta deste estudo é desenhar a construção da clínica desde seu nascimento no século XVIII (Foucault, 2011) a partir da compreensão da dimensão histórica e do reconhecimento de diferentes facetas, além da análise de documentos oficiais referentes à Atenção Básica do ponto de vista do tipo de clínica presente.



3- A CONSTRUÇÃO DA PESQUISA

3.1- Objetivos

3.1.1- Objetivo geral

Conhecer as principais características da clínica contemporânea, a partir da dimensão histórica da sua construção, e analisar o conteúdo de documentos oficiais destinados a gerir a Atenção Básica no Brasil do ponto de vista do tipo de clínica presente.

3.1.2- Objetivos específicos

- a) Desenhar a construção da clínica contemporânea desde seu “nascimento”, no século XVIII, até os dias atuais a partir da contribuição das seguintes áreas: Ciência Moderna, Medicina Social e Saúde Coletiva, Psicanálise, Reabilitação Psicossocial, Medicina Baseada em Evidências, Medicina Centrada na Pessoa e Clínica Ampliada e Compartilhada;
- b) Analisar os principais documentos oficiais referente às políticas públicas para a Atenção Básica no Brasil a partir da compreensão dos paradigmas da clínica.

3.2- As perguntas que a pesquisa buscou responder

- a) Qual o trajeto percorrido pela clínica desde seu nascimento até hoje?
- b) Quais são os paradigmas da clínica contemporânea?
- c) Que tipo de clínica aparece nos documentos que organizam a Atenção Básica no Brasil?

3.3- As hipóteses iniciais da pesquisa

Algumas hipóteses estão na origem desta pesquisa:

- 1-** A gestão e o planejamento não podem estar descolados da clínica;
- 2-** As políticas públicas de saúde devem considerar/explicitar o tipo de clínica que será exercido;
- 3-** Novas políticas de saúde têm se mostrado insuficientes em produzir reais mudanças na forma de produção de saúde porque não estão direcionadas para que se exerça uma clínica diferente da tradicional (hegemônica).

3.4- Metodologia

3.4.1- As opções metodológicas

Tendo em vista os objetos deste estudo - a clínica e as políticas públicas de saúde para a Atenção Básica no Brasil - e os objetivos propostos, o pesquisador optou por realizar uma pesquisa documental que consistiu no estudo de referenciais teóricos, construção de categorias analíticas e análise de documentos.

3.4.2- A pesquisa documental

A pesquisa documental consiste em métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos originais, que ainda não receberam tratamento analítico/científico (Sá-Silva, 2009). Este estudo seguiu as seguintes etapas ou procedimentos:

- 1-** Estudo dos referenciais teóricos;
- 2-** Construção das categorias analíticas;
- 3-** Seleção dos documentos;
- 4-** Análise dos documentos.

3.4.3- O estudo dos referenciais teóricos

Os referenciais teóricos emergiram da leitura de livros e artigos técnicos relacionados à clínica, à história da medicina, à organização do sistema de saúde brasileiro, entre outros, mas também de literatura não científica, o que ajudou a compor com mais clareza o quadro que se pretendia “pintar”, algo impossível apenas com a bibliografia técnica. Esta etapa ganhou corpo gradativamente, à medida que o pesquisador “enfiava-se” nos textos escolhidos, tanto pelo encantamento com as “descobertas” que fazia, como pelo entendimento de que, da riqueza do processo dependia a construção mais acertada das categorias que serviriam de guia para a análise dos documentos. Os textos que sustentam os referenciais teóricos foram-se somando uns aos outros no decorrer da pesquisa sem que pudessem ser totalmente vislumbrados a priori. A deleitação proveniente da proximidade com autores e obras de grande valor histórico, científico e literário em geral, “amarrou” o pesquisador nesta etapa, vindo este a desvencilhar-se da prazente atividade apenas por necessidade de prosseguir no caminho traçado previamente. Deu por encerrada esta interminável fase, ficando a ambígua impressão de inchaço e incompletude.

No que diz respeito à clínica, o pesquisador elegeu as seguintes grandes áreas que, a seu ver, contribuíram para a construção do jeito contemporâneo de exercer a medicina: Ciência Moderna, Medicina Social e Saúde Coletiva, Psicanálise, Reabilitação Psicossocial, Medicina Baseada em Evidências, Medicina Centrada na Pessoa e Clínica Ampliada e Compartilhada. Ainda que ciente da progressiva influência de práticas alternativas como a acupuntura, homeopatia, medicina ortomolecular, fitoterapia, entre outras, o pesquisador optou por não estudar a relação das mesmas com a clínica tradicional por entender que se vinculam obedecendo a uma lógica muito peculiar e diversa daquela que aproxima os campos da medicina listados acima e a clínica contemporânea, fugindo, portanto, do escopo do estudo.

3.4.4- Construção das categorias analíticas

As informações e reflexões extraídas dos referenciais teóricos permitiram a elaboração de uma teoria sobre a clínica no sentido de esclarecer sua origem, evolução e diferentes facetas (tipos), tornando possível uma síntese sobre a mesma, a partir da qual foram construídas categorias analíticas relacionadas aos diferentes tipos de clínica e destinadas à análise dos documentos oficiais selecionados. Em outras palavras, tais categorias não poderiam ser conhecidas aprioristicamente; ao contrário, só surgiram após o estudo dos referenciais teóricos. Por isso, serão apresentadas mais adiante.

3.4.5- A seleção dos documentos

A seleção dos documentos oficiais que seriam submetidos à análise qualitativa do seu conteúdo obedeceu a algumas imposições da pesquisa. Deu-se preferência àqueles que, de alguma forma, visassem os profissionais e gestores que atuam na atenção primária e que indicassem o modo de fazer clínica. Portanto, privilegiou-se aqueles referentes à organização da Atenção Básica e à operacionalização das ações de saúde neste nível de atenção. Por ocasião da análise dos mesmos, aprofundar-se-á a reflexão a propósito da pertinência de cada um deles nesta pesquisa.

DOCUMENTO	OBSERVAÇÃO
Política Nacional de Atenção Básica	2012
Cadernos de Atenção Básica	Coleção
CAB nº 15- Hipertensão arterial	2006
CAB nº 16- Diabetes mellitus	2006
CAB nº 19- Envelhecimento e saúde da pessoa idosa	2006
CAB nº 13- Controle dos cânceres do colo do útero e da mama	2013
CAB nº 27- Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família	2010
Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - manual instrutivo	2012
Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular - Cartilha da Política Nacional de Humanização	2008
Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias	2013

Convém frisar que não se encontrou documento recente elaborado pelo Ministério da Saúde que tratasse explicitamente da Estratégia de Saúde da Família e, mais particularmente, do tipo de clínica preconizado.

3.4.6- A análise dos documentos

A análise dos dados “é o momento de reunir todas as partes - elementos da problemática ou do quadro teórico, contexto, autores, interesses, confiabilidade, natureza do texto, conceitos-chave” (Cellard, 2008). Pode-se, assim, fornecer uma interpretação coerente, tendo em conta a temática ou o

questionamento inicial. A etapa de análise de documentos objetiva produzir ou reelaborar conhecimentos e criar novas formas de compreender os fenômenos.

Neste estudo, realizou-se a análise qualitativa do conteúdo de documentos oficiais selecionados. Buscou-se identificar, nos documentos que definem as políticas públicas para a Atenção Básica no Brasil, informações referentes ao tipo de clínica, respeitando as hipóteses de interesse do pesquisador.

Uma conclusão sucinta sobre o conteúdo dos documentos foi elaborada após o exame de cada um deles.



4- A CLÍNICA

4.1- Etimologia e definição

A palavra grega que nomeava o médico era *iatrós*. No entanto, aqueles que atendiam doentes acamados, em seus domicílios, eram designados pelo vocábulo *linikós*, de *kline* - leito, cama (Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, 1986; Rezende, 2012; Pinto, 1946). Essa prática médica à beira do leito - *klinike teckne* - era reservada aos nobres e patrícios, enquanto que o restante da população recebia cuidados médicos em templos ou praças. Outro elemento de composição da palavra *linikós* pode ser *klíno* - inclinar, dobrar (Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, 1986). A imagem do médico inclinado, debruçado sobre o leito do doente, exercendo sua prática, é familiar à maioria das pessoas e pode carregar variados significados para diferentes pessoas em diferentes momentos históricos. Por exemplo, o ato de inclinar-se diante de outrem pode ser interpretado como uma forma de reverência, respeito, doação, dedicação. Mas pode também significar submissão ou ainda dominação pois, no caso, a outra pessoa encontra-se abaixo, horizontalizada. Um pouco disso tudo será explorado neste estudo.

O quadro a seguir ilustra a *klinike teckne* ao mostrar George Washington sendo atendido pelos médicos Craik e Brown, por volta de 1800 (Carmichael e Ratzan, 1991; Porter, 1996).

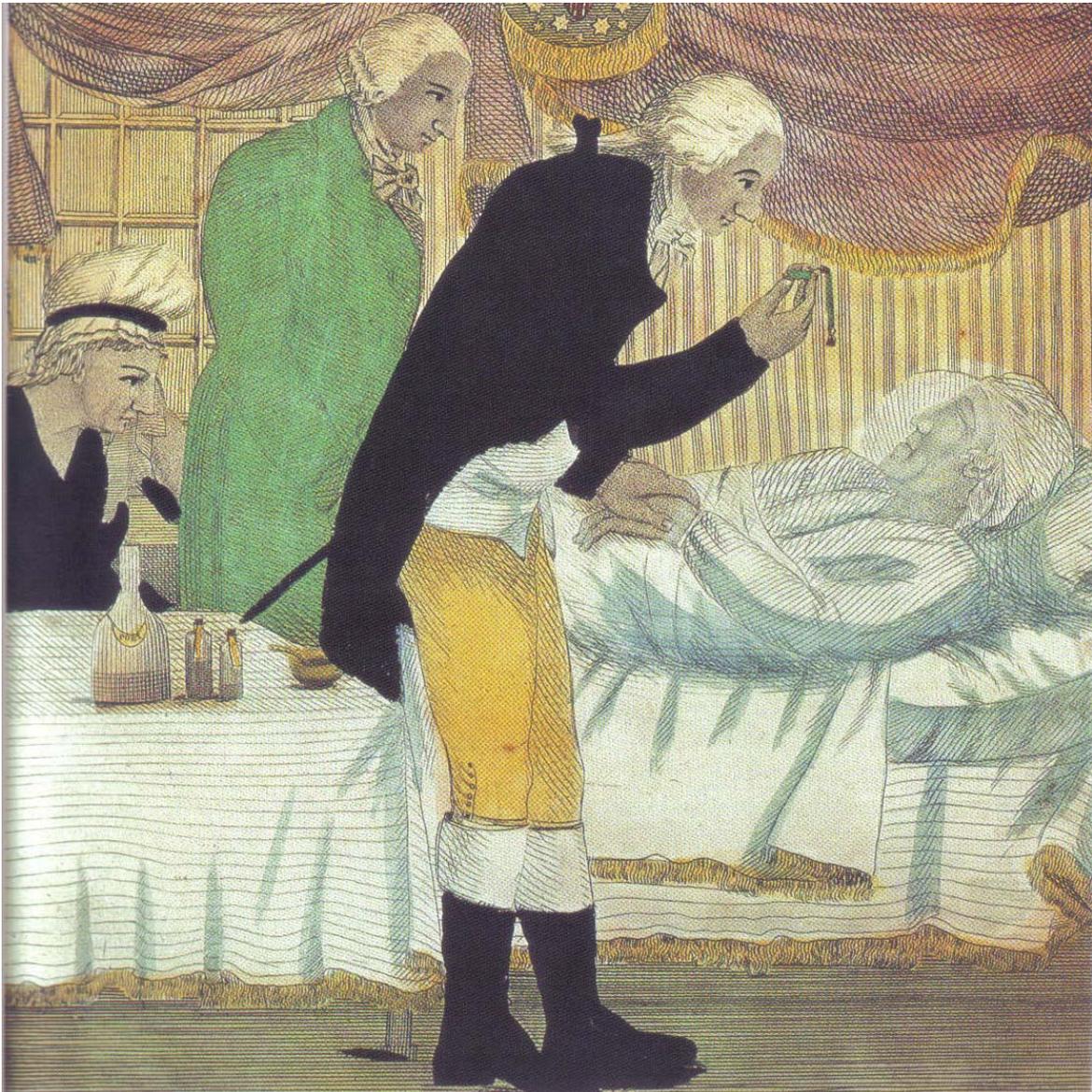


Figura 1- A *klinike teckne*. George Washington sendo atendido pelos médicos Craik e Brown, por volta de 1800.

Portanto, no que diz respeito à etimologia, clínica corresponde a prática da medicina à beira do leito. No entanto, como exposto adiante, a abrangência do termo é muito mais ampla.

A forte influência da cultura helênica sobre a cultura romana fez com que muitas palavras gregas assumissem uma forma correspondente em latim. O termo *klinikós* passou a *clinicus*, conservando essa forma nos idiomas originados do latim ou por ele influenciados: clínico (português, espanhol e italiano), *clinicien* (francês), *clinician* (inglês), *kliniker* (alemão). O mesmo não ocorreu com *iatrós* que foi substituído em latim por *medicus*, *i*, derivado do verbo *medeor*, *eri*, oriundo, por sua vez, do verbo grego *medeo*, com o sentido de cuidar, tratar, proteger. Na Idade Média, deu-se a aposição do epíteto latino *physicus* denotando a aproximação da arte médica com o estudo e busca do controle da natureza (*physis*). Assim a medicina recebeu o cognome de “Física” e o médico passou a ser chamado de físico, cientista que observa e compreende, pela experiência, os corpos naturais (Santos Filho, 1977). O termo físico continuou sendo usado até o século XVIII e persiste, na língua inglesa (*physician*), até os dias atuais (Rezende, 2012; Santos Filho, 1977).

4.2- As escolas de Cnido e Cós

A medicina grega estruturou-se, desde o século 5º AC, a partir de quatro grandes escolas, em Cnido, Cós, Crotona e Sicília (Durant, 1943). Antes disso, achava-se fortemente ligada à religião, o tratamento das doenças ficando a cargo dos sacerdotes de Asclépio. Predominava a concepção mágico-religiosa, sendo a doença, no geral, um castigo dos deuses (Lyons e Petrucelli, 1987; Scliar, 2002). O grande acontecimento na história da ciência grega dessa época, foi a transição para a medicina racional. De acordo com Durant (1943),

Essa templo-terapia formava uma combinação de medicina empírica com impressionantes rituais e encantamentos que davam asas à imaginação do paciente; o hipnotismo e alguma forma de anestesia eram empregados. A medicina secular fazia concorrência à eclesiástica.

Embora os dois grupos atribuíssem a própria origem a Asclépio, os asclepiades profanos rejeitavam o concurso religioso, não alardeavam curas miraculosas e gradualmente colocaram a medicina em bases racionais.

A medicina egípcia havia ousado algum avanço no sentido da racionalidade ao aplicar um método clínico sistemático baseado na escuta das queixas dos pacientes, teorias fisiológicas e exame físico, conforme informações contidas no papiro de Ebers (*The Papyrus Ebers*, 1991). Contudo, a história clínica era pouco detalhada em relação ao que fizeram os gregos posteriormente (Lyons e Petrucelli, 1987).

Interessou ao pesquisador compreender as diferenças de métodos clínicos adotados pelas escolas de Cnido e Cós.

4.2.1- A escola de Cnido

Localizada no extremo da península de Datça, atualmente em território turco, Cnido foi um centro de arte e cultura no século IV a.C.

A escola de Cnido produziu uma coleção de tratados médicos, as “Sentenças Cnidianas”, conhecidas graças ao fato de terem sido citadas no *Corpus Hippocraticum* e nos comentários de pensadores e médicos como Galeno. É provável que alguns escritos atribuídos a Hipócrates sejam, na realidade, originários de Cnido. O método clínico adotado por essa escola baseava-se na classificação das doenças de acordo com o órgão afetado e os sintomas. A despeito das descrições claras e completas da história dos pacientes, a ênfase estava na doença mais do que no doente (Lyons e Petrucelli, 1987). Esta escola de pensamento tida como convencional, acadêmica e ontológica - a doença era vista como um “ser” - preocupava-se com os órgãos e as doenças, buscando classificar e nomear a doença como uma entidade independente, separada da pessoa (Bedrikow e Campos, 2011).

Nas palavras de Durant (1943),

Uma lamentável guerra travou-se entre a escola de Cós e a de Cnido; pois os cnídios, contrários à tendência de Hipócrates de basear a “prognosis” na patologia geral, insistiam na cuidadosa classificação de cada doença e no tratamento por métodos específicos.

Essa forma de “exercer a medicina” assemelha-se à Clínica Moderna, que também parte da classificação das doenças e tem como objeto de atenção a doença, mais do que o doente. Os principais expoentes desta escola foram Euryphon, Ctesias, Chrisippos, Polycrates, Endoxos e Nichimachos, o pai de Aristóteles. Euryphon teria sido um grande anatomista e um dos mais famosos médicos de seu tempo, deixando muitas contribuições para as “Sentenças Cnidianas” (Lyons e Petrucelli, 1987).

4.2.2- A escola de Cós

Cós ou Kós é uma ilha grega localizada na extremidade leste do mar Egeu, junto à costa sudoeste da Turquia. Ali, à sombra de um *Platanus orientalis*, Hipócrates ensinava medicina no século 5 A.C. A árvore continua lá e uma muda da mesma foi plantada no Jardim Botânico do Rio de Janeiro, em 1954, pelo médico Ivolino de Vasconcelos, fundador e presidente do extinto Instituto Brasileiro de História da Medicina, a partir de uma doação do governo da Grécia (Tuoto, 2011). Posteriormente, outros exemplares foram plantados em jardins de universidades brasileiras.

Os textos atribuídos a Hipócrates, mas que provavelmente foram obra de várias pessoas, formam o *Corpus Hippocraticum* e traduzem uma visão racional da medicina, valorizando a observação empírica e revelando inclusive uma visão epidemiológica do problema saúde-doença.

O médico e escritor Pedro Nava, por ocasião de conferência pronunciada no Real Gabinete Português de Leitura, no Rio de Janeiro, como parte das comemorações do Dia de Portugal, a 10 de junho de 1961, referiu-se a Hipócrates como

Verdadeiro criador do método indutivo da lógica, é nesta qualidade e encerrado nesta categoria que o gênio reflexivo, amplo e abrangedor de Hipócrates vai marcar terminantemente a agonia da medicina místico-teúrgica, substituindo a especulação imaginativa, fácil e desordenada pelo adestramento na observação, pela disciplina na experiência e pela serenidade no julgamento (Nava, 2004).

Segundo Durant (1943),

O espírito de Hipócrates era[...]imaginativo mas realista, contrário a mistérios e farto de mitos, reconhecendo o valor da religião, mas lutando por compreender o mundo em termos racionais.[...]O papel histórico de Hipócrates e seus seguidores foi o de libertar a medicina tanto da religião como da filosofia.

Os hipocráticos não faziam nenhuma classificação das doenças e empregavam essencialmente métodos empíricos, desprezando bases teóricas, no manejo dos doentes. Os métodos hipocráticos enfatizavam o paciente mais do que a doença, dando grande atenção à “cuidadosa observação e minuciosa anotação dos casos e fatos específicos” (Durant, 1943). A corrente de pensamento da escola de Cós seguia o método natural/descritivo, ocupando-se do organismo e da doença e descrevendo a experiência com a doença em todas as suas dimensões. Ao contrário da corrente cnidiana, esta escola de Cós considerava o doente como o problema real da medicina. Nesse sentido,

está mais próxima das experiências contemporâneas da Medicina Centrada na Pessoa e da Clínica Ampliada e Compartilhada. (Scliar, 2002; Lyons e Petrucelli, 1987).

Portanto, as escolas de Cnido e Cós apregoavam métodos clínicos diferentes na abordagem dos problemas de saúde das pessoas, a primeira enfatizando a doença e a segunda valorizando a experiência com a doença. Grosseiramente, pode-se reconhecer um método centrado na doença e outro preocupado com o sujeito, coexistindo de forma complementar ou antagônica, provavelmente até hoje.

4.3- A clínica moderna



Figura 2- Médico examinando criança. Norman Rockwell, 1900s. (Porter, 1996)

*C'est que, faute de savoir ce qui est écrit là-haut,
on ne sait ni ce qu'on veut ni ce qu'on fait,
et qu'on suit sa fantasie qu'on appelle raison,
ou sa raison qui n'est souvent qu'une dangereuse fantasie
qui tourne tantôt bien, tantôt mal¹.*

(Diderot, 1970)

O método clínico tradicional surgiu do desenvolvimento da ciência moderna e sua racionalidade baseada na observação e classificação da natureza. A busca de doenças presentes no corpo, a partir da observação empírica, foi apontada pelo filósofo francês Michel Foucault (1926-84) como a principal característica da Clínica Moderna, a partir do século XVIII. Nos dois séculos anteriores, a ciência ocidental, após um longo período de misticismo medieval, caminhou no sentido de retomar uma racionalidade material semelhante aos gregos do período clássico (Morin, 1990), afastando-se das explicações mitológicas e religiosas e abrindo espaço para o surgimento de um pensamento classificatório baseado na observação da natureza.

Bacon, no século XVII, propôs um novo método de investigação da natureza, que permitiria um correto conhecimento dos fenômenos: partindo-se dos fatos concretos, tais como se dão na experiência, ascende-se às formas gerais, que constituem suas leis e causas. Esse procedimento chama-se método indutivo. (Andrade, 1999).

Em outras palavras, “parte-se de uma coleção limitada de fatos e o que se descobre como válido para eles é estendido a todos os análogos”. (Andrade, 1999).

¹Porque se não sabemos o que está escrito lá em cima, não sabemos o que queremos, nem o que fazemos; não sabemos se seguimos nossa fantasia que se chama razão ou se seguimos nossa razão que, frequentemente, é somente uma fantasia perigosa que ora termina bem, ora termina mal (Diderot, 1993, p. 22-3)

Seria possível conhecer a natureza por via empírica e experimental e não por via especulativa:

Os que se dedicaram às ciências foram ou empíricos, ou dogmáticos. Os empíricos, à maneira das formigas, acumulam e usam as provisões; os racionalistas, à maneira das aranhas, de si mesmos extraem o que lhes serve para a teia. A abelha representa a posição intermediária: recolhe a matéria-prima das flores do jardim e do campo e com seus próprios recursos a transforma e digere. Não é diferente o labor da verdadeira filosofia, que se não serve unicamente das forças da mente nem tampouco se limita ao material fornecido pela história natural ou pelas artes mecânicas, conservado intato na memória. Mas ele deve ser modificado e elaborado pelo intelecto. Por isso muito se deve esperar da aliança estreita e sólida (ainda não levada a cabo) entre essas duas faculdades, a experimental e a racional (Bacon, 1999).

Em 1637, Descartes (1596-1650) propôs um método racional visando o conhecimento e controle da natureza. De acordo com o pensador francês, diferentemente da filosofia especulativa, a ciência conduziria às verdades, proporcionaria a conservação da saúde e o controle das doenças:

on se pourrait exempter d'une infinité de maladies, tant du corps que de l'esprit, et même aussi peut-être de l'affaiblissement de la vieillesse, si on avait assez de connaissance de leurs causes, et de tous les remèdes dont la Nature nous a parvenu² (Descartes, 1972).

²“poderíamos pôr-nos a salvo de grande número de doenças, quer do espírito, quer do corpo, e talvez até mesmo da debilidade decorrente da velhice, se possuíssemos suficiente conhecimento de suas causas e de todos os remédios de que a natureza nos dotou” (Descartes, 1999, p. 87).

Luz (2012) ressalta que, com Descartes,

surge um dogma filosófico importante da razão moderna: o da pureza da razão como produtora de conhecimentos, garantida pelo método científico.[...]Pureza aqui tem o sentido de independência em face da história, em face dos sentidos, em face das paixões. Esta independência ou pureza de origens seria garantida por operações internas cognitivas de funcionamento da razão, de que o método é expressão epistemológica.

Sydenham (1624-89), considerado o “iniciador do pensamento classificatório”, destacou-se por suas observações das doenças, notadamente exercendo a medicina “ao pé do leito”, o que lhe rendeu o cognome de “Hipócrates inglês” (Foucault, 2011; Lyons e Petrucelli, 1987). Segundo ele, “os sintomas deveriam ser descritos com a mesma minúcia e apuro de um artista ao pintar um retrato” (Porter, 1996). Esse esmero na observação é que permitiria a classificação correta das doenças. Os trabalhos do médico e botânico Carl von Linné (1707-78) - responsável pela nomenclatura binomial adotada até hoje na botânica e na zoologia - e de Sauvages de Montpellier (1707-67) - fundador da nosologia - deram continuidade à classificação das plantas e doenças “segundo suas características visíveis” (Lyons e Petrucelli, 1987; Foucault, 2011).

Segundo Rossi (2001), “à linguagem classificatória é atribuída uma função de diagnóstico no sentido de que tal ato deve ser capaz de captar aquilo que é essencial descuidando tudo aquilo que parece supérfluo ou acidental”. Emprega-se os sentidos para captar sinais da doença presente no corpo enquanto menospreza-se a subjetividade singular do doente, tida como supérflua. As doenças passaram, assim, a ser classificadas, ordenadas e nomeadas (Foucault, 2011; Vieira e Janiszewski, 2009). Esse modo de apreender os fenômenos, no qual, a partir da observação ou experiência sensível conclui-se por um nome - de uma planta ou de uma doença - tornaria-se a base da Clínica

Moderna. Segundo Foucault (2011), pede-se à clínica que obedeça as regras dessa “ciência ocular” ao “ver, isolar traços, reconhecer os que são idênticos e os que são diferentes, reagrupá-los, classificá-los por espécies ou famílias”.

“O espaço da experiência parece identificar-se com o domínio do olhar atento, dessa vigilância empírica aberta apenas à evidência dos conteúdos visíveis” (Foucault, 2011).

Segundo Martins (1999), o ideário dessa ciência moderna consiste em reduzir a complexidade do mundo real a fenômenos explicáveis por leis mecânicas capazes de reger a natureza, de forma a repelir o singular, o imprevisível e a complexidade da vida. Essas leis são passíveis de serem apreendidas submetendo-se a natureza a experiências determinadas e analisadas pela razão.

Assim, o homem racional poderá prever e portanto determinar, pela análise do presente e do passado, o que ocorrerá no futuro, conquanto que controle as variáveis presentes. A inteligência humana, deste modo, se aproxima da inteligência divina. O Deus medieval morreu, mas em seu lugar erige-se um outro Deus, o Homem, em certo sentido ainda mais potente, pelo fato de poder dominar e manipular a natureza a seu grado. (Martins, 1999).

Controlar a natureza significa diminuir e até anular os imprevistos, “fugir da dor, do tempo, do perecimento, da espiral da vida que contém necessariamente a morte e pequenas ‘mortes’; tender a Deus, à perenidade, imutabilidade, imortalidade”. A ciência moderna é fruto de uma visão platônica de mundo segundo a qual “buscar a segurança da imortalidade, só é possível naquilo que não perece, isto é, no imaterial - no ideal, na ideia, no inteligível, aos quais alcançamos através da razão” (Martins, 1999). A racionalidade própria da ciência não libertou o Homem da questão da eternidade, que o acompanha desde pelo menos a Antiguidade. A mitologia grega já associava a medicina à busca da imortalidade na figura de Asclépio: “seus progressos nessa arte foram tão grandes que ele conseguiu ressuscitar muitos mortos” (Kury, 1997). A ciência moderna nasceu do desejo do homem de encontrar verdades universais,

desinteressando-se pelo real, pois bastava apreender seus princípios essenciais, através da experimentação, para manipular o porvir. Os cientistas trabalham com reduções, com objetos laboratoriais simplificados, acreditando que, ao proceder dessa forma, são capazes de desvelar a essência do objeto complexo real. O objeto da ciência é abstrato, “uma categoria, uma idealização, abstraído do mundo real imanente; um universal buscado na experiência laboratorial que não é experiência vivenciada no mundo, mas sua simplificação”. (Martins, 1999). É com esta visão de mundo e de ciência - racional e experimental - que nasce a Clínica Moderna.

Para Luz, a racionalidade científica moderna caracteriza-se por um conhecimento classificatório, ordenador e interventor pois, além de observar e explicar a realidade, modela-a (Luz, 2012). A busca “da ordem verdadeira da Natureza[...]supõe, portanto, a prática cotidiana da observação ou, mais exatamente, a observação como prática sistemática da descoberta e da invenção” (Luz, 2012). Em outras palavras, busca-se evidências empíricas e significados racionais que possam ordenar a Natureza, dar-lhe um sentido. Enfim, é através da observação empírica que a ciência moderna produz verdades. O principal dogma dessa racionalidade moderna é considerar a ciência como único caminho para a verdade (Luz, 2012).

O conhecimento científico confere privilégios sociais, políticos e culturais a quem o detém. De acordo com Santos (2006), “Desde o século XVII, as sociedades ocidentais têm vindo a privilegiar epistemológica e sociologicamente a forma de conhecimento que designamos por ciência moderna”. A preferência pela explicação científica da realidade em detrimento de outras possíveis explicações “depende dos critérios epistemológicos que adotarmos.[...]O importante é, pois, averiguar porque preferimos estes critérios epistemológicos e não outros”.

Segundo Luz (1979), nas sociedades capitalistas, o controle e manipulação do corpo humano, considerado instrumento de trabalho a serviço desse modo de produção, constitui uma forma de exercício de poder.

Reconhece um efeito político do saber e das práticas médicas que sustentam e reproduzem as relações sociais da estrutura capitalista de produção. Outra forma de poder inerente às instituições médicas decorre de seu efeito ideológico caracterizado pelo privilégio de definir o que constitui o verdadeiro saber em relação à saúde e o que é estar doente ou saudável. Essas representações dominantes encobrem ou excluem as representações concorrentes que devem ser negadas, reprimidas, a fim de não se colocar em risco a hegemonia política conquistada.

Compreender o mundo tornou-se uma prática eminentemente científica, seguindo regras e lógicas próprias. Importantes transformações ocorridas na vida das pessoas nos últimos séculos são resultado da profunda inserção da ciência moderna no mundo.

A Clínica Moderna, mediante um processo empírico, busca descobrir a doença presente no doente. Em outras palavras, fundamenta-se unicamente no campo perceptivo, guiada pelo exercício do olhar. Seu objeto de atenção é a doença, percebida pela experiência sensível. William Osler, considerado por muitos o “Pai da Medicina Moderna” recomendava:

Use seus cinco sentidos[...]A arte da prática médica deve ser aprendida unicamente pela experiência[...]Aprendam a ver, aprendam a escutar, aprendam a sentir, aprendam a cheirar, e saibam que apenas através da prática vocês podem se tornar competentes. Medicina se aprende na beira do leito e não na sala de aulas. Não permitam que suas concepções sobre as manifestações da doença venham apenas das palavras ouvidas numa aula ou lidas em qualquer livro. Vejam, e depois raciocinem e comparem e controlem. Mas, vejam primeiro (Marino, 1999).

Esse *modus operandi* submete-se às regras do positivismo - teoria filosófica que aceita como verdade apenas o que é positivamente dado, percebido pelos sentidos (Blackburn, 1997) - respeitando o preceito fundamental da teoria de

Comte (1798-1857): “a ciência se baseia em observação, hipótese e experimentação, sendo os fenômenos explicados de acordo com a regularidade de suas causas e efeitos naturais” (Durant, 1951). Qualitativamente, o controle da natureza a partir do positivismo superou as possibilidades oferecidas pelas concepções intuitivas ou metafísicas (Gonçalves, 1994).

Parece coerente, portanto, chamar de Clínica Moderna aquela que surgiu com a Idade Moderna no século XVIII, como herdeira do Iluminismo, período do pensamento europeu que enfatizou a experiência e a razão, afastando-se do autoritarismo da Igreja, dando lugar a sociedades liberais e democráticas e incorporando uma concepção materialista dos seres humanos juntamente com uma perspectiva utilitarista da sociedade e da ética (Onocko Campos e Campos, 2006; Blackburn, 1997). De acordo com Luz (2012), a racionalidade científica moderna eclodiu *pari passu* com um processo de ruptura de visão de mundo que acompanhou a “emersão de novas classes e grupos sociais trazendo ideologias e costumes próprios, conflitantes com os vigentes na sociedade medieval”, a “afirmação econômica e social do capital mercantil da época”, a “ascensão e domínio político de uma burguesia comerciante e bancária, valorizadora das posses materiais e do dinheiro” e o “estabelecimento paulatino do monarca secular como fundamento e cume da ordem social, por oposição ao poder religioso da Igreja como base do poder social”. Nesse momento, a metafísica e a filosofia especulativa deram lugar ao empirismo - orientação filosófica que liga o conhecimento à experiência e considera que a verdade das afirmações pode ser verificada pelo uso dos sentidos (Blackburn, 1997).

Convém aqui destacar que o positivismo surgiu no momento em que “o pensamento europeu, após uma geração intoxicada do Absoluto, reagiu e se pôs contra a metafísica” (Durant, 1951). “À medida que a medicina se estruturou sobre ciências positivas, passou a crer[...]que apreendera definitiva e verdadeiramente seu objeto”, de forma que apenas aqueles passíveis de serem apreendidos pelas ciências positivas eram considerados verdadeiros, ficando as outras práticas e saberes, associadas a outros objetos - tidos como não verdadeiros - reduzidos à condição de charlatanismo (Gonçalves, 1994).

Na Clínica Moderna, a anamnese, o exame físico e os exames complementares têm por finalidade diagnosticar doenças. Esse olhar para os sintomas e os sinais nada mais é do que a busca de um nome: o da doença. Assim fazendo, elevou-se a doença ao patamar de entidade própria, conceitualmente separada do doente (McWhinney, 2010). Este, por sua vez, não está implicado no espaço racional da doença; é apenas um fato exterior em relação àquilo de que sofre, permanecendo numa posição passiva. O paradoxal papel da medicina consiste em neutralizá-lo para que a configuração ideal da doença tome forma concreta, livre, totalizada, aberta à ordem das essências. “Quem desejar conhecer a doença deve subtrair o indivíduo com suas qualidades singulares; se o curso da doença não é interrompido ou perturbado pelo doente, as leis imutáveis que o determinam podem ser rapidamente descobertas” (Foucault, 2011). Neste tipo de clínica, as regras da semiologia exigem que se expurguem todas as informações ou expressões que nenhuma relação apresentem com a fisiopatologia do órgão em questão (Ramos Jr, 1986).



Figura 3- Winthrop Chandler. Dr. William Gleason. 1785.

A Clínica Moderna neutraliza, “esconde” o doente e fica com a doença.

Para Campos, o método da Clínica Moderna consiste numa “antidialética positivista da medicina que fica com a doença descartando-se de qualquer responsabilidade pela história dos sujeitos concretos” (Campos, 2003).

Shorter (1996) distingue dois períodos na medicina científica: um moderno, caracterizado pela progressiva capacidade de estabelecer diagnósticos cientificamente, porém limitado no seu poder terapêutico, e outro pós-moderno, com grande poder terapêutico. O marco que separa esses dois períodos é o desenvolvimento da sulfonamida, em 1935, seguido da penicilina e outros antibióticos. Pesquisas bioquímicas e farmacológicas permitiram ainda a descoberta de drogas para artrite, câncer, hipertensão arterial

e obstrução coronária, após a Segunda Guerra Mundial. A ironia do período pós-moderno é que, não obstante os médicos terem se tornado mais poderosos e respeitados, eles pararam de dar aos doentes o que estes desejavam. O poder sobre a doença no nível orgânico deu aos médicos a sensação de que já não precisavam dedicar-se aos aspectos psicológicos da relação médico-paciente. A tendência de ver o paciente como uma pessoa e não somente como um caso, de abordá-lo de forma compreensiva e acolhedora - o que era por si só terapêutico - caiu em desuso após 1950, dando lugar a uma nova geração reduzida a uma excessiva auto-confiança terapêutica. Par e passo com o desenvolvimento da farmacologia e tecnologia médica, o médico cada vez menos interessou-se pelo que o paciente tinha a dizer, reduzindo sua escuta ao mínimo necessário para se chegar à doença. Ao mesmo tempo, os pacientes-sujeitos mostraram-se insatisfeitos por terem sido colocados de lado.

Illich (1975) critica de forma contundente a medicina pós-moderna ao reconhecer-lhe impactos negativos chamados por ele de iatrogênese clínica, social e estrutural.

Segundo esse autor,

A medicalização da vida é malsã por três motivos: primeiro, a intervenção técnica no organismo, acima de determinado nível, retira do paciente características comumente designadas pela palavra saúde; segundo, a organização necessária para sustentar essa intervenção transforma-se em máscara sanitária de uma sociedade destrutiva, e terceiro, o aparelho biomédico do sistema industrial, ao tomar a seu cargo o indivíduo, tira-lhe todo o poder de cidadão para controlar politicamente tal sistema. A medicina passa a ser uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano. Ele próprio deve solicitar o consumo da medicina para poder continuar se fazendo explorado.

Para Illich (1975), “a soma de atos preventivos, diagnósticos e terapias que visam a doenças específicas de uma população, de um grupo de idade ou de indivíduos, reduz necessariamente” a autonomia pessoal de cada indivíduo.

O método da Clínica Moderna: “Através do olhar, busca-se descobrir a doença” (Foucault, 2011).

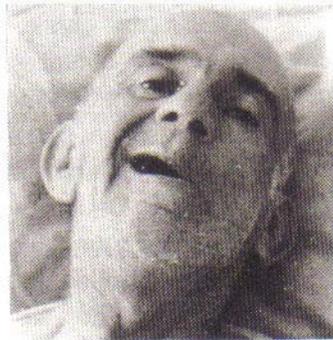


Figura 4- Paciente com desvio de rima bucal, indicando acidente vascular encefálico. (Sanvito, 1981)

A observação (olhar, uso dos sentidos) da figura acima permite afirmar que há um desvio da rima bucal para a direita. Os conhecimentos de anatomopatologia permitem inferir que há comprometimento da musculatura da mímica da hemiface esquerda e, portanto, do nervo facial desse lado. A principal causa desse achado é o acidente vascular encefálico (Sanvito, 1981). Em outras palavras, os dados colhidos pelo exame clínico (observação empírica) foram reunidos e interpretados (método racional dedutivo baseado na patofisiologia) de forma a se poder firmar o diagnóstico anatômico e etiopatogênico. A conduta terapêutica adequada ao caso depende do estabelecimento desses diagnósticos (Julião, 1949). Portanto, nesse tipo de clínica, o manejo do paciente depende do diagnóstico da doença e praticamente equivale ao cuidado da mesma. Isto implica em desconsiderar que doenças

semelhantes do ponto de vista classificatório podem incidir de forma diferenciada conforme a história e os recursos subjetivos e materiais de cada pessoa (Campos, 2006). A medicina moderna incorporou a ciência e o método científico à arte de ser médico, entendendo que sinais e sintomas decorrem de anormalidades patofisiológicas que podem ser corrigidas com tratamentos capazes de restabelecer a fisiologia de base. O método consiste em traduzir sintomas e sinais em diagnósticos mediante a “realização e interpretação de um exame clínico racional”. (Goldman e Ausiello, 2005). É como se existisse, a priori, uma “biblioteca” de doenças no plano das idéias e que, de acordo com os achados da observação clínica, buscar-se-ia a que melhor corresponde a esses achados, da mesma forma que se procura e se puxa o livro ad hoc da prateleira. O problema para o profissional afeito à Clínica Moderna, como se verá adiante, surge quando não se encontra nenhum “livro-doença” que possa explicar adequadamente as demandas do enfermo.

Este método clínico tende a igualar os doentes pelos diagnósticos, desprezando as singularidades. A objetividade da biomedicina despreza as sensações e a linguagem subjetiva dos pacientes (Campos, 2006; Canesqui, 2007b). Ainda assim, mostrou-se eficaz na solução de diversos problemas de saúde. Por exemplo, ao constatar que um paciente está com tosse produtiva, febre, estertores pulmonares e apresenta uma radiografia de tórax com opacidade pulmonar, o médico poderá concluir por pneumonia (olhar → raciocínio lógico-dedutivo baseado na patofisiologia → nome da doença). A partir desse diagnóstico, poderá prescrever um tratamento (no caso um antibiótico) que, na maioria das vezes, resolverá a doença.

Não obstante sua eficácia em diversas situações, a Clínica Moderna revela-se frágil para dar conta de demandas que não se enquadrem em diagnósticos anatômicos, funcionais ou etiológicos. Mostra-se impotente diante de queixas, sintomas que não “pertencem” a nenhuma doença.

Tal fragilidade aparece de forma mais clara na atenção primária, onde as demandas rebeldes - aquelas que se recusam a encaixar-se em diagnósticos conhecidos - afloram com mais liberdade. Se, em muitas

oportunidades, a busca por um nome, isto é, estabelecer um diagnóstico, basta para compreender a etiologia e definir o tratamento, neste nível de atenção, é relativamente comum o profissional de saúde defrontar-se com demandas que não condizem com nenhuma doença conhecida, desafiando amiúde o paradigma da Ciência Moderna. Por outro lado, na Atenção Especializada, onde impera o método clínico tradicional, as demandas rebeldes tendem a ser ignoradas.

Pode-se afirmar que a ciência moderna, positiva, constitui o paradigma da Clínica Moderna, ainda hegemônica, definindo seus problemas, métodos legítimos e modelos dentro de limites preestabelecidos e relativamente inflexíveis, forçando a natureza a encaixar-se nesses padrões (Kuhn, 2009).

Com o intuito de dar resposta aos problemas que não se enquadram em doenças conhecidas, e também de combinar ciência com maior grau de liberdade às pessoas, surgiram propostas como a Medicina Centrada na Pessoa e a Clínica Ampliada e Compartilhada que enfatizam a singularidade dos sujeitos e o contexto como variáveis envolvidas na determinação do estado de saúde das pessoas e das coletividades, conforme discute-se adiante.

4.4- A contribuição da medicina social e da saúde coletiva

Saúde Social

- *Vim aqui informar que não me sinto bem. Não tenho saúde para trabalhar. Preciso de uma licença!*

Aparece a secretária no batente da porta e faz um gesto indicando que não teve culpa daquela entrada repentina. O médico acena com a cabeça, dizendo que está tudo bem.

- *Muito bem, o que é que o senhor sente?*

- *Tenho um mal-estar social.*

- *Como assim?*

- *Um mal-estar social, pô. Desculpa... É um desconforto vago, simpático. Acho que vem do fato de eu morar mal, ganhar pouco...*

- *Bem, isso não é doença.*

- *Como não? Claro que é!*

Marcelo de Almeida Toledo³

Segundo Arouca (2003), Medicina Social é “o estudo da dinâmica do processo saúde-doença nas populações, suas relações com a estrutura da atenção médica, bem como das relações de ambas com o sistema social global, visando a transformação destas relações para a obtenção dentro dos conhecimentos atuais, de níveis máximos possíveis de saúde e bem-estar das populações”. Seu objeto de interesse está nas relações entre o biológico e o social.

A expressão Medicina Social originou-se dos relatos de Villermé sobre as más condições de trabalho e a exploração da classe operária na França do século XIX (Nunes, 2006). Mostrou que algumas doenças atingiam preponderantemente estratos populacionais desprivilegiados e extremamente

³Marcelo de Almeida Toledo nasceu em São Paulo, em 1937. Foi radiologista, fotógrafo, poeta, contista e historiador. (Toledo, 1996 e 1997).

depauperados pelas condições de trabalho criadas pela revolução industrial emergente (Meneghel et al, 2003). Em 1826, relacionou as taxas de mortalidade geral nos bairros parisienses ao grau de riqueza ou pobreza desses bairros (Barata, 2005).

A concepção de que, no homem, as doenças são mediadas e modificadas pela atividade social e pelo ambiente cultural vigente estava presente apenas de forma empírica nas atividades médicas anteriores ao século XVIII. Nesse momento, trabalhos como o de Bernardino Ramazzini (1633-1714) e Johann Peter Frank (1745-1821) expuseram a necessidade de considerar a relação entre os problemas de saúde e higiene e aspectos sociais da vida das pessoas (Rosen, 1979). “Ramazzini estabeleceu ou insinuou alguns dos elementos básicos do conceito de Medicina Social” como a relação entre o estado de saúde e as condições de vida, determinadas pela posição social das pessoas (Mendes e Waissmann, 2003). Considerado o “pai da Medicina do Trabalho”, interessou-se pelo trabalho de um cloaqueiro que despendia extraordinário esforço na execução de sua ocupação. Perguntou-lhe, então, porque não realizava a tarefa num ritmo mais lento, evitando assim a exaustão. Como resposta obteve que “ninguém que não tenha experimentado poderá imaginar quanto custaria permanecer neste lugar mais de quatro horas, pois ficaria cego” (Ramazzini, 1985; Hunter, 1955; (Mendes e Waissmann, 2003). “A imagem do limpador de fossas não mais abandonou o espírito curioso daquele médico” (Bedrikow, 1956). Ramazzini atribuiu tal doença ocular à substâncias ácidas como a amônia (Franco, 1999) e prosseguiu suas observações de outras profissões até que, em 1700, publicou o livro *De Morbis Artificum Diatriba*. “Lamentava[...]que os médicos não dessem importância à ocupação de seus pacientes” e “Considerou um dever dos médicos estudar as condições de trabalho” (Bedrikow, 1956). Frank, por sua vez, escreveu *System einer vollständigen Polizey* (1779), um marco no estudo das relações sociais da saúde e da doença, a partir do conceito de polícia médica, essencial para que a saúde se tornasse também uma questão de política pública. Os médicos se viram obrigados não só a cuidar dos doentes, mas também a supervisionar a saúde da população. Através da polícia médica,

o Estado regulava a educação médica, supervisionava boticas e hospitais, prevenia epidemias, combatia o charlatanismo e esclarecia a população. Durant (1956), relatou da seguinte forma o progressivo controle da profissão médica por parte do Estado:

No começo, os homens eram os médicos de si próprios. Cada casa tinha as suas mézinhas de família. Por fim os conhecimentos da arte de curar aumentaram e surgiu o “corpus prescriptionum”, tornando-se impossível para o indivíduo medio, inclusive as “tias” solícitas, conservarem-se a par da farmacopeia. Para proteger o povo contra os práticos duvidosos e os vizinhos amigos de fazer experiências em nosso corpo, um diploma passou a ser dado aos que realizavam o curso de medicina. Surgiu o doutor. E a tendência se desenvolveu a tal ponto que hoje a lei proíbe a prescrição de remédios a quem não seja doutor por tal ou tal escola reconhecida pelo estado. Já não permitimos que qualquer um lide com as nossas doenças; isso compete unicamente aos técnicos.

Não obstante as valiosas contribuições de Ramazzini e Frank, é apenas no século XIX que se desenvolve “a ideia de medicina como ciência social” e que se formula “com maior precisão e clareza o conceito de medicina social” (Rosen, 1979).

O processo de industrialização, que transformou parte da Europa nesse período, acarretou o surgimento de novos problemas sociais e de saúde, exigindo novas soluções por parte das classes política e médica da época, criando condições para a emergência da Medicina Social. A rápida urbanização dos grandes centros europeus trouxe consigo incremento da pobreza e das doenças e agravos relacionados às aglomerações humanas, ao passo que as novas formas de produção acompanharam-se da eclosão de diferentes doenças relacionadas ao trabalho. Uma das principais razões para o crescente interesse na saúde do trabalhador - considerado “parte da engrenagem do trabalho”

(Maeno e Carmo, 2005) - nessa época, foi o risco de queda na produção e no lucro por causa do adoecimento ou morte.

Revoluções liberais desencadeadas em cadeia em vários países europeus, a partir de 1848, reivindicavam melhores condições de vida para os trabalhadores da recém-inaugurada engrenagem industrial (Nova Enciclopédia Barsa, 1998). Na Alemanha, a revolução liberal de 1848 contou com a participação destacada de figuras médicas de renome como Virchow, Neumann e Leubuscher, defensores de uma reforma médica radical que contemplaria uma nova concepção da medicina, como ciência social. Nesse sentido, entendiam que as condições econômicas e sociais têm um efeito importante sobre a saúde e a doença e que tais relações devem ser submetidas à investigação científica. Para eles, o combate às doenças dependia de ações tanto sociais quanto médicas. (Rosen, 1979; Nunes, 2006).

Além de seu intenso envolvimento político - inclusive através da edição do semanário *Die medicinische Reform - Virchow* trouxe contribuições valiosas no campo do estudo das epidemias, da saúde dos trabalhadores e da Saúde Pública em geral. A partir do estudo da epidemia de tifo que atingiu a Silésia, em 1847, concluiu “que suas causas eram tanto sociais, econômicas e políticas quanto biológicas e físicas” (Rosen, 1979). Defendia o direito do cidadão ao trabalho em condições dignas pois reconhecia que o proletariado era vítima de doenças e epidemias relacionadas ao trabalho nas indústrias. Para ele, uma das funções da Saúde Pública seria estudar as condições de vida dos vários grupos sociais e determinar os efeitos destas condições sobre a saúde. Propôs ainda organizar serviços médicos públicos para o pobre, incluindo escolha livre de médicos (Rosen, 1987).

Segundo Rosen (1979), “historicamente, o conceito de Medicina Social apareceu como resposta aos problemas de doença criados pela industrialização” nas principais cidades europeias. Para Foucault, as origens da Medicina Social situam-se na polícia médica alemã, na medicina urbana francesa e na medicina da força de trabalho inglesa.

A inclusão das questões sociais como objeto de atenção do médico ocorreu paulatinamente na Europa do século XIX. No seu livro “*L'exercice de la médecine et le charlatanisme*”, de 1899, o professor e reitor da Universidade de Paris, Brouardel, descreveu esse momento:

Il y a vingt ans, le médecin était véritablement le médecin de la famille; il n'intervenait guère que lorsqu'un de ses membres était malade; s'il donnait quelques conseils généraux destinés à empêcher le retour des accidents dans l'avenir, il s'inspirait presque exclusivement des habitudes personnelles de son client; rarement il faisait allusion aux conditions hygiéniques créés par le milieu dans lequel vit son malade.[...]le médecin ne doit plus confiner son intervention aux limites étroites de la famille; il doit prendre le milieu, ville ou village, dans lequel vit son malade et connaître ses conditions d'insalubrité[...]dévoiler à l'autorité sanitaire toutes les circonstances qui font courir un danger à la santé de la collectivité, de la famille ou de l'individu⁴ (Brouardel, 1899).

Segundo Nunes (2006), alguns princípios básicos do discurso sanitarista surgiram nesse momento europeu:

- 1-** a saúde das pessoas como um assunto de interesse societário e a obrigação da sociedade de proteger e assegurar a saúde de seus membros;
- 2-** as condições sociais e econômicas têm um impacto crucial sobre a saúde e doença e estas devem ser estudadas cientificamente;
- 3-** as medidas a serem tomadas para a proteção da saúde são tanto sociais como médicas.

⁴Há vinte anos, o médico era verdadeiramente o médico da família; ele intervenha apenas quando um de seus membros ficava doente; se ele dava alguns conselhos gerais destinados a impedir o retorno dos acidentes no futuro, ele inspirava-se quase exclusivamente nos hábitos pessoais de seu cliente; raramente ele fazia alusão às condições higiênicas criadas pelo meio no qual vive seu doente.[...]o médico não deve mais limitar sua intervenção aos limites estreitos da família; ele deve considerar o meio, cidade ou vilarejo, no qual vive seu doente e conhecer suas condições de insalubridade[...]desvendar à autoridade sanitária todas as circunstâncias que põem em risco a saúde da coletividade, da família ou do indivíduo (Tradução do pesquisador).

Rosen (1979) reconhece dois aspectos na Medicina Social, um descritivo e outro normativo: como ciência descritiva, ela investiga as condições sociais e médicas de grupos específicos e estabelece as relações causais que existem entre estas condições; como ciência normativa, estabelece padrões para os vários grupos que estão sendo estudados e indica medidas que podem ser tomadas para atenuar as condições existentes e alcançar os padrões que foram determinados.

No entanto, o fracasso das Revoluções de 1848 acarretou o enfraquecimento da reforma sanitária, fazendo com que “a importância dos fatores sociais” rolasse “ladeira abaixo enquanto a ênfase biomédica esmagadoramente” ganhasse “domínio a partir da revolução científica causada pelas descobertas bacteriológicas de Robert Koch” (Nunes, 2006).

Segundo Smillie (1952), durante a primeira metade do século XX, a medicina baseou-se fundamentalmente na física, química e matemática e os avanços nos campos da fisiologia, bioquímica, patologia, bacteriologia e farmacologia permitiram compreender melhor a estrutura e função do corpo e diagnosticar e tratar mais corretamente as doenças. Como consequência, negligenciou-se o fato de que o objeto de estudo da medicina - o homem - é um ser social, faz parte de uma família e é membro de uma comunidade. Somente após esse período é que a Medicina Social recuperou sua importância.

No Brasil, o processo de industrialização foi bem mais tardio, ocorrendo apenas na primeira metade do século XX. Bruno (1954) descreveu a transformação da cidade de São Paulo provocada pela substituição da cafeicultura pela indústria como principal fonte de riqueza:

A Paulicéia de ruas estreitas e casas modestas, que cabia no Triângulo e existiu até a primeira Grande Guerra[...]era a sede de um São Paulo poderosamente agrícola - o São Paulo do café[...]A Paulicéia de agora preside os destinos de[...]um São Paulo industrial.

Esse autor cita a “crise de energia elétrica determinada pelo desenvolvimento excepcional da indústria paulistana” e o impacto ambiental da industrialização no Tietê - “um rio infeccionado - em consequência do despejo das fábricas - pelo menos até cento e cinquenta quilômetros abaixo da cidade, e dificilmente se encontram nesse trecho seres de vida aquática” (Bruno, 1954).

Portanto, os fatores sociais determinantes do processo saúde-doença relacionaram-se, no Brasil, primeiramente ao desenvolvimento caótico de poucos centros urbanos - como a cidade do Rio de Janeiro que recebeu a corte Portuguesa em 1808 - e à miséria de uma população eminentemente rural. Tais fatores não eram efetivamente estudados ou enfrentados, limitando-se a responsabilidade do Estado ao cuidado dos doentes mentais e portadores de doenças contagiosas, ou às situações que comprometessem a cafeicultura de exportação, como os acidentes ofídicos. Uma rápida mudança social ocorreu com a industrialização do país, vindo a Medicina Social a desenvolver-se principalmente após a metade do século XX.

Esta tendência influenciou também a Saúde Pública, quase que apagando a influência da Medicina Social. Ao final do século XIX e primeiras décadas do século XX, a Saúde Pública afastou-se das ciências humanas, fundamentando-se na microbiologia, imunologia, em uma demografia e uma epidemiologia centrada no cálculo matemático, incorporando apenas noções de administração de serviços e programas do campo do conhecimento social. A descoberta de vacinas e a utilização de leis como forma de induzir comportamentos saudáveis garantiu legitimidade a essa corrente durante décadas.

No Brasil, a crítica ao projeto pedagógico do modelo biomédico - representada pelo projeto preventivista na segunda metade dos anos 1950 - resultou na “criação dos departamentos de medicina preventiva e social nas escolas médicas e de disciplinas que ampliam a perspectiva clínica, como a epidemiologia, as ciências da conduta, a administração de serviços de saúde, a bioestatística” (Nunes, 2006).

Nos anos 1980 e 1990, na América Latina, Canadá e vários países europeus, uma série de estudos recuperaram a tradição da Medicina Social e buscaram a compreensão do processo saúde-doença através das Ciências Humanas, Sociais e Filosofia, estudando suas relações com a Epidemiologia, a organização social da saúde e as relações entre a saúde e o trabalho (Nunes, 2006).

As principais contribuições da Medicina Social e Coletiva para a clínica podem ser resumidas nos seguintes aspectos:

- 1- O Estado, como interessado e responsável pela saúde das pessoas, participa da organização da atenção à saúde através de políticas públicas de saúde;
- 2- O profissional de saúde, ao exercer sua profissão, deve considerar as condições sociais e econômicas dos indivíduos e coletividades que atende;
- 3- As medidas ou ferramentas necessárias à proteção da saúde devem ser tanto sociais como médicas;
- 4- Estudos demográficos e epidemiológicos como fundamento das políticas públicas de saúde e de protocolos e diretrizes que norteiam as ações dos profissionais de saúde.

4.5- A contribuição da psicanálise

Psique

quando olho

pra dentro

de mim

enxergo

o que

não vejo

Paulo Roberto Madureira⁵

De acordo com Freud, seu idealizador, a Psicanálise constitui uma disciplina científica voltada para investigação dos processos mentais e o tratamento de neuroses através da abordagem do inconsciente. Dentre seus conceitos básicos, destacam-se que o comportamento humano é fortemente influenciado pelo processo mental inconsciente, que as experiências da infância têm papel crucial no desenvolvimento da pessoa e que o conflito psicológico interno é de suma importância na vida mental (Lyons e Petrucelli, 1987).

Freud acreditava que as neuroses originavam-se, de regra, de conflitos sexuais e existenciais não resolvidos, ocorridos na primeira infância e, posteriormente, reprimidos (Porter, 1996). Em outras palavras, “os seres humanos adoecem de um conflito entre as exigências da vida instintual e a resistência que se ergue dentro deles contra esta” (Freud, 1976).

Uma das atribuições da psicanálise é erguer o véu da amnésia que oculta os anos iniciais da infância, e trazer à memória consciente as manifestações do início da vida sexual infantil que está contida neles. Ora, essas experiências sexuais iniciais de uma criança estão vinculadas a penosas vivências de ansiedade, proibição, desapontamento e punição.

⁵Paulo Roberto Madureira é médico, professor universitário (Unicamp) e poeta. Escreveu “Psique” em setembro de 2013.

Essas mesmas experiências infantis têm ligadas a elas todos os desejos instintuais não satisfeitos, duradouros, os quais, através da vida, proporcionam a energia para a construção dos sonhos e a que podemos sem dúvida creditar a possibilidade de forçar a vinda à superfície do material de eventos penosos. (Freud, 1976).

Só temos acesso ao inconsciente indiretamente, como, por exemplo, através dos sonhos, dos atos falhos, dos chistes, do livre discurso e das expressões corporais.

Freud considerou “a psicanálise como a terceira grande ferida narcísica sofrida pelo saber ocidental ao produzir um descentramento da razão e da consciência” (Garcia-Roza, 1984), desfazendo “a ilusão de que o eu e a consciência são soberanos e de que determinam as ações do indivíduo” (Birman, 2006). A primeira ferida foi a demonstração por parte de Copérnico de que a Terra não era o centro do universo (Nova Enciclopédia Barsa, 1998) e a segunda veio de Darwin ao colocar o homem próximo a outros primatas que descendiam de espécies comuns (Palmer, 2009).

A teoria da Psicanálise alterou a concepção de psiquismo, até então identificada com a consciência e dominada pela razão, questionando o pensamento platônico e cartesiano segundo o qual a verdade habita a consciência. A produção do conceito de inconsciente provocou uma clivagem na subjetividade que “deixa de ser entendida como um todo unitário, identificado com a consciência e sob o domínio da razão, para ser uma realidade dividida em dois grandes sistemas - o Inconsciente e o Consciente - e dominada por uma luta interna em relação à qual a razão é apenas um efeito de superfície” (Garcia-Roza, 1984). Nesse sentido, a subjetividade costuma ser representada por um *iceberg*, permanecendo emersa sua porção menor - a consciência e a razão - e imersa a porção maior - o inconsciente.

O descentramento do sujeito, que se liberta da consciência, permite a pluralidade de possibilidades uma vez que já não existe apenas uma verdade, mas sim verdades dos diferentes sujeitos; tal descentramento dá sentido àquilo

que foge da razão. A Psicanálise dá sentido a sintomas que não poderiam ser compreendidos de outra forma. Ao lado do corpo anatômico e orgânico, constrói o corpo simbólico.

De acordo com Garcia-Roza (1984), a filosofia moderna carregava concepções generalizantes e ignorava o indivíduo e sua singularidade. A teoria de Freud, por sua vez, trouxe a escuta do discurso individual de um homem singular.

As principais contribuições da Psicanálise para a clínica seriam:

- 1- O processo saúde-doença é influenciado pelo processo mental inconsciente, não dependendo apenas do consciente e da razão;
- 2- O sujeito singular é recolocado em cena e seu discurso individual precisa ser considerado como fator determinante do processo saúde-doença e na construção do projeto terapêutico.

4.6- A contribuição da reabilitação psicossocial

*“Noi diciamo di affrontare la vita,
perché la vita contiene
salute e malattia”*

Franco Basaglia

*Oração de enlouquecer
És fadada a vagar
por esse mundo
acariciando seus
monstros loucos
tua prece é a poesia
margeia a escuridão e a luz.
Agora a ordem é a vida
com suas conversas
café da manhã
trabalho, decisões.
A pulsação do dia não
permite esmorecimento.*

Mena Vilela

O surgimento da Reabilitação Psicossocial fez parte do movimento de reforma da Psiquiatria num contexto de luta pela democratização e respeito aos direitos humanos, notadamente nas décadas de 1970 a 1990.

Constitui-se numa exigência ética (Saraceno, 1996) que vai além do simples “processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração[...] do exercício de suas funções na comunidade” (Pitta, 1996).

“é uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados” (Pitta, 1996).

O psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980) criticava a postura médica tradicional que via o indivíduo e seu corpo como meros objetos de intervenção clínica. Contrário à positividade do saber psiquiátrico na explicação do sofrimento psíquico e à objetivação da pessoa como objeto do saber, defendeu a necessidade de colocar o sujeito em evidência e não mais a doença (Amarante, 1996). Respondeu “de maneira concreta à materialidade horripilante produzida pela psiquiatria aplicada em pacientes reclusos nos manicômios” (Campos, 2003) retirando os loucos dessas instituições e reintegrando-os à sociedade, devolvendo-lhes a possibilidade de “expressar sua própria subjetividade” (Basaglia, 1979).

A migração dos pacientes com sofrimento mental dos hospitais para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) significou uma mudança na atitude da Psiquiatria que passou, então, a preocupar-se com “o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura, sua vida cotidiana” e não mais apenas com o sintoma, real objeto de atenção da ‘ciência psiquiátrica’ até então (Goldberg, 1996). Representou uma estratégia fundamental da reforma psiquiátrica brasileira, na década de 1990, quando práticas desinstitucionalizantes centradas na equidade e no respeito aos direitos humanos buscavam devolver aos doentes mentais seu poder de contratualidade na sociedade. (Saraceno, 1996; Kinoshita, 1996). Passou-se a “acolher e valorizar aquilo que é mais desvalorizado pelo entorno social destas pessoas, que é o conteúdo de suas falas” e “receber cada pessoa do jeito que é, garantir sua particularidade” (Goldberg, 1996).

O CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira - em São Paulo, nas décadas de 1980 e 1990 - experimentou, na prática, outros dispositivos muito caros à Clínica Ampliada e Compartilhada que são a figura do profissional de referência e o projeto terapêutico individualizado que possibilite, ao longo do processo, “o aumento de seu coeficiente de autonomia, de escolha” (Goldberg, 1996).

Tanto a noção de cura como de reabilitação precisam ser singularizadas quando o objeto de atenção é o indivíduo com doença mental - notadamente as crônicas como a psicose - pois o retorno à normalidade ou o

restitutio ad integrum, na grande maioria das vezes, não poderá ser alcançado. Busca-se garantir a cidadania e o respeito aos direitos da pessoa e não destituí-las disso. Nessa lógica, a reabilitação psicossocial visa devolver ao sujeito sua capacidade de gerenciamento de sua própria vida, seu poder contratual, aumentar seu grau de autonomia e sua capacidade de escolha. Para isso, aproxima-se o doente da sociedade e da família, retirando-o do hospital psiquiátrico. Essa ampliação dos objetivos será também assimilada pela Clínica Ampliada e Compartilhada, conforme se verá adiante.

Esta corrente criticou tanto a psicanálise, por sua abordagem da subjetividade distante da dinâmica social e institucional, quanto à psiquiatria tradicional - clínica dos sintomas e da medicalização - e o manicômio. Suas principais contribuições foram novas políticas e novas instituições - modelos de atenção - para a área de Saúde Mental.

4.7- A contribuição da medicina baseada em evidências

De acordo com Duncan (2004), “Medicina Baseada em Evidências (MBE) é o uso consciente, explícito e judicioso das melhores evidências atuais disponíveis para a tomada de decisões acerca do cuidado com os pacientes”. Em outras palavras, é o “processo de descobrir sistematicamente, avaliar e usar achados de investigações como base para decisões clínicas” (Vasconcelos-Silva e Castiel, 2005; Castiel e Póvoa, 2001). Desenvolveu-se a partir do “movimento da ‘epidemiologia clínica’ anglo-saxônica, iniciado na Universidade de McMaster (Canadá) nos anos oitenta” e sustenta-se na Bioestatística, na Informática Médica e na Epidemiologia Clínica (Vasconcelos-Silva e Castiel, 2005; Castiel e Póvoa, 2001).

O *modus operandi* da MBE pode ser compreendido a partir dos seguintes preceitos sintetizados por Jenicek:

"formulação de uma clara questão clínica a partir do problema do paciente que precisa ser respondido; busca na literatura por artigos relevantes e por outras fontes de informação; avaliação crítica da evidência (informação trazida por pesquisa original ou por síntese de pesquisas, por exemplo: meta-análise); seleção da melhor evidência (...) para a decisão clínica; vinculação da evidência com experiência clínica, conhecimento e prática; implementação dos achados úteis na prática clínica; avaliação da implementação e do desempenho geral do profissional da MBE; ensino a outros médicos como praticar a MBE" (Castiel e Póvoa, 2001).

As evidências surgem de investigações clínicas que quantificam benefícios, riscos e custos. Costumam ser classificadas em níveis de evidência, dando-se maior importância aos ensaios clínicos randomizados e às revisões sistemáticas dos mesmos com desfechos clínicos. (Duncan, 2004).

A partir dos níveis de evidências, são estabelecidos graus de recomendação para as condutas sugeridas. No entanto, outros fatores como a gravidade da doença, os potenciais benefícios e danos, a facilidade de aplicação, a razão custo-efetividade, os recursos disponíveis e as prioridades dos que fazem as recomendações podem influenciar uma recomendação terapêutica (Duncan, 2004).

Segundo Vasconcelos-Silva e Castiel (2005),

a Medicina Baseada em Evidências tem alcançado status de normatividade (prescritiva ou proscritiva), que em casos extremos, se assemelha a movimentos fundamentalistas. Segue uma lógica positivista definidora de um "fundamentalismo metodológico que situa a evidência-epistêmê como o argumento total apriorístico, incompatível com opiniões-doxa, admitidas como expressões subjetivas enganadoras.

A MBE respeita “as tradições da razão científicista” com “ênfase nos modos empiricistas de investigação na ciência, veiculados especialmente pelos estudos da epidemiologia clínica ao abordar dimensões diagnósticas/terapêuticas/prognósticas na prática biomédica” (Castiel e Póvoa, 2001). Reforça a dimensão “ciência” da medicina, “para evitar os riscos de erros em decisões baseadas em intuições originárias na experiência acumulada” (Castiel e Póvoa, 2001). É possível detectar na MBE alguns princípios expostos pelo filósofo Santayana⁶: “a ciência encerra todos os conhecimentos que merecem confiança” e “deve ser nosso único ponto de apoio” (Durant, 1951).

Ao “comentar, discutir e relativizar, no tempo, as questões” que Sergio Arouca abordou no capítulo VI (Regras da formação discursiva) de sua tese *O Dilema Preventivista*, Campos (2003) estendeu as análises de Arouca sobre a medicina preventiva para a medicina baseada em evidências. A expressão baseada em evidência repetiu, décadas mais tarde, o estratagema da medicina preventiva no qual “o ‘preventivo’ agregado sintetizava uma intenção, um esforço para indicar uma possibilidade de transformação que interessaria à ciência e à prática profissional”.

A “medicina baseada em evidências”, apoiando-se na estatística e na epidemiologia clínica, significaria uma reforma radical do saber e da prática médica, conseguindo graças a esses novos procedimentos superar uma série de fatos negativos que estariam ameaçando a hegemonia da biomedicina. A introdução deste novo discurso seria potente para regular a incorporação de tecnologia, evitaria a iatrogenia, procedimentos desnecessários e a má-prática em geral. Com a nova formação discursiva estaria assegurada a pureza da medicina, doravante, pelo menos em teoria, comprometida apenas com a eficácia de suas práticas.[...]A “medicina baseada em evidências” é orgânica à medicina,

⁶George Santayana nasceu em Madrid em 1863, mas viveu nos Estados Unidos de 1872 a 1912. Estudou e lecionou em Harvard. Foi poeta e filósofo. Suas principais obras, no campo da filosofia, foram *O Senso da Beleza* (1896), *Interpretações da Poesia e da Religião* (1901) *The Life of Reason* e *Scepticism and Animal Faith* (1923). “Uma coisa apenas parece certa a Santayana e é que a experiência do momento - essa cor, essa forma, esse gosto, esse cheiro, essa qualidade, são o mundo ‘real’ e que sua percepção constitui a descoberta da essência” (Durant, 1951).

foi criada e vem sendo divulgada por organismo do aparelho médico. (Campos, 2003).

Castiel e Póvoa (2001) também destacaram a questão gramatical como instrumento de consolidação ou fortalecimento dessa nova prática:

É preciso salientar a curiosa metamorfose gramatical ocorrida. O adjetivo - "clínica" se transforma em substantivo de maior amplitude - "medicina", e recebe uma locução adjetiva de indiscutível efeito retórico. O termo "baseada" veicula a sugestiva idéia de solidez, como "fundação/fundamento" que será constituído pelo elemento sensorial humano considerado mais fidedigno (a visão) para proporcionar o acesso a fatos ocorridos que poderão ser, então, evidenciados como as melhores aproximações possíveis do que sejam as "verdades". Não à-toa o termo "evidência" é também empregado em linguagem criminal como elemento importante para chegar-se à possível responsabilização jurídica de um suspeito de delito.

Esses mesmos autores constataram o "sucesso na divulgação da MBE no âmbito biomédico" (Castiel e Póvoa, 2001). Além do elevado número de artigos publicados sobre o tema, inúmeros protocolos e diretrizes foram elaborados a partir da MBE.

No nosso meio, o Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina é um exemplo da incorporação da MBE na prática médica. Tal iniciativa, iniciada no ano 2000, conta hoje com mais de 320 diretrizes cujo objetivo é "conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico". As condutas diagnósticas, terapêuticas e preventivas foram recomendadas segundo classificação "fundamentada nos centros de medicina-baseda-em-evidências do National Health Service da Grã-Bretanha e do Ministério da Saúde de Portugal" (AMB e CFM, 2012).

Os Cadernos de Atenção Básica produzidos pelo Ministério da Saúde do Brasil nada mais são do que diretrizes ou protocolos que auxiliam os profissionais da atenção primária na abordagem de diferentes agravos.

Na Apresentação do Caderno 7 - Hipertensão arterial sistêmica e *Diabetes mellitus*, de 2001, consta que o mesmo “teve como base os protocolos, consensos e manuais elaborados pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas, além de outros documentos e trabalhos, incluindo experiências bem sucedidas nos estados e municípios” (Brasil, 2001). Interessante constatar que na Apresentação do Caderno 15 - Hipertensão Arterial Sistêmica, publicado em 2006, o Secretário de Atenção à Saúde escreve que o mesmo “baseia-se nas evidências científicas atuais” (Brasil, 2006), não fazendo menção às experiências bem sucedidas que foram levadas em conta cinco anos antes. Da mesma forma, o Caderno 16 - *Diabetes mellitus* “traz o protocolo atualizado baseado em evidências científicas mundiais” (Brasil, 2006c). Os termos “evidência” e “baseado” aparecem, portanto, incorporados a essa nova versão desse documento.

O Ministério da Saúde, através de mala direta aos profissionais de saúde, tem divulgado o portal “Saúde Baseada em Evidências”. Basta acessar www.saude.gov.br e clicar no link do portal. “Estão disponíveis para consulta sete bases editoriais com conteúdos e evidências científicas revisadas e referenciadas, que trazem protocolos clínicos baseados em evidências” (Ministério da Saúde, 2013).

Não obstante o “sucesso” da MBE, opiniões críticas também ocuparam espaço na literatura científica. A esse respeito, Castiel e Póvoa (2001) citam aspectos negativos da MBE, mencionados em trabalhos de Jenicek e Jackson et al.:

"evidências" muitas vezes são incompletas e contraditórias; aumento da incerteza quando múltiplas técnicas estão associadas com estratégias clínicas; relativo distanciamento da MBE das preferências dos pacientes; a transposição de estudos feitos em grupos populacionais para casos particulares ou individuais é um desafio; MBE é impraticável ou impossível em muitas situações de emergência; "evidências" podem não

ser encontradas para muitas situações clínicas em sua especificidade; a problemática integração da MBE com a experiência clínica, conhecimento e prática de cada médico.

Straus e McAlister separaram os argumentos que embasaram as críticas à MBE em três categorias:

- 1-** limitações impostas à prática clínica derivadas da ausência de evidências científicas que dessem conta de todos os aspectos e demandas individuais;
- 2-** limitações trazidas pela MBE aos profissionais no desenvolvimento de suas habilidades ligadas à realidade de recursos limitados e contingências individuais;
- 3-** perigo do esvaziamento e empobrecimento da prática clínica que envolveria ao nível de 'livro de receitas' cuja preocupação central, nem tão visível, seria a de cortar custos (Vasconcelos-Silva e Castiel, 2005).

Dentre as várias influências da MBE para o exercício rotineiro do profissional de saúde, merecem destaque, a incorporação ainda maior da biomedicina através da força coercitiva para a solicitação de exames com periodicidade definida, o tratamento de pessoas assintomáticas com alterações de resultados de exames (por exemplo, hipercolesterolemia), uma relativa transferência de responsabilidade do profissional para os protocolos ou diretrizes e a tendência à homogeneização das ações médicas.

A Medicina Baseada em Evidências pode ser considerada como uma retomada da ortodoxia científica no ordenamento das políticas, da gestão e do trabalho em saúde.

4.8- A medicina centrada na pessoa

O método clínico centrado na pessoa foi criado por Levenstein, na década de 1980, no Canadá (Cunha, 2009). Ele “fornece um método integrado e sistemático para juntar a pessoa e a doença” (McWhinney e Freeman, 2010). Trata-se de uma proposta alternativa para o médico de família e comunidade, uma vez que em 35 a 50% das consultas nessa área não é possível estabelecer um diagnóstico específico de uma doença. A solução desses casos residiria na crença de que poderiam ser tratados através do entendimento da pessoa e do contexto. Para esse método, torna-se relevante a distinção entre “doença” e “experiência com a doença” (ou moléstia), conceitos que não interessam apenas à Medicina Centrada na Pessoa. A primeira seria um “processo patológico que os médicos utilizam como modelo explicativo da experiência com a doença”, que “é o que se tem quando se vai ao médico; a doença é o que se tem depois de ter consultado com um médico”. Tal distinção, mais clara em inglês, entre moléstia (illness) e doença (disease) corresponde a considerar a doença tanto do ponto de vista do significado para a vida da pessoa como sob a ótica da patologia. A experiência com a doença “é o modo singular, único, no qual cada pessoa é afetada pela doença”. Doença é uma construção mental criada para abordar com maior facilidade os problemas biológicos. Ela independe do indivíduo e obedece à lógica do raciocínio fisiopatológico (Ruben, 2009). A doença orienta-se pela objetividade biomédica enquanto que a experiência da doença está centrada na subjetividade e inclui elementos culturais, sociais e pessoais da doença (Canesqui, 2007).

Canesqui (2007), ao analisar estudos socioantropológicos sobre adoecidos crônicos, afirma que a experiência da doença consiste em “dar atenção aos aspectos privados, à vida cotidiana, às rupturas das rotinas, ao gerenciamento da doença e à própria vida dos adoecidos, cujos cuidados não se restringem aos serviços de saúde e ao contato com os profissionais”. Segundo essa autora, o interesse por esse tema representou uma “reação ao medicocentrismo”, deslocando o foco para o paciente e “ênfatizando o processo subjetivo de vivência

da enfermidade, partindo do ponto de vista dos adoecidos e em situações concretas do seu mundo, da vida”.

“O método centrado na pessoa tem por meta entender a experiência com a doença em todos os seus níveis, da patologia aos pensamentos e sentimentos” (McWhinney e Freeman, 2010).

Este método foi sistematizado em seis componentes (Cunha, 2009):

COMPONENTES	
1	<p>Explorando a enfermidade e a experiência com a doença:</p> <ul style="list-style-type: none"> •História, exame clínico, laboratório; •Dimensão da doença (illness): sentimentos, ideias, efeitos na função, expectativas.
2	<p>Entendendo a pessoa como um todo:</p> <ul style="list-style-type: none"> •A pessoa: história de vida, aspectos pessoais e de desenvolvimento; •O contexto próximo: família, emprego, comunidade, suporte social; •O contexto distante: cultura, comunidade, ecossistema.
3	<p>Elaborando projeto comum de manejo:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Problemas e prioridades; •Objetivos do tratamento e/ou manejo; •Papéis da pessoa e do médico.
4	<p>Incorporando prevenção e promoção da saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Melhorias da saúde; •Evitar riscos; redução de riscos; •Identificação precoce; •Redução de complicações.
5	<p>Fortalecendo a relação médico-pessoa:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Compaixão; •Poder; •Cura; •Autoconhecimento; •Transferência e contra-transferência.
6	<p>Sendo realista:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Tempo e “timing”; •Equipe: construir e trabalharem; •Uso adequado dos recursos disponíveis.

Segundo Lopes, “O médico habilidoso move-se empenhadamente para frente e para trás, entre os seis componentes, seguindo as ‘deixas’ ou ‘dicas’ da pessoa (Lopes, 2005 apud Cunha, 2009).

Brown et al propõem quatro dimensões da experiência da doença a serem exploradas pelo médico clínico - os sentimentos, suas idéias sobre o que está errado, o efeito da doença no funcionamento da pessoa e suas expectativas em relação ao médico - e fornece exemplos de perguntas específicas que o médico pode fazer para esclarecê-las (Brown, 2010a).

Além do olhar para a experiência com a doença, este método centrado na pessoa sistematizou a abordagem da

influência da personalidade no contexto do desenvolvimento humano; o relacionamento entre eventos passados e atuais; os comportamentos e as respostas dadas em face da experiência de doença e do atendimento; o papel da espiritualidade na vida das pessoas, e o forte potencial da história e da dinâmica familiar nas respostas da pessoa à saúde e à experiência de doença (Brown e Weston, 2010).

Os médicos são orientados a considerar os seguintes fatores relacionados ao contexto: família, segurança financeira, educação, emprego, lazer, apoio social, comunidade, cultura, economia, sistema de atendimento à saúde, fatores sócio-históricos, geografia, meios de comunicação, ecossistema e atenção primária orientada para a comunidade (Freeman e Brown, 2010).

No seu Relatório Mundial de Saúde de 2008 - “Atenção Primária à Saúde: agora mais do que nunca” - a Organização Mundial de Saúde enfatiza a importância do cuidado centrado na pessoa no nível primário de atenção à saúde, entendendo que as pessoas devem ser compreendidas de forma holística, nos seus aspectos físico, emocional e social, inseridos num mundo com características próprias e mutáveis no tempo (WHO, 2008).

4.9- A clínica ampliada e compartilhada

Campos (2003) nos brindou com uma proposta de reformulação e ampliação da clínica como parte de um projeto mais amplo que denominou de Método da Roda ou Paidéia⁷ e que aposta na co-gestão, “procurando sempre incluir o sujeito no trabalho em saúde”, tendo a precaução de fazer saúde com as pessoas e não sobre elas. “O Método Paidéia busca compreender e interferir em afetos, no conhecimento e em relações de poder” (Campos, 2007). Ele amplia a capacidade das pessoas de lidarem com tais dimensões da vida social.

Nesse compromisso com o compartilhamento do poder e das decisões clínicas, dialogou com Basaglia, Gramsci e Sartre. Deste último, emprestou a postura existencialista: o sujeito não é um espectador; ao contrário, tem consciência e responsabilidade por seus atos e pelo que é. A natureza essencial da existência humana estaria na sua capacidade de escolher. Entretanto, ao mesmo tempo em que desfruta da liberdade de escolha, ainda que limitada pelas regras sociais, angustia-se pelo grau de responsabilidade que isso lhe traz (Blackburn, 1997). A conversa que se pode travar entre o pensamento de Sartre e a Clínica Ampliada e Compartilhada, situa-se na possibilidade do sujeito portador de doença fazer escolhas no encontro com o profissional de saúde. Essa condição de protagonista do próprio tratamento confere-lhe, ao mesmo tempo, certo grau de responsabilidade e angústia. O profissional de saúde deve atentar ao perigo das regras emanadas do saber científico como elementos comprometedores da liberdade de escolha dos sujeitos enfermos.

⁷“Paidéia é um conceito antigo, oriundo da Grécia clássica, e que significa desenvolvimento integral das pessoas” (Campos, 2003). Paidéia é um dos três componentes essenciais da democracia ateniense; os outros dois são a cidadania ou direitos das pessoas, e Ágora, espaço para compartilhar poder (Campos, 2007).

Do italiano Gramsci⁸, veio à tona os conceitos de hegemonia e dominação consentida. Segundo ele, as classes dominantes exercem seu poder através de uma hegemonia cultural, controlando principalmente o sistema educacional e os meios de comunicação. Dessa forma, os dominados são “educados” a entenderem como natural e conveniente sua submissão às classes dominantes, perdendo assim sua potencialidade revolucionária. Trata-se, portanto, de uma dominação consentida. Amiúde, os encontros clínicos são dessa ordem, isto é, entre um saber científico dominante e uma pessoa (ou coletividade) passivamente submissa a esse saber. Longe disso, a Clínica Ampliada e Compartilhada pretende-se contra-hegemônica ao abrir espaço para a negociação, retirando os sujeitos doentes da condição de dominados por consentimento.

Identifica-se com Basaglia no sentido da recuperação da pessoa como objeto de atenção da medicina, porém numa nova dialética entre sujeito e doença:

Nem a antidialética positivista da medicina que fica com a doença descartando-se de qualquer responsabilidade pela história dos Sujeitos concretos, nem a revolta ao outro extremo: a doença entre parênteses, como se não existisse, quando, na verdade, ela está lá, no corpo, todo o tempo, fazendo barulho, desmanchando o silêncio dos órgãos. A doença está lá, dependendo dos médicos e da medicina (Campos, 2003, p. 55).

Propõe, portanto, o “deslocamento da ênfase na doença para centrá-la sobre o Sujeito concreto, no caso, um sujeito portador de alguma enfermidade” (Campos, 2003). Amplia-se o objeto de saber e de intervenção da clínica, incluindo também o sujeito e seu contexto (Campos, 2003).

⁸Comunista e pensador social italiano. Nasceu na Sardenha e estudou em Turim, tornando-se um dos mais célebres intérpretes de Marx do século XX. Foi um dos principais fundadores e primeiro secretário geral do partido comunista italiano. O seu (póstumo) Cadernos do cárcere, escrito entre 1929 e 1935, é sua principal obra, na qual propõe um marxismo humanista, enfatizando a necessidade de uma autoconsciência transformada ou de uma “batalha de ideias” na sociedade. (Blackburn, 1997)

Para Campos,

Sujeito[...]é uma síntese singular resultante do entrelaçamento entre determinantes e condicionantes particulares e universais e a capacidade do próprio Sujeito de alterá-los, mediante processos de análise e de intervenção sobre esses fatores. Esses processos de síntese ocorrem em distintos Planos - no biológico, no do desejo (inconsciente), no dos interesses, das necessidades sociais e das instituições - entre os quais ocorre a existência concreta do Sujeito. O Sujeito é uma síntese mutante, com um Núcleo de identidade e um Campo de influências no qual ocorrem processos de mudança.[...]

Os Sujeitos interferem no mundo por meio da política, da gestão, do trabalho e de práticas cotidianas (Campos, 2007).

Mas, amplia também os meios de trabalho na assistência individual, familiar ou a grupos e os objetivos, reconhecendo a clínica dos diferentes profissionais de saúde, não ficando, portanto, restrita ao médico. Dessa forma, prevê diferentes modalidades de clínica: do enfermeiro, do psicólogo, do médico, do agente comunitário de saúde etc.

Busca superar as limitações inerentes à Clínica Moderna - dirigida essencialmente à doença, ancorada na propedêutica tradicional, centrada no médico e que tem por objetivos a promoção da saúde, a prevenção e cura de doenças e a reabilitação. A Clínica Ampliada e Compartilhada leva em conta as singularidades dos indivíduos e os diferentes contextos, pois entende que doenças semelhantes do ponto de vista classificatório podem incidir de forma diferenciada conforme a história e os recursos subjetivos e materiais de cada sujeito. Assim fazendo, desafia o paradigma da ciência positiva e da Clínica Moderna, que parte da regularidade das doenças e tem dificuldade de abordar a singularidade dos casos. Não foge da complexidade do processo de adoecer, reintroduzindo a incerteza no conhecimento positivo (Morin, 1990).

Uma das ferramentas da clínica ampliada é a valorização da história de vida dos diferentes sujeitos, obtida ao libertar-se das regras rígidas da anamnese tradicional, abrindo espaço para as idéias e palavras do paciente (Cunha, 2004). Portanto, não se limita ao método clínico tradicional, caracterizado pela observação empírica, raciocínio patofisiológico e diagnóstico de uma doença. Há, ao contrário, maior liberdade para que o sujeito traga temas outros que sua doença, o que pode modificar a relação profissional-doente e alcançar um maior coeficiente de autonomia e iniciativa, um maior protagonismo.

A relevância de se interessar pela história de vida das pessoas decorre, entre outros motivos, do fato de que sempre serão únicas, singulares. O romancista Jean-Jacques Rousseau deixa isso muito claro desde o início de suas “Confissões”:

Moi seul. Je sens mon coeur et je connais les hommes. Je ne suis fait comme aucun de ceux que j'ai vus; j'ose croire n'être fait comme aucun de ceux qui existent. Si je ne vaux pas mieux, au moins je suis autre. Si la nature a bien ou mal fait de briser le moule dans lequel elle m'a jeté, c'est ce dont on ne peut juger qu'après m'avoir lu⁹ (Rousseau).

Para Canesqui, as narrativas das histórias de vida dos adoecidos crônicos “rompe com a centralidade do modelo biomédico no discurso da doença, que torna os pacientes passivos e submissos aos meios diagnósticos e terapêuticos” (Canesqui, 2007). Através da narrativas, os pacientes conseguem dar sentido às suas vidas e ao sofrimento e, assim fazendo, diminuem sua dependência em relação à biomedicina e aumentam seu protagonismo e autonomia.

⁹Eu só. Sinto meu coração e conheço os homens. Não sou feito como nenhum dos que já vi; e ousa crer que não sou feito como nenhum dos que existem. Se não sou melhor, sou, pelo menos, diferente. E só depois de me haver lido é que poderá alguém julgar se a natureza fez bem ou mal em quebrar a fôrma em que me moldou. (Rousseau, 2008).

Dessa forma, admitimos que o indivíduo, portador ou não de uma doença, tem também algo a dizer e algum saber sobre o tema em pauta. Dispor do direito a um ponto de vista significa quebrar o monopólio do profissional de saúde em relação à decisão clínica. Em outras palavras, supera-se o que Morin chamou de instinto de propriedade territorial, isto é, “o enclausuramento disciplinar onde cada um é proprietário de um estreito território e compensa sua incapacidade para refletir sobre o território dos outros com a proibição rigorosa feita aos outros de penetrarem o seu território” (Morin, 1990). Quando o profissional deixa de proibir o cidadão de refletir sobre sua própria condição, estabelece-se uma relação mais democrática, com a possibilidade de compartilhamento das decisões clínicas. Essa maneira de abordar o indivíduo doente difere, portanto, do método clínico tradicional no qual a anamnese funciona como um roteiro orientado para o estabelecimento do nome de uma doença. Em outras palavras, é através da conversa menos estruturada, de uma anamnese menos rígida, que buscamos acessar o plano dos significados, sentimentos e contextos (Bedrikow, 2008).

Este jeito de clinicar pretende-se potente para dar conta daquelas queixas que, não dispondo de comprovações etiológicas e diagnósticas pela biomedicina, tendem a ser ignoradas ou forçadas a encaixar-se em algum diagnóstico conhecido ou construído para tal. Canesqui destaca a fibromialgia, a fadiga crônica, as lombalgias crônicas e as dores têmporo-mandibulares como experiências de sofrimento amiúde deslegitimadas pelo saber médico e pelos médicos (Canesqui, 2007).

Não é incomum esses sofrendores percorrerem vários serviços de saúde e serem rotulados pelos profissionais de saúde sob diferentes designações pejorativas que os enquadram como poliqueixosos ou como portadores de doenças e dores imaginárias ou apenas psicológicas.[...]Essa experiência deslegitimada do sofrimento reforça o materialismo científico que separa o corpo da mente, tornando-a medicamente invisível, ao passo que ignora as implicações morais e os significados simbólicos da enfermidade (Canesqui, 2007).

4.10- Paradigmas e possibilidades da clínica: uma síntese

O propósito desta seção é articular, na medida do possível e do considerado necessário, as principais contribuições das áreas da medicina e da saúde tratadas nas seções anteriores a fim de compreender quais os principais paradigmas e possibilidades da clínica. Espera-se que tal produto facilite a análise dos documentos mais adiante.

A compreensão do conceito de paradigma e, sobretudo, da sua força como determinante do modo de pensar e agir da coletividade científica, permite entender porque a Clínica Moderna permanece hegemônica e robusta há mais de 200 anos.

Interessa aqui a noção de paradigma apresentada por Kuhn¹⁰ (2009) no seu livro *A Estrutura das Revoluções Científicas*: “modelo do qual brota a tradição coerente e específica da pesquisa científica”; é o que define os problemas e o método, além dos padrões de solução, que serão seguidos por determinada comunidade científica. Em outras palavras, distingue as experiências que valem a pena ser feitas daquelas que não têm interesse e estabelece os fundamentos de um determinado campo de estudo. Significa a supremacia de uma teoria sobre outras consideradas igualmente científicas e relevantes no período pré-paradigmático. A comunidade científica aceita como científico apenas aquilo que é ditado por essa teoria triunfante e assume um compromisso com ela. Trata-se de uma questão de fé; o cientista acredita cegamente no paradigma e não o coloca em dúvida, questiona ou testa, nem racionaliza sobre ele. Não exige provas, bastando-lhe a crença na capacidade do paradigma em resolver problemas. O fracasso surge quando o resultado não coincide com o esperado e é sempre atribuído ao cientista e nunca à teoria. Os fenômenos que não se

¹⁰Thomas Samuel Kuhn (1922-1996): filósofo norte-americano, estudou física em Harvard antes de dedicar-se à história e filosofia da ciência. “*A Estrutura das Revoluções Científicas*” (1962) tornou-se uma das mais influentes obras modernas nesse campo. Para Kuhn, a história da ciência não é uma acumulação progressiva e uniforme de dados e teorias bem sucedidas, e sim um processo contraditório marcado por rupturas, pelas revoluções do pensamento científico. (Blackburn, 1997, p. 218; Kuhn, 2009).

enquadram nos parâmetros determinados pelo paradigma tendem a ser colocados de lado, ignorados ou deixados para exame posterior de forma a não desacreditar o paradigma. No entanto, quando o resultado definitivamente não funciona segundo a maneira prevista, revela uma anomalia que desorienta a ciência normal e, então, começam as investigações extraordinárias que finalmente determinam uma nova base para a prática da ciência - são as revoluções científicas. As anomalias são distorções científicas que forçam a comunidade a duvidar da teoria científica anteriormente aceita e, por isso, provocam insegurança e grande incômodo na comunidade científica que tem sua fé abalada. O consequente enfraquecimento das regras facilita a proliferação de versões da teoria enquanto que o paradigma gradualmente perde seu status ímpar. Nesse período de crise do paradigma, os cientistas passam a considerar alternativa distinta.

O primeiro grande momento da Clínica - que Foucault interpretou como o nascimento - acompanhou a revolução científica biológica. O pesquisador reconhece como contribuição fundamental dessa Clínica Moderna ou Tradicional a possibilidade de compreender, de aceitar racionalmente suas teorias e práticas, contrapondo-se ao momento histórico anterior quando imperava o poder absolutista e a imposição de dogmas fortemente vinculados à religião e à tradição. Fez parte de um processo que foi ganhando fôlego por dois séculos até apoderar-se do posto de teoria triunfante no final do século XVIII, tendo como marco o movimento do Iluminismo francês. Portanto, pelo menos na sua origem, a ciência moderna, e, por conseguinte, a clínica que daí surgia, estiveram associadas ao nascimento de sociedades liberais e mais democráticas nas quais a razão substituiria a tradição. Em verdade, o que o ocidente assistiu foi a uma mudança do exercício do poder.

Para Foucault:

O século XIX marca o início de uma etapa importante: a monarquia desaparece do mundo. Ora, a monarquia foi um sistema político no qual o poder era exercido por alguém que adquiria hereditariamente.

Com o final do absolutismo, o poder começou a ser exercido por meio da intervenção de um certo saber governamental, que abarca os conhecimentos dos processos econômicos, sociais e demográficos. Assim, o poder começa a se ligar ao conhecimento.[...]os dirigentes sabem que não se pode governar sem um saber (Foucault, 2011).

Ainda que a ciência moderna por vezes assumia ares de outra forma de dominação, aparentou, com muita probabilidade, ser mais democrática, pois mostrava, ou melhor, demonstrava por meio de experiências, suas teorias. Talvez, por isso, sua imediata e duradoura aceitação por parte das sociedades modernas e o lugar hegemônico que ocupa até hoje. O ímpeto da Medicina Baseada em Evidências, nas últimas décadas, revigorou ainda mais a Clínica Moderna e seus princípios positivistas.

Da Clínica Moderna ou Tradicional, herdeira da revolução científica biológica do final do século XVIII, conservou-se o modo de pensar e agir presentes no método clínico empírico-classificatório, raciocínio patofisiológico, na doença como objeto de interesse principal da medicina, nas diretrizes e protocolos soberanos, na concentração de saber e poder no médico e no hospital e na falta de liberdade para experimentar algo novo, diferente.

Outro grande avanço da medicina acompanhou a revolução industrial. Com efeito, a Medicina Social progrediu pela necessidade de dar respostas aos problemas provocados pelo processo de industrialização, notadamente no século XIX, com o subsídio de trabalhos precursores nos dois séculos precedentes. O modo de produção em larga escala e dependente do trabalhador urbano, aliado ao rápido crescimento das cidades e às grandes aglomerações humanas acarretaram o aparecimento ou expansão de epidemias, doenças dos trabalhadores, doenças relacionadas à contaminação ambiental, agravos decorrentes de violência urbana, entre outras. Assistiu-se a uma ampliação do objeto de interesse da medicina que não mais se restringiu, prioritariamente, à doença do indivíduo, mas incluiu também as condições sociais

e econômicas dos indivíduos e das coletividades e a proteção da saúde daqueles que trabalhavam na indústria. O Estado, a serviço da burguesia industrial, preocupou-se com a saúde das pessoas e participou ativamente da organização da atenção à saúde através de políticas públicas, utilizando para isso estudos demográficos e epidemiológicos. As exigências impostas pela industrialização exigiram o desenvolvimento das três áreas constitutivas da Saúde Coletiva: Epidemiologia, Ciências Sociais e Ciência Política (Planejamento). Portanto, a partir desse momento, introduziu-se na clínica a preocupação com questões de saúde das coletividades, relacionadas ao trabalho e meio ambiente e da vida em centros urbanos, além da necessidade de formular políticas para a organização do processo de trabalho e dos serviços de saúde. Vale frisar, nesse campo, o desenvolvimento do conceito de prevenção de doenças, atrelado a estudos epidemiológicos. A medicina incorporou, com isso, um caráter descritivo e outro normativo estabelecendo padrões para as coletividades.

Não obstante o lugar estratégico conquistado pela Medicina Social e Saúde Coletiva, a biomedicina seguiu sua trajetória triunfante com as descobertas bacteriológicas, o desenvolvimento tecnológico e da farmacologia e a perspectiva de destrinçar e manipular o genoma humano.

A Psicanálise abriu caminho aos segredos do inconsciente humano, até então considerado de pouca relevância para o exercício da Clínica. Freud mostrou que seria possível acessar o inconsciente indiretamente, através dos sonhos, dos atos falhos, dos chistes e das expressões corporais e que nessa esfera encontravam-se explicações para problemas mentais - como as neuroses - que, de outra forma, não se poderia abordar. Original e relevante sua teoria, oferecendo uma nova ferramenta à medicina, afeita, neste caso, ao cuidado do indivíduo e à problemas específicos.

A Reabilitação Psicossocial representou uma forma de crítica à positividade do saber psiquiátrico e à objetivação da pessoa. Significou também uma luta pelo respeito aos direitos humanos e pela democratização. Entendia a

Clínica Moderna, tradicional, como uma forma de dominação e repressão do sujeito, muito diferente, seja dito de passagem, do ideal anti-absolutista na sua origem. Fortaleceu-se juntamente com o crescimento da esquerda italiana nas décadas de 1970 e 1980, tendo em Basaglia uma figura de grande expressão através do movimento de retirada dos loucos dos manicômios e sua reinserção na sociedade. No Brasil, o fenômeno seguiu trajetória semelhante com a efetivação de uma reforma psiquiátrica e tratamento de doentes mentais fora dos hospitais, em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A Reabilitação Psicossocial trouxe à tona a importância do sujeito e sua singularidade, história, cultura, vida cotidiana, cidadania, poder de contratualidade, capacidade de escolha, aumento do grau de autonomia e de gerenciamento da vida. O sujeito tornou-se mais importante que a doença. Alguns dispositivos ou arranjos experimentados nos CAPS, de certa forma, procuraram garantir os direitos dos sujeitos portadores de doença mental. Convém citar a participação dos doentes em reuniões gerenciais e clínicas, o acolhimento e valorização de suas falas, a incorporação de um profissional ou equipe de referência e a elaboração de projetos terapêuticos individuais.

A Medicina Centrada na Pessoa é um esforço de sistematização da abordagem de problemas emocionais, sociais e culturais relacionados à pessoa doente e que possam influenciar o desfecho do manejo clínico. Sugestões, roteiros e dicas para que o profissional médico consiga acessar tais aspectos da vida do enfermo. Ainda que, ao tentar instrumentalizar o modo para se lidar com pessoas, termine por simplificar a complexidade e variabilidade dos fenômenos subjetivos. Em alguma medida, buscam-se protocolos e padrões para se lidar com dificuldades sociais, subjetivas e existenciais. Ao mesmo tempo, contudo, prioriza a experiência do sujeito com o adoecer por reconhecê-la como única, singular para cada indivíduo. No seu relatório anual de 2008, dedicado à Atenção Primária à Saúde, a Organização Mundial da Saúde aponta que a ciência biomédica está, e deve estar, no coração da medicina moderna, ao mesmo tempo que reconhece a importância da Medicina Centrada na Pessoa (WHO, 2008).

Em seguida, cita William Osler: “é mais importante saber que tipo de paciente tem uma doença do que saber que tipo de doença um paciente tem” (WHO, 2008), valorizando com isso a dimensão humana da medicina.

A Clínica Ampliada e Compartilhada tem na sua racionalidade o cuidar do imprevisível e do singular próprio a cada sujeito ou coletividade. Para isso, não fica apenas com o que o corpo pode mostrar, com aquilo que se revela ao olhar empírico. O aspecto mais peculiar e fértil desse tipo de clínica é a possibilidade dos encontros se darem mais desprendidos da coerção ou opressão impostas pela ciência moderna que carrega consigo suas ofertas e saberes inabaláveis, aos quais o doente deve amoldar-se sob o risco de ter suas demandas ignoradas. Ao contrário, permite-lhe trazer temas outros que a doença e convida-o a participar das decisões sobre o próprio cuidado sem evitar os desafios emocionais, sociais, culturais e econômicos, na lógica de uma co-construção do cuidado. Utiliza-se da abordagem da história de vida dos sujeitos, da clínica de diferentes categorias profissionais, do trabalho em equipe mediante reuniões e apoios matriciais, da elaboração de projetos terapêuticos singulares e qualquer outro dispositivo que venha a ser criado a fim de responder melhor à demanda colocada. Tudo isso com o objetivo de possibilitar ao sujeito continuar “andando” na vida, fazer suas escolhas, gerenciar sua vida, mesmo que acometido por uma doença, à qual não pode ser simplesmente reduzido.

Em suma, pode-se concluir que fazer clínica é lidar com disputa de poder, saber e afeto, como entende Campos (2003) no método Paidéia. A Clínica tende a ser multiparadigmática quando se propõe a cuidar da pessoa em suas diversas dimensões - biológica, social, emocional, cultural. Muito provavelmente, os profissionais que cuidam de pessoas adoecidas ou com risco de adoecer não estão alheias ao papel dessas diferentes dimensões humanas na determinação do estado de saúde ou doença, mas, no dia a dia, suas práticas pendem para aquelas com mais valor de uso ou com mais apelo da sociedade, considerando aí o peso da ciência moderna no mundo ocidental.

Diante da análise das contribuições das diferentes áreas da medicina e da saúde, previamente discutidas, o pesquisador reconheceu, analogamente ao que diferenciava as escolas gregas de Cós e Cnido, dois tipos de clínica predominantes:

- 1- Clínica Moderna/Tradicional- revigorada com a Medicina Baseada em Evidências, e que prioriza a abordagem da doença presente no corpo através de um método clínico empírico-classificatório e raciocínio patofisiológico que pode ser considerado o paradigma desta clínica, ainda hegemônica;
- 2- Clínica do Sujeito- que alcançou sua expressão mais completa na Clínica Ampliada e Compartilhada, tendo incorporado princípios da Psicanálise, da Reabilitação Psicossocial, do existencialismo de Sartre, do humanismo autoconsciente de Gramsci, entre outros, valendo-se de um método contra-hegemônico e capaz de produzir tensão paradigmática.

O que se verá adiante é a proposta do Estado brasileiro para a atenção primária, no período entre 1994 e 2012, do ponto de vista do tipo de clínica, através de seus documentos oficiais.



5- POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

As políticas públicas de saúde estabelecem como organizar as ações e serviços de saúde do país. Estão ligadas à praxis, mas também ao exercício de poder, interesses e forma de ver o mundo. São fruto de uma disputa entre a dimensão técnica (racionalidade), conflitos de interesse e a dimensão política presentes nos processos de tomada de decisão (Cohn, 2006).

Para Luz (1979),

Política de Saúde é a forma histórica mais ou menos explícita como o Estado conduz o problema das condições sanitárias da população. Esta condução varia conjunturalmente e comporta um conjunto de divergências, incoerências e mesmo oposições internas. Deste ponto de vista qualquer Estado tem uma política de saúde.

Segundo essa mesma autora, as políticas de saúde são *affaire d'Etat*, mas moldam-se em função de influências e pressões de “instituições não estatais como a indústria farmacêutica, laboratórios em geral, institutos de pesquisa e associações científicas deste ou daquele ramo da medicina, [...] estando portanto diretamente ligadas aos interesses políticos e econômicos das diversas classes sociais e seus aliados” (Luz, 1979).

As políticas de saúde e os modelos assistenciais - modo como se organizam as formas de intervenção no processo saúde-doença - serão analisados considerando-se sua dimensão histórica.

No final do século XIX e início do XX, o Brasil precisava conter epidemias como de febre amarela, peste e varíola que ameaçavam a economia, ainda muito dependente da exportação do café e, para isso, intensificou as ações de cunho higienista mediante campanhas sanitárias como aquelas organizadas por Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro. Esse modelo, preponderante durante a República Velha (1889-1930), ficou conhecido como Sanitarismo-Campanhista.

O Estado priorizou, nesse período, ações coletivas, limitando-se a prestar assistência hospitalar apenas aos doentes mentais e portadores de doenças infecciosas, e deixando a cargo dos hospitais filantrópicos e da medicina privada o grosso da assistência individual. (Nunes LA, 2004; Coelho, 2008; Paim, 2011; Langbecker e Castanheira, 2011). Características desse modelo continuam presentes até hoje na forma de campanhas (vacinação, combate a epidemias etc) e de programas especiais tais como o de controle da tuberculose, hanseníase, saúde da criança, saúde da mulher, entre outros. Limita-se a determinados agravos ou grupos populacionais, desobrigando-se a responder a outras demandas da população, sem almejar a integralidade do cuidado (Paim, 1994).

O processo de industrialização e urbanização, que ocorreu no Brasil a partir da década de 1920, trouxe consigo outras demandas, mormente relacionadas à força de trabalho, que culminariam com a adoção do modelo Médico-Assistencial Privatista, caracterizado pela assistência individual em hospitais, ambulatórios e consultórios. No mesmo período, no estado de São Paulo, um modelo baseado nos ideais norte-americanos de Educação Sanitária determinou a adoção dos Centros de Saúde como espaços para ações educativas individuais, principalmente, mas não só, por meio de visitação domiciliária (Langbecker e Castanheira, 2011; Mello, 2011).

A organização da classe trabalhadora, primeiro em Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS) das empresas e, mais tarde, em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPS) das diferentes categorias profissionais, orientou a atenção à saúde que passou a ser responsabilidade dos ambulatórios e hospitais vinculados a esses IAPS. Em 1966, os IAPS se fundiram no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que privilegiou a compra de serviços do setor privado conjuntamente com a ampliação do número de hospitais e de recursos tecnológicos.

A assistência médica previdenciária estruturou-se a partir do modelo flexneriano¹¹ - biomédico, centrado na doença e no médico - que também orientou a organização dos hospitais estaduais e universitários (Silva JR e Alves, 2010).

O governo militar, iniciado em 1964, manteve o foco na assistência à saúde individual e expandiu o modelo biomédico de atendimento por meio do financiamento e compra de serviços aos hospitais privados, elevando o consumo de equipamentos e medicamentos (Silva JR e Alves, 2010). Segundo Luz (1979), o enfoque prioritário na medicina assistencial em relação à saúde pública, principalmente a partir da década de 1970, acompanhou a intensificação das relações da medicina com a indústria de medicamentos e equipamentos hospitalares, o que se mostrou coerente com as escolhas político-econômicas das classes dominantes.

A biomedicina, que valoriza a tecnologia dura em detrimento das leves (relação médico-paciente) e tem custo elevado, tornaria-se, dessa forma, o modelo hegemônico no Brasil e vários outros países.

O elevado gasto com a saúde não se acompanhou de igual melhoria nos níveis de saúde e menos ainda no acesso da maior parte da população aos serviços e tecnologias. Esse desafio, comum à maior parte dos países ocidentais, provocou um movimento de busca ou valorização de modelos de atenção capazes de alcançar “saúde para todos no ano 2000”, conforme proposta da Organização Mundial de Saúde, cujos princípios foram enunciados na Conferência de

¹¹O *Medical Education in the United States and Canada - A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* (1910), posteriormente conhecido como relatório Flexner, propôs uma reforma do ensino médico nos Estados Unidos e Canadá que provocou mudanças na medicina de grande parte do mundo. O ciclo clínico deveria ser realizado em hospitais e centrado na doença de forma individual, adotando claramente uma concepção positivista da medicina. O modelo flexneriano é, portanto, biomédico, centrado na doença e no hospital, reservando pequeno espaço, se algum, para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde (Pagiosa e Da Ros, 2008).

Alma-Ata¹², em 1978. Essa conferência, organizada pela Organização Mundial de Saúde, definiu a atenção primária à saúde como “Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (OMS, 1978 apud Starfield, 2002). Alma-Ata é uma cidade do Cazaquistão, que, em 1978, pertencia à União Soviética.

Dessa forma, tendo como base o conceito de cuidados primários em saúde, assistiu-se, em vários países, à reorientação da organização dos sistemas de saúde no sentido de fortalecer a atenção primária, enfatizando-se a prevenção, a promoção, a participação comunitária e o conceito de que o processo saúde-doença depende de fatores biopsicossociais. É nesse contexto que experiências como a Medicina Comunitária, as Ações Programáticas de Saúde, Os Sistemas Locais de Saúde e o Programa de Saúde da Família ganharam vida. No caso brasileiro, resolveu-se ampliar estas recomendações da OMS mediante a construção de um sistema público de saúde que assegurasse direito universal à

¹²Conferência organizada pela Organização Mundial de Saúde, por ocasião da qual definiu-se a atenção primária à saúde como “ Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (OMS, 1978 apud Starfield, 2002, p. 30-1). Alma-Ata é uma cidade do Cazaquistão, que, em 1978, pertencia à União Soviética.

saúde, concretizado por uma rede integral de atenção com acesso gratuito e segundo necessidades de saúde. Deste movimento nasceu o SUS.

Segundo Luz (1979), as políticas de saúde exercem um “efeito político” de controle sobre as classes e grupos sociais subordinados, enquadrando-os nas relações sociais próprias do modo de produção capitalista.

Neste trabalho, interessou ao pesquisador analisar a racionalidade que está por trás das políticas de saúde para a atenção primária no Brasil, mormente no que diz respeito ao tipo de clínica presente nessas propostas.

5.1- A experiência da Estratégia da Saúde da Família (ESF)

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi formulado no momento em que o país buscava medidas concretas para consolidar uma reforma sanitária iniciada duas décadas antes e, de certa forma, vitoriosa ao incorporar seus princípios e diretrizes na Constituição de 1988. A indignação pela desigualdade de acesso da população e pela má qualidade do sistema de saúde como um todo foi um fator determinante para o surgimento desse programa. A existência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) - criado em 1991 e fruto de experiências ocorridas nas duas décadas anteriores - foi fundamental para a formulação e implantação do PSF, oficializado em 1994 (Girade, 2010), e que se tornaria a estratégia estruturante principal da atenção primária no Brasil, a partir de 1998.

De acordo com o Portal da Saúde do Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2013),

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes

são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aposta no papel estratégico da ESF para expandir, qualificar e consolidar a Atenção Básica mediante mudanças no processo de trabalho capazes de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica e aumentar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades (Brasil, 2012a).

As equipes são compostas por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ser ampliada com cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, recomendando-se uma média de 3.000 (Brasil, 2012a).

Segundo Andrade et al (2006), são componentes da organização da ESF:

COMPONENTES ORGANIZATIVOS DA ESF	
a	Definição e descrição do território de abrangência
b	Adscrição de clientela
c	Diagnóstico de saúde da comunidade
d	Acolhimento e organização da demanda
e	Trabalho em equipe multiprofissional
f	Enfoque da atenção à saúde da família e da comunidade
g	Estímulo à participação e controle social
h	Organização de ações de promoção de saúde
i	Resgate da medicina popular
j	Organização de um espaço de co-gestão coletiva na equipe
l	Identificação dos serviços de referência no nível secundário e terciário
m	Monitoramento dos indicadores de saúde do território-população de abrangência
n	Clínica ampliada
o	Educação permanente em saúde

Esta nova organização do modelo assistencial carregaria consigo a possibilidade de uma mudança paradigmática nas práticas assistenciais (Goulart, 2010) e obteve melhoria de indicadores de saúde, especialmente nos grupos mais pobres da população, sobretudo naqueles referentes à acessibilidade e saúde materno-infantil (Souza, 2010; Andrade, 2006).

A partir de experiências inovadoras em diversos municípios do país, Marsiglia (2007) elencou alguns “efeitos positivos” da ESF:

acompanhamento e controle de doenças crônicas em segmentos populacionais que até então não tinham acesso aos serviços de saúde[...]; implementação de medidas de prevenção e diagnóstico precoce[...]; identificação de problemas de ordem social no interior das famílias[...]; preparação das equipes de saúde para lidar com os problemas a partir das famílias e da base territorial[...]; utilização de novas metodologias de trabalho.

Essa mesma autora reconhece que, ao tomar a família como unidade de trabalho, a ESF coloca novos desafios, diferentes daqueles relacionados à clínica tradicional - cuja unidade de trabalho é o indivíduo isolado - ou à saúde pública, que se ocupa da população como um todo (Marsiglia, 2007). Essa “nova” unidade de trabalho exigiria conhecimentos e práticas diferentes por parte dos profissionais de saúde.

Com a ESF veio à baila a discussão de qual seria o perfil ideal do profissional médico que deveria compor as equipes de saúde da família. De acordo com a Confederação Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), “a Medicina de Família e Comunidade é a disciplina com melhores capacidades para liderar a aplicação da estratégia da Atenção Primária em Saúde”. Tal entidade definiu de forma relativamente detalhada e minuciosa o perfil do médico de família e comunidade, resumido nas seguintes características do “médico de família cinco estrelas” (Castillo, 2010):

- *Profissional da saúde, que considere o paciente como parte integral de uma família e uma comunidade, e proporcione atenção clínica de alta qualidade, integral, bio-psico-social, espiritual e personalize a atenção preventiva numa relação de longo prazo baseada na confiança.*
- *Criador de decisões, que escolhe a tecnologia adequada para o cuidado da pessoa, com critérios éticos e de custo-eficácia, melhorando assim o tipo de atenção prestada. Comunicador, que é capaz de*

promover estilos de vidas saudáveis mediante explicações enfáticas e assertivas, outorgando, portanto o poder aos indivíduos e grupos para melhorar e proteger sua saúde.

- *Líder da comunidade, que tenha ganhado a confiança das pessoas entre as quais trabalha, e que pode reconciliar as demandas de saúde dos indivíduos com a comunidade, estabelecendo um plano de ação para o benefício desta.*
- *Membro de uma equipe, que possa trabalhar de forma harmoniosa com outros profissionais do setor saúde e de outros setores, com as pessoas, as organizações, dentro ou fora do sistema sanitário, a fim de satisfazer as necessidades de saúde de seus pacientes e comunidades.*
- *Preservar e melhorar a qualidades do cuidado, de tal maneira que se dê resposta às necessidades integrais das pessoas.*

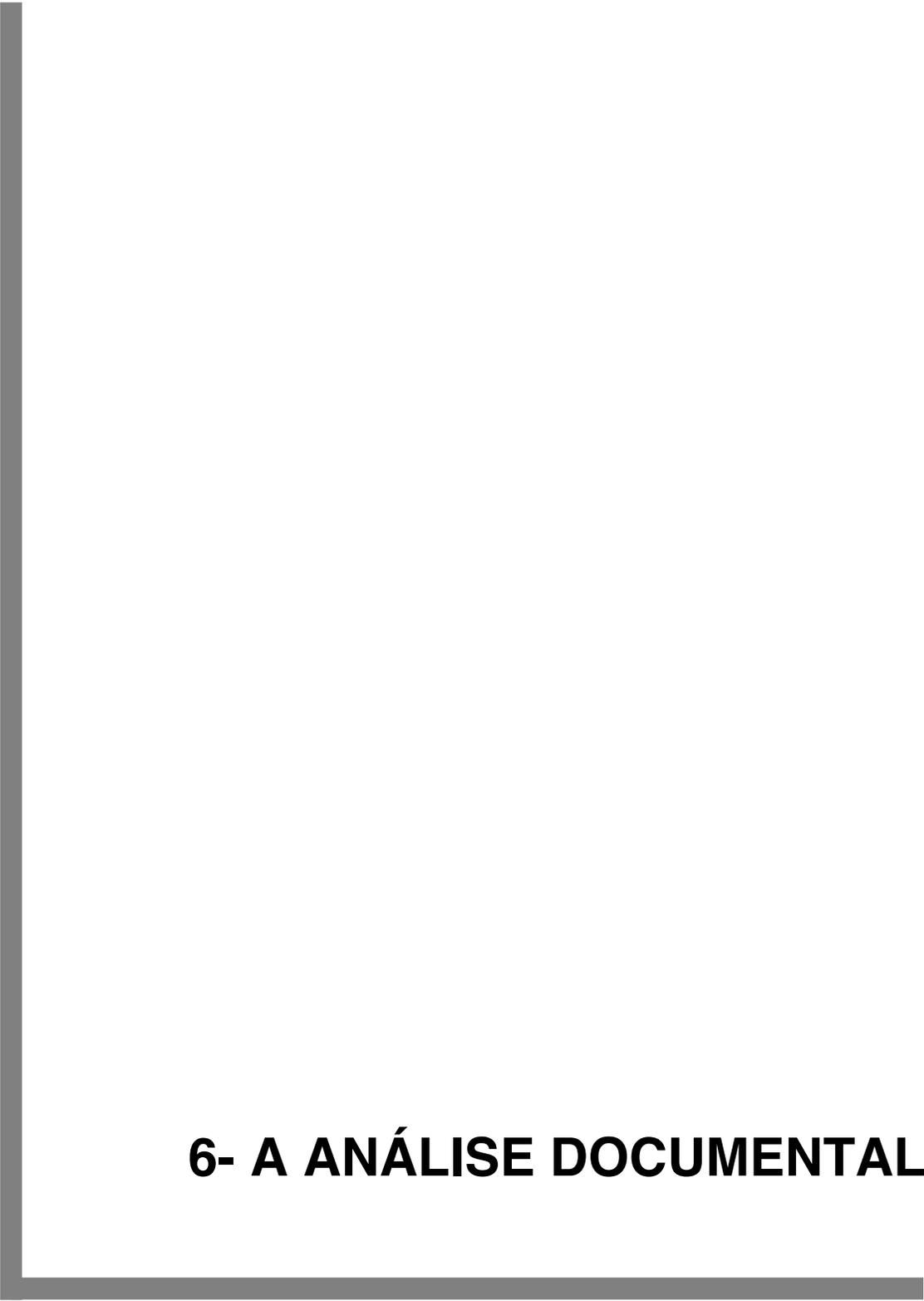
A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) considera o médico de família e comunidade o especialista que atende o enfermo de forma integral, contínua, no âmbito individual e familiar, com uma visão holística, que considera o contexto biológico, psicológico, social e espiritual, reconhecendo que a enfermidade está ligada à personalidade e experiência de vida da pessoa e considerando a singularidade de cada indivíduo, família ou coletividade. Além disso, está preparado para responder às demandas assistenciais em qualquer momento do ciclo de vida individual e/ou familiar.

No documento da CIMF, albergado na página da SBMFC, consta que a “Medicina de Família e Comunidade orienta-se a partir de um modelo centrado na pessoa” (Castilho, 2010). Parece haver aí a indicação do tipo de clínica proposto para esse especialista.

Segundo Grossman, “O médico de Família é a materialização de um desejo e necessidade da maior parte das pessoas e famílias: ter o SEU médico, aquele que conhece e é conhecido do paciente e da família de longa data,

que é facilmente acessível e que geralmente acerta no seu atendimento” (Grossman, 2010).

A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) entende que cabe ao médico de família e comunidade uma abordagem biopsicossocial do processo saúde-adoecimento, integrando ações de promoção, proteção, recuperação e de educação em saúde no nível individual e coletivo, e priorizando a prática centrada na pessoa, na relação médico-paciente, no cuidado em saúde e na continuidade da atenção (Brasil, 2003).



6- A ANÁLISE DOCUMENTAL

6.1- Categorias analíticas

Com base nas considerações apontadas no capítulo “Paradigmas e possibilidades da clínica: uma síntese”, o pesquisador decidiu analisar os documentos a partir da busca e confrontação de elementos próprios da Clínica Moderna/Tradicional e da Clínica Ampliada e Compartilhada. A primeira porque ainda é a que predomina nas escolas médicas, no imaginário e na prática da maioria dos profissionais de saúde e da população de um modo geral, ocupando o lugar de teoria triunfante há mais de duzentos anos, e porque carrega consigo a essência da biomedicina, da clínica da doença pelo método empírico-classificatório e raciocínio patofisiológico. A segunda porque, sem desconsiderar os benefícios da Clínica Moderna/Tradicional, incorpora outros paradigmas que lhe permitem avançar para além da doença, preocupando-se, sobretudo, pelo sujeito singular. Dessa maneira, pretendeu-se analisar os documentos sob a ótica da dicotomia entre clínica da doença e clínica do sujeito.

No que diz respeito à Clínica Moderna/Tradicional, buscou-se os seguintes elementos constitutivos: doença como único ou principal objeto de atenção, concentração de saber e poder no médico e no hospital, uso de protocolos e diretrizes embasados em método clínico empírico-classificatório e raciocínio patofisiológico.

Em relação à Clínica Ampliada e Compartilhada, esperou-se encontrar os seguintes elementos: sujeito como objeto de atenção, valorização da singularidade de cada indivíduo, emprego da história de vida como forma de abordagem do paciente, abordagem de temas outros que a doença, protagonismo do paciente, possibilidade de escolha por parte do paciente, pactuação entre equipe de saúde e paciente e clínica de outros profissionais que não o médico.

6.2- Análise dos documentos

6.2.1- Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2012) está aprovada pela portaria do Ministério da Saúde nº 2.488, de 2 de outubro de 2011. Cabe à Secretaria de Atenção à Saúde a publicação de manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas dessa política (Brasil, 2012). Ao colocar o foco no tipo de clínica, foi possível fazer as considerações que seguem.

A) Elementos da clínica moderna

Dentre as atribuições específicas do enfermeiro, consta: “Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas[...]solicitar exames complementares, prescrever medicações”. Ao médico compete “Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo”. Nesses dois casos, não há nenhuma indicação para que se exerça uma clínica atenta ao sujeito e sua singularidade. Esse vazio, na visão do pesquisador, favorece aquilo que já é mais hegemônico ou corriqueiro, a saber, a Clínica Moderna/Tradicional.

Ao dispor sobre as atribuições do auxiliar e do técnico de enfermagem, e do agente comunitário de saúde, a PNAB não abre espaço evidente para uma clínica desses profissionais. Limitam-se, então, a atividades programadas e educativas. Neste caso, parece que a balança pende para o lado de uma clínica mais tradicional, sem a incorporação da clínica dos profissionais não médicos.

Fica-se com a sensação de um esforço inicial - como se verá adiante - na PNAB 2012, para que a clínica seja ampliada e o sujeito valorizado no que tem de singular, mas essa intencionalidade, presente no capítulo “Dos princípios e diretrizes gerais da atenção básica”, não é mantida/desenvolvida nos capítulos

subsequentes, estando inclusive ausente das atribuições dos profissionais, o que, provavelmente, serve de desestímulo à prática da clínica do sujeito e encorajamento à manutenção da Clínica Moderna/Tradicional.

B) Elementos da clínica ampliada e compartilhada

No capítulo 1- “Dos princípios e diretrizes gerais da atenção básica” - percebe-se a cautela de não associar este nível de atenção à saúde a uma prática centrada na doença, no médico e em procedimentos. Há uma defesa, não muito explícita, é verdade, da Clínica Ampliada e Compartilhada e da Clínica Centrada na Pessoa.

A PNAB 2012 caracteriza a Atenção Básica como

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da

Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (Brasil, 2012, p. 19-20).

No texto citado acima, constata-se a ausência da palavra “doença”, mesmo quando mencionados os objetivos tradicionais da medicina, isto é, “a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde”. Isso reflete, aos olhos do pesquisador, o cuidado, por parte daqueles que elaboraram o documento, de não restringir o objeto de interesse da Atenção Básica à doença. Essa impressão fica mais clara ao se comparar esta versão atual com aquela de 2006 na qual a palavra “doença” aparecia na seção “Dos Princípios gerais”: “busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças” (Brasil, 2006a).

Os trechos “deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário” e “sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural” valorizam o sujeito, a pessoa. Novamente, a singularidade das pessoas, que dialoga com as políticas gerais, é considerada quando se aborda a educação permanente.

Outro elemento importante da Clínica Ampliada e Compartilhada - a abordagem através da história de vida das pessoas - consta desse primeiro capítulo quando trata da necessidade de “adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização[...]evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida”.

Mais um discurso coerente com a Medicina Centrada na Pessoa e, principalmente, com a Clínica Ampliada e Compartilhada: “ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado”.

No capítulo 2- “Das funções na rede de atenção à saúde” - há menção à “clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais”. Espera-se a elaboração, acompanhamento e gestão de “projetos terapêuticos singulares” (PTS). A próxima vez que PTS são mencionados na PNAB é no capítulo referente ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), não aparecendo, portanto, como atribuição específica de nenhuma das categorias profissionais que classicamente compõem as equipes de Atenção Básica.

Conclusão

Tem-se a sensação de um esforço inicial, na PNAB 2012, para que a clínica seja ampliada e o sujeito valorizado no que tem de singular, mas essa intencionalidade presente no capítulo inicial - “Dos princípios e diretrizes gerais da atenção básica” - não é conservada nos capítulos subsequentes, estando inclusive ausente das atribuições dos profissionais, o que, provavelmente, serve de desestímulo à prática da Clínica Ampliada e Compartilhada e encorajamento à manutenção da Clínica Moderna, tradicional.

6.2.2- Cadernos de Atenção Básica (CAB)

Os Cadernos de Atenção Básica são publicações do Ministério da Saúde, dirigidas aos profissionais da rede de Atenção Básica, principalmente aqueles que atuam na Estratégia de Saúde da Família. São numerados e cada um aborda um tema relevante para a Atenção Básica:

N°	Nome do Caderno	Ano de publicação
1	A implantação da unidade de saúde da família	
2	Treinamento introdutório	2000
3	Educação permanente	2000
4		
5	Saúde do trabalhador	2011
6		
7	Hipertensão arterial sistêmica e <i>Diabetes mellitus</i>	2001
8	Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço	2002
9	Dermatologia na Atenção Básica	
10	Guia para o controle da hanseníase	2002
11	Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil	2002
12	Obesidade	2006
13	Controle dos cânceres de colo do útero e da mama	2006
14	Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica	2006
15	Hipertensão arterial sistêmica	2006
16	<i>Diabetes mellitus</i>	2006
17	Saúde bucal	2006
18	HIV/Aids, hepatites e outras DST	2006
19	Envelhecimento e saúde da pessoa idosa	2006
20	Carências de micronutrientes	2007
21	Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose	2008

N°	Nome do Caderno	Ano de publicação
22	Vigilância em saúde: Zoonoses	2009
23	Saúde da criança: nutrição infantil - aleitamento materno e alimentação complementar	2009
24	Saúde na escola	2009
25	Doenças respiratórias crônicas	2010
26	Saúde sexual e saúde reprodutiva	2010
27	Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família	2010
28	Acolhimento à demanda espontânea	2011
29	Rastreamento: linha do tempo	
30	Procedimentos	2011
31	Práticas integrativas e complementares	2012
32	Atenção ao pré-natal de baixo risco	2012
33	Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento	2012

O escopo de incluir nesta análise a coleção “Cadernos de Atenção Básica” não é examinar detalhadamente o conteúdo de todos os exemplares, mas sim possibilitar um olhar global sobre os temas abordados e, em seguida, selecionar alguns que, na opinião do pesquisador, merecem exame mais minucioso. Os primeiros números dessa coleção (1 a 3) voltaram-se, sobretudo, à implantação do Programa de Saúde da Família. A Saúde da Criança foi tema de 3 cadernos (11, 23 e 24) - que abordam o “acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil”, o “aleitamento materno e alimentação complementar” e a “Saúde na escola”. A Saúde da Mulher foi preocupação dos cadernos: “Controle dos cânceres de colo do útero e da mama” (nº 13), “Saúde sexual e

saúde reprodutiva” (nº 26) e “Atenção ao pré-natal de baixo risco” (nº 32). Na área da Vigilância em Saúde, foram abordadas as seguintes doenças: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose (nº 21), zoonoses (nº 22) e a Saúde do Trabalhador (nº 5). Doenças crônicas muito prevalentes e responsáveis por grande morbimortalidade no nosso meio estão presentes nos cadernos “Obesidade” (nº 12), “Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica” (nº 14), “Hipertensão arterial sistêmica” (nº 15), “Diabetes mellitus” (nº 16)” e “Doenças respiratórias crônicas” (nº 25).

Esta primeira análise da coleção “Cadernos de Atenção Básica”, a partir dos títulos dos exemplares publicados, é insuficiente para um diagnóstico preciso do tipo de clínica predominante. No entanto, fica evidente que a organização dos mesmos obedece, em algum grau, a uma classificação por doenças, própria da Clínica Moderna, tradicional. Considerando as doenças mais prevalentes, a importância da transição demográfica por que passa o país e a busca pelo aumento do poder resolutivo das equipes que atuam na Atenção Básica, foram selecionados os seguintes cadernos para estudo mais aprofundado:

nº 15 - Hipertensão arterial sistêmica;

nº 16 - *Diabetes mellitus*;

nº 19 - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa;

nº 13 - Controle dos cânceres do colo do útero e da mama;

nº 27 - Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

A decisão de analisar os cadernos de hipertensão arterial e *diabetes mellitus* levou em conta a prevalência crescente das doenças crônicas, detectada, principalmente, por meio de inquéritos populacionais. “De maneira geral, a prevalência de doenças crônicas autorreferidas pela população nas Pnads¹³ de 1998, 2003 e 2008 ficou em torno de 30% para a população adulta”

¹³Pnads: Pesquisas Nacionais por Amostras de Domicílios.

(Ribeiro e Barata, 2012). Tanto a hipertensão como o diabetes figuram entre as morbidades mais prevalentes e com maior impacto na demanda de serviços de saúde (Barros, 2008). A prevalência média referida de hipertensão e diabetes obtida a partir de um *checklist*, no município de Campinas para os anos de 2001 e 2002, foi respectivamente de 219,9 e 46,9 por mil habitantes, sendo significativamente maiores nos idosos (Carandina, 2008). Afora a elevada prevalência, sessenta por cento dos óbitos e das incapacidades no mundo estão associados às doenças crônicas (Zaitune, 2010). O psicanalista e escritor Rubem Alves expôs de forma original o que entende por doença crônica:

Há jeitos de estar doente, de acordo com os jeitos da doença. Algumas doenças são visitas: chegam sem avisar, perturbam a paz da casa e se vão, É o caso de uma perna quebrada, de uma apendicite, de um resfriado, de um sarampo. Passado o tempo certo, a doença arruma a mala e diz adeus. E tudo volta ser como sempre foi.

Outras doenças vêm para ficar. E é inútil reclamar. Se vêm para ficar, é preciso fazer com elas o que a gente faria caso alguém se mudasse definitivamente para a nossa casa: arrumar as coisas da melhor maneira possível para que a convivência não seja dolorosa. Quem sabe se pode até tirar algum proveito da situação?

Doenças-visitas você já teve muitas. Mas sua nova doença veio para ficar. Hipertensão: 170 por 120.[...]Eu mesmo convivo com minha hipertensão há mais de 20 anos. (Alves, 2002).

Na opinião do pesquisador, essas doenças que vêm para ficar exigem uma abordagem ampliada em relação à clínica tradicional. Por isso, o interesse em estudar os cadernos de hipertensão e *diabetes mellitus* do ponto de vista do tipo de clínica que “carregam” consigo.

Optou-se por analisar o caderno sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa porque o rápido envelhecimento populacional¹⁴ atualmente em curso em nosso país exige mudanças também no exercício da clínica. A transição demográfica observada nas pirâmides etárias brasileiras desde a década de 1970 (Moreira e Nico, 2010), não se acompanhou de um desenvolvimento social e de serviços de saúde na mesma velocidade, o que contribuiu para um estrangulamento do sistema de saúde, em especial no cuidado do idoso. “O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias” (Veras e Lima-Costa, 2011). Considerando que a incapacidade funcional é significativa em idosos (Zaitune, 2011), com comprometimento da mobilidade, ganha relevância ainda maior o cuidado oferecido pela equipe de Atenção Básica que atua próximo à moradia das pessoas, o que se mostra mais estratégico e acertado que a recomendação expressa no Estatuto do Idoso de que o cuidado deveria dar-se em ambulatórios ou unidades geriátricas de referência (Brasil, 2011b). Portanto, este estudo interessou-se pelo tipo de clínica proposto por este Caderno de Atenção Básica para o idoso.

O caderno que trata do controle dos cânceres de colo do útero e da mama foi incluído neste estudo em razão dos dois tipos de câncer figurarem entre as cinco mais importantes neoplasias do ponto de vista populacional no Brasil (Ribeiro e Barata, 2012). De acordo com este caderno, o INCA¹⁵ estimou, para 2012, 52.680 casos novos de câncer de mama feminino e 17.540 casos novos de câncer de colo do útero (Brasil, 2013b). Nos dois casos, o risco de morrer aumenta acentuadamente com a idade (Ribeiro e Barata, 2012). No caso do câncer de colo do útero, as mulheres de maior risco são as de nível socioeconômico mais baixo e com dificuldades de acesso a serviços de saúde (Azevedo e Silva et al., 2011). O pesquisador considera que as doenças dessa natureza - as neoplasias malignas - precisam ser abordadas mediante uma Clínica

¹⁴“O número de idosos passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões, em 2008 - um aumento de quase 700% em menos de 50 anos” (Veras e Lima-Costa, 2012. p. 427).

¹⁵INCA: Instituto Nacional do Câncer.

Ampliada e Compartilhada, voltada mormente ao sujeito, sem, contudo, desconsiderar a doença.

6.2.3- CAB Nº 15: Hipertensão Arterial (Brasil, 2006b)

A) Elementos da Clínica Moderna

Predomina claramente neste documento a Clínica Moderna, fortemente associada à Medicina Baseada em Evidências.

A análise do “Sumário” permite constatar que o documento está organizado de uma forma tradicional, sem nenhum destaque para qualquer discussão acerca do tipo de clínica, muito menos para sua ampliação. Os capítulos tratam da epidemiologia da hipertensão, da medida da pressão arterial, dos critérios diagnósticos e classificação, da avaliação clínica, da hipertensão secundária, da estratificação do risco cardiovascular, do processo de decisão terapêutica, do tratamento, da hipertensão em populações especiais, da emergência e urgência hipertensiva, das atribuições e competências da equipe de saúde e dos critérios de encaminhamento.

Na “Apresentação”, constata-se que este Caderno de Atenção Básica “baseia-se nas evidências científicas atuais”. O emprego dos termos “evidências” e “científicas” carrega consigo a força da ciência moderna positiva para dentro deste documento.

No capítulo 1- “A epidemiologia da hipertensão” - constam como principais complicações da hipertensão arterial cinco grupos de doenças: cérebro-vascular, arterial coronariana, renal crônica, arterial periférica e insuficiência cardíaca, denotando ser a doença o principal objeto do trabalho médico.

Os capítulos que tratam da medida da pressão arterial e dos critérios diagnósticos e classificação não servem para uma análise do tipo de Clínica.

Por outro lado, mostrou-se pertinente olhar com atenção o capítulo IV - “Avaliação clínica inicial”. Trata-se de uma investigação clínico-laboratorial que objetiva “confirmar a elevação da pressão arterial e firmar o diagnóstico, avaliar a presença de lesões em órgãos-alvo, identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares e risco cardiovascular global, diagnosticar doenças associadas à hipertensão e diagnosticar, quando houver, a causa da hipertensão arterial”. Portanto, percebe-se que essa avaliação clínica inicial está voltada a doenças, desconsiderando as demais dimensões do sujeito enfermo.

Os dados apontados como relevantes na história clínica são:

Identificação: sexo, idade, raça e condição socioeconômica
História atual: duração conhecida de hipertensão arterial e níveis de pressão; adesão e reações adversas aos tratamentos prévios; sintomas de doença arterial coronária; sinais e sintomas sugestivos de insuficiência cardíaca; doença vascular encefálica; doença arterial periférica; doença renal; diabetes melito; indícios de hipertensão secundária; gota.
Investigação sobre diversos aparelhos e fatores de risco: dislipidemia, tabagismo, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, perda de peso, característica do sono, função sexual, doença pulmonar obstrutiva crônica.
História pregressa: gota, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca.
História familiar de acidente vascular encefálico, doença arterial coronariana prematura; morte prematura e súbita de familiares próximos.
Perfil psicossocial: fatores ambientais e psicossociais, sintomas de depressão, ansiedade e pânico, situação familiar, condições de trabalho e grau de escolaridade.
Avaliação dietética, incluindo consumo de sal, bebidas alcoólicas, gordura saturada e cafeína.
Consumo de medicamentos ou drogas que podem elevar a pressão arterial ou interferir em seu tratamento (corticoesteróides, anti-inflamatórios, anorexígenos, anti-depressivos, hormônios).

Pode-se, assim, observar que aquilo que se considera relevante diz respeito às doenças, aos fatores de risco e aos aspectos psicossociais, nos moldes de uma clínica tradicional, sem que se atente para elementos que possam ampliá-la.

O capítulo VII- “O processo de decisão terapêutica na hipertensão” - também pode trazer alguma indicação sobre o tipo de clínica preponderante. Inicialmente, recomenda a confirmação diagnóstica e a classificação do risco cardiovascular global em função do escore de Framingham e da presença de lesão em órgãos-alvo. Com base nessa classificação, decide-se por mudança de estilo de vida apenas ou associa-se tratamento medicamentoso. Até aqui, está-se diante de uma clínica da doença hipertensão arterial. A seguir, deve-se investir na abordagem multiprofissional que prevê a participação, além do médico, de enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, professor de educação física, farmacêutico e agentes comunitários de saúde. As ações previstas são: promoção à saúde, treinamento de profissionais, encaminhamento a outros profissionais, ações assistenciais individuais e em grupo e gerenciamento do programa. Observa-se, portanto, que o processo de decisão terapêutica apresentado neste capítulo baseia-se em informações puramente biomédicas e centradas nos profissionais de saúde, sem que o enfermo seja convidado a participar.

O tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial inclui o controle do peso, hábitos alimentares saudáveis, redução do consumo de álcool, abandono do tabagismo e prática de atividade física regular. Apesar do cuidado em buscar “formas saudáveis e prazerosas de preparo dos alimentos” e de tentar respeitar as “preferências pessoais” na elaboração do plano alimentar, em linhas gerais, as recomendações têm caráter normativo, conforme esperado para uma Clínica Moderna/Tradicional. Da mesma forma, ocorre com o “Tratamento farmacológico da hipertensão”.

A análise do capítulo XII- “Atribuições e competências da equipe de saúde” - informa sobre tipo de clínica predominante neste documento.

As sete atribuições do médico reforçam a Clínica Moderna/Tradicional, centrada na doença:

Atribuições e competências da equipe de saúde	
1	Realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos-alvo e comorbidades, visando à estratificação do portador de hipertensão;
2	Solicitar exames complementares, quando necessário;
3	Prescrever tratamento não-medicamentoso;
4	Tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso;
5	Programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente;
6	Encaminhar às unidades de referência secundária e terciária as pessoas que apresentam hipertensão arterial grave e refratária ao tratamento, com lesões importantes em órgãos-alvo, com suspeita de causas secundárias e aqueles que se encontram em estado de urgência e emergência hipertensiva;
7	Perseguir, obstinadamente, os objetivos e metas do tratamento (níveis pressóricos, glicemia pós-prandial, hemoglobina glicada, controle dos lipídeos e do peso).

Não se observa, nessas atribuições, qualquer olhar para o sujeito, ficando o profissional de saúde exclusivamente responsável por uma clínica da doença. Da mesma forma que observou-se no capítulo referente à decisão terapêutica, conclui-se aqui também que tal decisão é atribuição do médico. Constata-se ainda que não consta das atribuições desse profissional a abordagem dos sentimentos, medos, desejos da pessoa hipertensa. Os objetivos e metas são limitados ao controle dos níveis pressóricos, do peso e valores laboratoriais,

sem preocupação com a autonomia do cuidado, com o desenvolvimento da capacidade de escolhas, de gerenciar a própria vida.

Entre as referências bibliográficas predominam protocolos, diretrizes, estudos multicêntricos, randomizados, voltados às doenças, procedimentos e tratamentos farmacológicos. Não há nenhuma que trate de conceitos da Clínica Ampliada e Compartilhada ou da Medicina Centrada na Pessoa.

B) Elementos da Clínica Ampliada e Compartilhada

Não encontrou-se, neste Caderno de Atenção Básica dedicado à hipertensão arterial, elementos concretos da Clínica Ampliada e Compartilhada.

Conclusão

Diferentemente da PNAB 2012 - onde está expresso o desejo de uma clínica mais ampliada, neste CAB sobre hipertensão arterial, que tem um caráter mais diretivo, indo na direção de operacionalizar o cuidado da pessoa hipertensa, sobressai uma medicina centrada na doença, no médico, em protocolos e diretrizes, repleta de elementos da Clínica Moderna, tradicional, e da Medicina Baseada em Evidências.

6.2.4- CAB Nº 16: *Diabetes mellitus* (DM) (Brasil, 2006c)

O volume nº 16 dos Cadernos de Atenção Básica faz parte da série A. Normas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde, datado de 2006.

A) Elementos da Clínica Moderna

Este Caderno de Atenção Básica traz o protocolo atualizado baseado em evidências científicas mundiais, dirigido aos profissionais de saúde da Atenção Básica, sobretudo os das equipes Saúde da Família, que poderão, com ações comunitárias e individuais, informar a comunidade sobre como prevenir a doença, identificar grupos de risco, fazer o diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica inclusive a medicamentosa, manter o cuidado continuado, educar e preparar portadores e famílias a terem autonomia no auto-cuidado, monitorar o controle, prevenir complicações e gerenciar o cuidado nos diferentes níveis de complexidade, buscando a melhoria de qualidade de vida da população.

Nesse trecho do documento constam elementos próprios da Clínica Moderna: o embasamento em evidências científicas, a preocupação principal com a doença e o sentido do saber que vai da equipe de saúde para o paciente e desconsidera o sentido oposto.

O Sumário traz algum indício do tipo de clínica predominante:

CAB nº 16: <i>Diabetes mellitus</i> - Sumário	
1	Conceito de <i>diabetes mellitus</i>
2	Epidemiologia do diabetes
3	Cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família
4	Classificação do diabetes
5	Rastreamento e prevenção do diabetes
6	Diagnóstico de diabetes e de regulação glicêmica alterada
7	Avaliação inicial
8	Plano terapêutico
9	Mudanças no estilo de vida no diabetes tipo 2
10	Tratamento farmacológico do diabetes tipo 2
11	Prevenção e manejo das complicações agudas do diabetes tipo 2
12	Prevenção e manejo das complicações crônicas do diabetes tipo 2
13	Atribuições e competências da equipe de saúde
14	Critérios de encaminhamento para referência e contra-referência

Os títulos dos diferentes capítulos segue um padrão tradicional, centrado na doença (DM). Os capítulos “Avaliação inicial”, “Plano terapêutico” e “Atribuições e competências da equipe de saúde” são aqueles com maior chance de indicarem o tipo de clínica presente no documento.

A “Avaliação inicial” inclui a busca de problemas associados ao DM, os exames laboratoriais iniciais, os procedimentos para classificação dos pacientes nos diferentes tipos de DM e os procedimentos anuais visando avaliar as complicações crônicas e o risco cardiovascular. O “Quadro 3” consiste numa “lista-lembrete” do que deve ser pesquisado através da história clínica:

Quadro 3 - Avaliação clínica inicial de pacientes com diabetes - História
Resultados de exames relacionados ao diagnóstico de diabetes ou do controle metabólico.
Sintomas de diabetes (apresentação inicial, evolução, estado atual).
Frequência, gravidade e causa de cetose e cetoacidose.
História ponderal, padrões alimentares, estado nutricional atual; em criança e adolescente, crescimento e desenvolvimento.
Tratamentos prévios, incluindo dieta e auto-medicação, e tratamento atual.
História familiar de diabetes (pais, irmãos).
Infecções prévias e atuais; atenção especial à pele, pés, dentes e trato urinário.
Uso de medicamentos que alteram a glicemia.
História de atividade física.
Fatores de risco para aterosclerose.
Estilo de vida e outros aspectos que podem afetar o manejo do diabetes.
História obstétrica.
Presença de complicações crônicas do diabetes.

Claro está que esta “Avaliação inicial” é totalmente dirigida ao corpo e à doença, sem nenhum espaço para uma clínica do sujeito.

O “Plano terapêutico” prevê o encaminhamento dos pacientes portadores de DM tipo 1 ao endocrinologista e, para aqueles com DM tipo 2, busca-se o “controle glicêmico e a prevenção de complicações crônicas mediante mudança do estilo de vida, farmacoterapia, intervenções preventivas metabólicas e cardiovasculares e detecção e tratamento de complicações crônicas do diabetes”. Em seguida, ao detalhar tais ações, o objeto continua sendo a doença e suas possíveis complicações orgânicas.

As “Atribuições e competências da equipe de saúde” foram elencadas para as seguintes categorias profissionais: agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, médico, cirurgião dentista, técnico em saúde bucal e atendente de consultório dentário. Em nenhum dos casos, constou como atribuição do profissional preocupar-se com o doente como pessoa singular, com as histórias de vida, desejos, afetos, cultura. Esta seção seguiu simplesmente a “cartilha” da clínica da doença.

Além da equipe tradicional do Programa de Saúde da Família, estimula-se a “inserção de outros profissionais, especialmente nutricionistas, professores de educação física, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos, e até portadores do diabetes mais experientes dispostos a colaborar em atividades educacionais”. Tal inserção não se acompanha necessariamente de uma mudança no modo de exercer clínica, garantindo-se somente a multidisciplinaridade.

B) Elementos da Clínica Ampliada e Compartilhada

No capítulo 3- Cuidado Integral ao Paciente com Diabetes e sua Família - aparece a indicação de “criar oportunidades para que o paciente expresse suas dúvidas e preocupações; respeitar o papel central que o paciente tem no seu próprio cuidado, reconhecendo os aspectos familiares, econômicos, sociais e culturais que podem prejudicar ou facilitar o cuidado”. Espera-se também que a equipe avalie “periodicamente o estado psicológico dos pacientes e sua sensação de bem-estar, levando em consideração a carga de portar uma doença crônica, respeitando as crenças e atitudes dos pacientes”. Ao construir o plano de tratamento, recomenda-se levar em conta os desejos do paciente, assim como os aspectos culturais e psicossociais. São, portanto, apenas esses os elementos relacionados à Clínica Ampliada e Compartilhada presentes neste Caderno de Atenção Básica que não faz referência à necessidade ou recomendação para a realização de reuniões de equipe, projetos terapêuticos singulares, possibilidade

de uma anamnese mais livre, com enfoque na história de vida ou a abordagem de outros temas além do diabetes.

Conclusão

Enfim, percebe-se, neste Caderno de Atenção Básica dedicado ao diabetes, a supremacia da Clínica Moderna, não obstante a evidente preocupação com os aspectos culturais e psíquicos do sujeito enfermo.

6.2.5- CAB N° 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2007)

O volume nº 19 dos Cadernos de Atenção Básica faz parte da série A. Normas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde, datado de 2007. Tem “como referência o Pacto pela Vida 2006 e as Políticas Nacionais de: Atenção Básica, Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, Promoção da Saúde e Humanização no SUS”. Oferece “subsídios técnicos específicos em relação à saúde da pessoa idosa de forma a facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na Atenção Básica”.

A) Elementos da Clínica Moderna

A doença aparece como o principal objeto de atenção da medicina, notadamente as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT). Este caderno destaca o impacto destas sobre a funcionalidade da pessoa idosa. A avaliação funcional verifica em que grau tais doenças comprometem o desempenho das atividades cotidianas ou de vida diária. Existe uma preocupação com a promoção de hábitos saudáveis, principalmente com a alimentação e prática corporal/atividade física.

Além da ênfase na funcionalidade, a avaliação global da pessoa idosa preconiza a investigação de doenças cardiovasculares, diabetes, déficits auditivo, visual e cognitivo, afecções osteoarticulares, perda de peso, quedas, fadiga, transtornos do sono, alterações miccionais ou intestinais, incontinência, problemas sexuais e dor, como também a prevenção de iatrogenias relacionadas à polifarmácia. Essa avaliação global não destaca claramente a investigação e abordagem da história de vida, dos significados que as doenças e agravos têm para os doentes e suas repercussões na esfera emocional, com a singularidade de cada sujeito. No item “Incontinência Urinária” aparece que a “frequência e a importância do evento estão associadas às repercussões emocionais e sociais”. Entretanto, tal reconhecimento não se acompanha de uma mudança no método clínico.

Quando trata das atribuições do médico, o documento não aponta para algo diferente da clínica tradicional, limitando-se a preconizar a atenção integral às pessoas idosas, consultas, prescrição de medicamentos, solicitação de exames complementares, assistência domiciliar, encaminhamentos a serviços de referências, orientação sobre uso correto de medicamentos e educação permanente.

A seguir, uma análise a partir dos títulos dos capítulos deste Caderno de Atenção Básica. Os primeiros dez capítulos dizem respeito a temas gerais relacionados à pessoa idosa e ao envelhecimento:

CAPÍTULOS	
1	Introdução
2	Políticas públicas de relevância para a saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde (SUS)
3	Humanização e acolhimento à pessoa idosa na Atenção Básica
4	Promoção de hábitos saudáveis
5	Atribuição dos profissionais da Atenção Básica no atendimento à saúde da pessoa idosa
6	Avaliação global da pessoa idosa na Atenção Básica
7	Suporte familiar e social
8	Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa
9	Fragilidade em idosos intrafamiliar e maus tratos contra a pessoa idosa
10	Envelhecimento e medicamentos

Os oito capítulos seguintes tratam de doenças e agravos comuns na população idosa:

CAPÍTULOS	
11	Osteoporose
12	Quedas
13	Hipertensão arterial sistêmica
14	<i>Diabetes mellitus</i>
15	Incontinência Urinária
16	Depressão
17	Demência
18	Envelhecimento e AIDS

O documento propõe para todas essas doenças e agravos uma Clínica Moderna, sem nenhuma indicação para a ampliação da clínica.

O capítulo 19, “Atenção domiciliar às pessoas idosas”, segue também a clínica tradicional, enfatizando a “promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação”.

A) Elementos da Clínica Ampliada e Compartilhada

Na “Apresentação”, está previsto que a Atenção Básica atue nas dimensões cultural e social através de ações coletivas na comunidade, atividades de grupo e participação das redes sociais dos usuários.

O conceito de senescência - processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduo - facilita o olhar para dimensões outras que a doença. Cabe, portanto, ao profissional da saúde contribuir para que o idoso redescubra possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Para isso, deve-se considerar o contexto familiar e social, assim como as potencialidades e o valor das pessoas idosas.

Espera-se que o profissional de saúde esteja preparado para “lidar com as questões do processo de envelhecimento, particularmente no que concerne à dimensão subjetiva”.

Supõe-se um olhar bio-psico-socio-economico-espiritual e cultural do envelhecimento. Um tema de destaque é a aceitação do envelhecer.

Os profissionais da equipe de Atenção Básica ou de Saúde da Família devem “conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das pessoas idosas, de suas famílias e da comunidade”.

Não consta das atribuições dos profissionais da equipe da Atenção Básica, pelo menos não explicitamente, a preocupação com a co-construção do cuidado, a abordagem através da história de vida, o olhar para temas outros que a

doença, a elaboração de projetos terapêuticos singulares, entre outras características da Clínica Ampliada e Compartilhada.

Um dispositivo caro à Clínica Ampliada e Compartilhada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), surge como ferramenta para o cuidado do paciente com depressão. O PTS “é um plano de ação que considera todos os fatores envolvidos no processo de adoecimento, formulando uma estratégia de intervenção, pactuada com o usuário, que vai além do medicamento, e da solicitação de exames, mas que considera o ambiente, a família, o trabalho, os recursos da comunidade e outros aspectos que podem ser relevantes”. Interessante notar que tal dispositivo aparece apenas para o cuidado da depressão, seguindo a tradição do seu emprego na Saúde Mental.

No capítulo “Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa”, estimula-se “a escuta qualificada realizada por profissional de saúde habilitado e a investigação de todos os aspectos (familiares, sociais, culturais, econômicos, afetivos, biológicos, etc) que envolvem a vida da pessoa”. Entretanto, tal avaliação segue um roteiro apresentado no “Quadro 4” que prende a relação profissional de saúde-paciente aos agravos, doenças, funcionalidade e suporte familiar e social.

É no capítulo 20, “Gerenciamento do cuidado da pessoa”, que aparece claramente a opção pela Clínica Ampliada e Compartilhada:

O controle das condições crônicas nos idosos pode, hoje, ser mais eficiente em virtude dos avanços científicos, mas, é a clínica ampliada que permitirá o seguimento regular da terapêutica por meio do acompanhamento do auto-gerenciamento, da detecção e intervenção precoce em agravos e agudizações.

Nessa mesma página, uma nota de rodapé explica o conceito de clínica ampliada:

Nas práticas clínicas institucionalizadas tradicionalmente as doenças são o objeto de trabalho. Toma-se a pessoa por sua doença, ou seja, elas parecem não possuir uma história, personalidade e um corpo. Assim, João, Joana ou Maria desaparecem e no seu lugar temos um psicótico, um hipertenso ou um canceroso. A doença raramente liquida com as demais dimensões da existência de cada um, dessa forma, as pessoas com hipertensão arterial, consideradas semelhantes segundo critérios tradicionais, teriam consequências e gravidades distintas conforme contexto onde vivem. Para que a clínica seja ampliada é importante compreender que as pessoas e suas enfermidades acontecem dentro de uma dada realidade e levar em conta o contexto onde se encontram as pessoas para compreender sua doença, dificuldades e necessidades. É como acender uma lanterna focando a doença, mas ampliando a visão para o clarão iluminado ao redor, enxergando os demais elementos em interação. Pode-se dizer a clínica ampliada se refere a: um compromisso ético com o sujeito singular; assumir a responsabilidade sobre os usuários do serviço de saúde; reconhecer os limites do conhecimento dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas”.

Este capítulo 20 preconiza que os profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família reúnem-se rotineiramente e elaborem Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Pressupõe-se uma tripla parceria que inclui o idoso e seus familiares, o grupo de apoio da comunidade e a equipe de atenção à saúde. Elementos importantes da Clínica Ampliada e Compartilhada estão presentes: “propostas terapêuticas pactuadas”, evitar que a doença ou o risco tornem-se dominantes na vida do idoso, “construção de possibilidades de prazer e felicidade”, “que os idosos possam ser ativos, participantes e co-produtores das soluções para os seus problemas”, “respeitar os desejos da pessoa idosa e de sua

família”, “serviços prestados devem ser flexíveis e adaptáveis às mudanças observadas entre as pessoas idosas e suas famílias”.

Um olhar para as referências bibliográficas permite constatar a enorme predominância de trabalhos, diretrizes e tratados voltados para doenças, terapias medicamentosas e temas de gerontologia e geriatria geral. No que diz respeito à Clínica Ampliada e Compartilhada consta apenas a Cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH), do Ministério da Saúde, que trata da equipe de referência e apoio matricial e do Projeto Terapêutico Singular. Sente-se falta da menção a outros trabalhos sobre o tema, inclusive aqueles que serviram de referência para a própria cartilha da PNH.

Conclusão

Este Caderno de Atenção Básica sobre “Envelhecimento e saúde da pessoa idosa” traz elementos tanto da Clínica Moderna como da Clínica Ampliada e Compartilhada. Ao tratar das principais doenças que acometem a pessoa idosa, o comprometimento da sua funcionalidade e a sua fragilidade, assim como ao listar as atribuições dos profissionais de saúde, segue, essencialmente, o método clínico tradicional, ainda que se encontre algumas indicações para que se amplie o olhar para questões outras que a doença. Por outro lado, no capítulo 20 - “Gerenciamento do cuidado da pessoa” - o documento enfatiza a importância da ampliação da clínica no cuidado da pessoa idosa, destacando as reuniões de equipe, a elaboração de projetos terapêuticos singulares, a pactuação e co-construção de soluções e de propostas terapêuticas e o respeito aos desejos dos pacientes.

Há, sim, uma preocupação em abordar a pessoa idosa empregando-se os dois métodos clínicos, porém estes encontram-se separados, um depois do outro, como se os elementos da Clínica Ampliada e Compartilhada que foram mencionados tivessem que ser incorporados, que buscar espaço numa Clínica Moderna imutável, anterior e mais essencial.

6.2.6- CAB Nº 13: Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama (Brasil, 2013)

A decisão de analisar também este Caderno de Atenção Básica decorre do reconhecimento da relevância epidemiológica do câncer no Brasil, do papel estratégico da Atenção Básica para o seu controle e da importância do tipo de clínica para a abordagem das pessoas acometidas por doenças dessa natureza.

Esta segunda edição “busca contribuir com a organização da Rede de Atenção ao Câncer do Colo do Útero e da Mama no Sistema Único de Saúde[...]subsidiando tecnicamente os profissionais[...]disponibilizando conhecimentos atualizados de maneira acessível, que lhes possibilitem tomar condutas adequadas”.

A) Elementos da Clínica Moderna

A linha de cuidado para o controle dos cânceres de colo do útero e da mama prevê ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos baseadas em evidências disponíveis na literatura científica, na lógica da Clínica Moderna e da Medicina Baseada em Evidências. Organiza-se a partir das seguintes diretrizes: prevenção e detecção precoce, citologia oncológica de alta qualidade, acesso à confirmação diagnóstica e tratamento adequado e em tempo oportuno.

São atribuições comuns a todos os profissionais da equipe:

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE	
a	Conhecer as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama;
b	Planejar e programar as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, com priorização segundo critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade;
c	Realizar ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, com abordagem de promoção, prevenção, rastreamento/detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos;
d	Prestar atenção integral e contínua às necessidades de saúde da mulher, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal;
e	Garantir a qualidade do registro das ações nos sistemas de informação vigentes;
f	Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das famílias assistidas e da comunidade;
g	Realizar a escuta qualificada das necessidades das mulheres em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
h	Valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito;
i	Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe;
j	Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e a avaliação das ações da equipe, com utilização dos dados presentes nos sistemas de informação;

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE	
k	Identificar mulheres no território que necessitem de atenção domiciliar, realizando a atenção em AD1 e encaminhando à Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (Emad) nos casos de AD2 e AD#;
l	Realizar atenção em cuidados paliativos na unidade ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária;
m	Realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da mulher;
n	Desenvolver atividades educativas, de maneira individual ou coletiva, promovendo a mobilização e a participação da comunidade;
o	Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
p	Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais da equipe.

Com exceção dos itens “f” e “g”, que atentam para uma escuta qualificada e o interesse pelos “hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos”, no mais as atribuições previstas destinam-se ao cuidado da doença, atividades multidisciplinares, intersetoriais e até de vigilância da doença. Mesmo quando se propõe a fazer uma escuta qualificada, esta é direcionada às “necessidades das mulheres”, sem que se aponte claramente para as questões subjetivas. No item “c”, constam os objetivos tradicionais da medicina: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, sem indicação para que se amplie o leque.

Mais adiante, as “Atribuições do médico” são igualmente dirigidas às doenças e seguem protocolos e diretrizes clínicas, o mesmo ocorrendo com os demais profissionais da equipe.

Nos capítulos seguintes, atenta-se à anatomopatologia, epidemiologia, manifestações clínicas, fatores de risco, prevenção detecção precoce, diagnóstico, rastreamento e tratamento das doenças propriamente ditas - câncer de colo de útero e de mama.

Uma análise das referências bibliográficas permite constatar que este caderno fundamenta-se em literatura científica própria da Clínica Moderna, exceção feita da cartilha da Política Nacional de Humanização.

B) Elementos da Clínica Ampliada e Compartilhada

A primeira referência a algum elemento da Clínica Ampliada e Compartilhada, à parte os itens “f” e “g” das “Atribuições dos profissionais da equipe”, está no capítulo 2.1 - “Humanização e acolhimento à mulher”. São mencionados os seguintes valores norteadores da HumanizaSUS¹⁶: reconhecimento dos direitos dos usuários, da sua subjetividade e referências culturais, autonomia, protagonismo, co-responsabilidade, vínculos solidários e participação coletiva.

No capítulo 2.3- “Linha de cuidado para o controle dos cânceres do colo do útero e da mama” - consta que as “pessoas devem ser vistas como sujeitos na singularidade de sua história de vida, nas condições socioculturais, nos anseios e nas expectativas”, considerando as dimensões física, espiritual e psicossocial do sofrimento.

A despeito do reconhecimento dos efeitos físicos, psíquicos e sociais dos cânceres do colo do útero e de mama, não há nenhuma proposta consistente no sentido de abordar mais intensamente a experiência com essas doenças. Somente no capítulo dedicado aos cuidados paliativos é que encontramos algumas recomendações nesse sentido:

¹⁶HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.

Uma boa comunicação começa com o ouvir atento, pacientemente, com interesse, empatia e respeito às angústias da pessoa. A conversa com o paciente e os familiares não pode basear-se em uma simples coleta mecânica de dados referentes aos sintomas, mas também deve envolver um ‘sentir’ da pessoa, entendendo a forma como os pacientes e familiares expõem suas ideias - aprimorando as habilidades em comunicação verbal e não-verbal e, desenvolvendo o sentimento de solidariedade e a capacidade de respeitar as crenças e saberes dos indivíduos (Brasil, 2013. p. 113).

Conclusão

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

6.2.7- CAB Nº 27: Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família (Brasil, 2010)

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados em 2008 com a missão de ampliar as ações e aumentar a resolutividade das equipes de saúde da família. São constituídos por profissionais de diferentes áreas¹⁷ que interagem com os profissionais das equipes de saúde da família na lógica da

¹⁷Existem duas modalidades de NASF. O NASF 1 compõe-se de, no mínimo, cinco profissionais entre psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, ginecologista, educador físico, homeopata, nutricionista, médico acupunturista, pediatra, psiquiatra e terapeuta ocupacional. O NASF 2 deve ter no mínimo três profissionais entre psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, educador físico, nutricionista e terapeuta ocupacional. Estão vinculadas ao NASF 1 entre oito e vinte equipes de saúde da família. No caso do NASF 2, são no mínimo três equipes. (Brasil, 2010. p. 20).

cogestão, corresponsabilização, trabalho em rede, atendimento compartilhado, troca de saberes e capacitação, empregando para isso diversas metodologias tais como discussão de casos, elaboração conjunta de projetos terapêuticos, atendimentos conjunto, entre outras.

A) Elementos da Clínica Moderna

Ao tratar dos princípios e diretrizes gerais do NASF, o documento, imediatamente após uma defesa da abordagem de aspectos não biológicos - “reduzindo o usuário a mero sistema biológico, desconsiderando seu sofrimento e outros aspectos envolvidos na sua qualidade de vida”, afirma que

“a integralidade deve ser considerada como um valor e estar presente na atitude do profissional no encontro com seus usuários, o qual deverá reconhecer demandas e necessidades de saúde, bem como incorporar ações de promoção, prevenção, assim como ações curativas e reabilitadoras”.

É possível reconhecer nesta afirmação apenas os objetivos tradicionais da clínica: promoção, prevenção, cura e reabilitação.

B) Elementos da Clínica Ampliada e Compartilhada

Já na “Apresentação”, constam o apoio matricial, o projeto terapêutico singular (PTS) e a recomendação de exercer uma clínica ampliada.

O apoio matricial apresenta duas dimensões complementares entre si: assistencial e técnico-pedagógica. Nessa lógica, espera-se dos profissionais do NASF com formação nuclear em psicologia que exercitem “a dimensão

técnico-pedagógica a partir das discussões de casos e temas, de forma a compartilhar seu conhecimento específico com a equipe de SF”, contribuindo assim com a prática de lidar com afetos nas relações terapêuticas. Tanto a opção pelo apoio matricial como a inclusão clara do afeto como objeto de atenção da clínica significam a ampliação da mesma.

Outros elementos próprios da Clínica Ampliada e Compartilhada que são apontados neste caderno são a “gestão compartilhada do cuidado”, a “corresponsabilização entre profissionais, equipe e usuários” a “coprodução de saúde e de autonomia”, a “formulação de projetos terapêuticos” e “conhecer a situação afetiva, as consequências e o significado do adoecimento”. Dentro do tema da educação permanente em saúde, aparece que “o saber técnico é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas, e a formação dos profissionais deve envolver os aspectos humanos e pessoais, os valores, os sentimentos, a visão de mundo de cada um”. O “usuário deve ser entendido como cidadão em todas suas dimensões”.

Há uma crítica “ao modo tradicional dos sistemas de saúde” que fragmentam as ações médicas e reduzem o usuário a “mero sistema biológico”.

O quadro que lista as atribuições comuns aos diversos membros da equipe fornece poucas informações sobre o tipo de clínica a ser exercida.

No capítulo “Ferramentas tecnológicas para o NASF” aparece o tema Clínica Ampliada, caracterizada pela compreensão ampliada do processo saúde-doença, construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, ampliação do objeto de trabalho, transformação dos meios ou instrumentos de trabalho e suporte para os profissionais de saúde. Considera a clínica de todos os profissionais de saúde e não apenas do médico.

Este documento explica o conceito de “compreensão ampliada do processo saúde-doença” da seguinte forma:

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

Da explicação acima, importa a ampliação do objeto de atenção da clínica com a inclusão do sujeito concreto com sua singularidade.

A “construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas” consiste no

reconhecimento da necessidade de compartilhar diagnósticos e problemas, assim como propostas de solução. Este compartilhamento vai tanto na direção da equipe de saúde, dos serviços de saúde e da ação intersetorial, como também do compartilhamento com os usuários.[...]aposta-se que aprender a fazer algo em várias dimensões do problema, de forma compartilhada, é infinitamente mais potente do que insistir em uma abordagem pontual unilateral.[...]este eixo da clínica compartilhada nos obriga a um reconhecimento da singularidade de cada situação, para ponderar o quanto é possível e necessário compartilhar diagnósticos e decisões.

Segundo este caderno, o objeto de trabalho do profissional de saúde deve ser a pessoa ou grupos de pessoas.

A transformação dos meios ou instrumentos de trabalho implica em “arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes”, “técnicas relacionais que permitam uma clínica

compartilhada”, “capacidade de escuta (do outro e de si mesmo), de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com a família, a comunidade, entre outras pessoas e grupos sociais”.

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

Tanto o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como o Projeto de Saúde no Território (PST) são estratégias valiosas para o NASF. O PTS é

um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. É uma variação da discussão de “caso clínico”.

O PST é uma estratégia “para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades”. As três fases ou etapas de um PST são a (1) preparação, (2) o planejamento e implementação e (3) a avaliação. A identificação da área ou população vulnerável ou em risco se dá com base na análise de situação de saúde ou a partir de um caso clínico. O aprofundamento desta primeira fase do PST compreende

(a) justificativa da priorização de certa área e/ou população vulnerável ou em risco; (b) compreensão do processo histórico e social singular daquele território que produziu a vulnerabilidade/risco; (c) definição dos objetivos das equipes de saúde com relação à área e/ou população -

desejos, limites, possibilidades; (d) estabelecimento das ações que seriam efetivas para alcançar os objetivos das equipes de saúde; (e) identificação de outros atores sociais e/ou instituições seriam importantes para o projeto e poderiam com ele estar comprometidos.

A segunda etapa prevê o compartilhamento da construção do PST, o que significa consenso, reformulação, pactuação e corresponsabilização.

Dentre as leituras recomendadas neste capítulo de “Ferramentas tecnológicas para o NASF”, encontram-se algumas referentes à Clínica Ampliada e Compartilhada:

Sobre equipes de referência e apoio especializado matricial, com foco na reorganização do trabalho em saúde (Campos, 1999).

Sobre o conceito de vulnerabilidade psicológica, orgânica e social (Ayres, 2003. Oliveira, 2008).

Sobre o sujeito singular e sua coprodução em face de doenças, desejos, interesses, trabalho, cultura, família e rede social (Cunha, 2005).

O NASF aborda nove áreas estratégicas temáticas: saúde mental, reabilitação e saúde integral da pessoa idosa, alimentação e nutrição, assistência farmacêutica, serviço social, atenção integral à saúde da criança e do adolescente, atenção integral à saúde da mulher, práticas integrativas e complementares, práticas corporais e atividade física.

No capítulo “SAÚDE MENTAL NO NASF”, constam conceitos comuns à Saúde Mental e à Clínica Ampliada e Compartilhada: “reapropriação de sua história de vida”, “produção de saúde é também produção de sujeitos”, “construção de um processo de valorização da subjetividade”. Outra área que

destaca a história de vida do usuário como instrumento de aproximação é aquela referente ao trabalho do assistente social: “Ao se buscar conhecer a história de vida dos usuários, deve ser privilegiada não meramente uma reconstituição cronológica, mas a história deles, a partir de fatos significativos, contextualizados”.

Ao abordar o tema da reabilitação e atenção integral ao idoso, este caderno aponta no sentido do protagonismo dos sujeitos:

Aumentar a autoconfiança, a capacidade, a autonomia de indivíduos e grupos sociais, seja nas relações interpessoais, seja nas institucionais, deve ser objetivo central das boas práticas de reabilitação. Isso tem sido chamado também de empoderamento. Seu significado é fundamental, traduzindo desenvolvimento de potencialidades, aumento de informação, da percepção e da participação real e simbólica dos pacientes, que assim passam a ser sujeitos, e não meramente objetos das ações.

Conclusão

Este Caderno de Atenção Básica, dedicado aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, parece ter alcançado um equilíbrio entre os saberes biomédicos nucleares das diferentes categorias profissionais nas diferentes áreas temáticas apresentadas e os elementos de uma Clínica Ampliada e Compartilhada, claramente evidenciado pelas frequentes referências à inclusão do sujeito, à valorização da singularidade, à corresponsabilização, à coprodução de saúde e autonomia, à valorização da história de vida e elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares.

6.2.8- Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias (Brasil, 2013c)

“Este documento visa estabelecer as diretrizes para o cuidado às pessoas com doenças crônicas na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, assim como subsidiar a organização dessa rede e definir conceitos importantes para a organização[...]. Ele não tem a pretensão de criar uma rede, mas sim de dar diretrizes e de alinhar ações e serviços já existentes no cotidiano das equipes de saúde e das gestões para que, durante essa construção, seja possível reconhecer uma rede de cuidado às pessoas com doenças crônicas”.

Adotou-se um Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) estruturado a partir da estratificação de cinco níveis de intervenções de saúde sobre seus determinantes e suas populações a partir da qual se definem ações e práticas da equipe de saúde mais adequadas a cada grupo-estrato.

Pretende-se atingir melhores condições de saúde mediante diferentes estratégias. Entre estas, estão as mudanças no processo de trabalho das equipes nos diferentes pontos de cuidado.

A) Elementos da Clínica Moderna

Um dos elementos da Clínica Moderna presente neste documento é o emprego de diretrizes clínicas, isto é, “recomendações específicas para cada nível de atenção, elaboradas com o objetivo de orientar o cuidado, a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, com foco na integralidade, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia. Em geral, definem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos, as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos,

a serem seguidos pelos gestores do SUS. São definidas com a participação dos diversos atores envolvidos no processo de cuidado das pessoas com condições de saúde de relevância epidemiológica. Orientam as linhas de cuidado e viabilizam a programação de ações e a comunicação entre as equipes e serviços”. Percebe-se o foco na doença e a dependência das “melhores evidências”.

B) Elementos da Clínica Ampliada e Compartilhada

Na seção que trata da “ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO”, existe a opção pela Atenção Centrada na Pessoa e na Família. Alguns dos parágrafos servem para justificar a escolha:

Tudo o que não se quer com as redes de atenção e com a implantação das linhas de cuidado é reduzir os sujeitos às suas doenças para daí projetar o comportamento destas em uma série de sujeitos e, com isso, programar um elenco de procedimentos, compostos por atos protocolados de profissionais de saúde, realizados em um predeterminado itinerário de lugares, conforme um conjunto fixo de critérios de movimentação e acesso.

A atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença, transforma a relação entre os usuários e os profissionais de saúde, porque aqueles deixam de ser pacientes e se tornam os principais produtores sociais de sua saúde.

A atenção centrada na pessoa e na família baseia-se em dignidade e respeito; compartilhamento de informações completas entre os envolvidos (usuário, família e profissionais); participação e colaboração de todos nas decisões; implementação e monitoramento sobre a atenção à saúde prestada.

A incorporação desse conceito possibilita aliança terapêutica entre os profissionais de saúde, a família e o usuário, com relação de respeito, confiança e empatia, com evidência de maior adesão ao tratamento e melhores resultados.

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

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

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

Algumas das referências bibliográficas tratam diretamente da Clínica Ampliada e Compartilhada:

Campos GWS, AMARAL MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital (Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, ago. 2007).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: clínica ampliada e compartilhada. Brasília, 2010d (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Conclusão

Este documento que dá diretrizes para o cuidado de pessoas com doenças crônicas baseia-se na compreensão ampliada do processo saúde-doença (mais que a doença), mas não descuida das melhores evidências clínicas e da importância do diagnóstico de doenças (Medicina Baseada em Evidências e Medicina Moderna). Há a combinação do olhar para o sujeito e para a doença. Indica-se a Atenção Centrada na Pessoa e na Família com o intuito de não reduzir os sujeitos às suas doenças, porém a valorização da singularidade do sujeito aparece de forma explícita somente quando aborda a elaboração de PTS.

As referências bibliográficas que tratam da clínica do sujeito referem-se à Clínica Ampliada e Compartilhada, mas, no texto, essa teoria não aparece com esse nome; utiliza-se a expressão “Atenção Centrada na Pessoa e na Família”, o que remeteria o leitor à Medicina Centrada na Pessoa ou ao método clínico centrado na pessoa, o que também não aparece claramente no texto nem nas referências bibliográficas.

6.2.9- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - Manual Instrutivo (Brasil, 2012)

O PMAQ foi instituído pela Portaria no 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011. Seu principal objetivo é “induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde”.

A) Elementos da Clínica Moderna

Uma das características deste tipo de clínica e que está presente neste documento é ser médica centrada. Com efeito, ao apresentar as atribuições de cada categoria profissional que compõe a equipe de saúde da família, enfatizando as atividades próprias do núcleo de cada uma delas, não há referência ao exercício da clínica por profissionais outros que o médico. O que consta é a recomendação do trabalho em equipe multiprofissional, porém cada um no seu núcleo, com ênfase no caráter técnico-científico da intervenção:

Considerando a diversidade e complexidade de situações com as quais a atenção básica lida, há de se ter/construir capacidades de análise e intervenção ampliadas diante das demandas e necessidades para a

construção de uma atenção integral e resolutive. Isso requer a presença de diferentes formações profissionais e alto grau de articulação entre os profissionais de modo que não só as ações sejam compartilhadas, mas também haja um processo interdisciplinar no qual, progressivamente, os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe que o processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais passe a ter como foco o usuário, onde o cuidado é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.

Os indicadores selecionados para avaliar o desempenho e o monitoramento das equipes que aderirem ao PMAQ abarcam sete áreas estratégicas:

	ÁREA ESTRATÉGICA
1	Saúde da mulher
2	Saúde da criança
3	Controle de <i>Diabetes mellitus</i> e hipertensão arterial sistêmica
4	Saúde bucal
5	Produção geral
6	Tuberculose e hanseníase
7	Saúde mental

A opção por escolher indicadores segundo áreas estratégicas e, ao analisar tais áreas, dá indicação que não se avaliará o tipo de clínica ou se o cuidado restringe-se à doença ou se é ampliado para o sujeito. Orienta-se, de certa forma, por programas que tendem a igualar as pessoas e não singularizar. A fim de conhecer mais profundamente o que se pretende com tais indicadores e se algum avaliaria o tipo de clínica, pareceu adequado escolher uma

das áreas estratégicas e analisar a “ficha técnica” do indicador. O pesquisador escolheu a área “Controle de *Diabetes mellitus* e hipertensão arterial sistêmica”:

	INDICADOR DE CONTROLE DE DM E HAS
Desempenho	Proporção de diabéticos cadastrados
	Proporção de hipertensos cadastrados
	Média de atendimentos por diabético
	Média de atendimentos por hipertenso
Monitoramento	Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio
	Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio

Nenhum desses indicadores é capaz de mostrar o tipo de clínica exercida.

Outra área que poderia trazer informações sobre o exercício da clínica seria a “Produção geral”:

	INDICADOR DE PRODUÇÃO GERAL
Desempenho	Média de consultas médicas por habitante
	Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado
	Proporção de consultas médicas de demanda agendada
	Proporção de consultas médicas de demanda imediata
Monitoramento	Proporção de consultas médicas de demanda de urgência com observação
	Proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência
	Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado
	Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar
	Média de exames solicitados por consulta médica básica
	Média de atendimentos de enfermeiro
	Média de visitas domiciliares realizadas pelo agente comunitário de saúde (ACS) por família cadastrada
	Proporção de acompanhamentos das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa-Família

Ao se debruçar sobre esses indicadores de “Produção geral”, constata-se que eles correspondem a medidas quantitativas do processo de trabalho na Atenção Básica, podendo servir para construir um panorama do acesso dos usuários aos serviços, do tipo de atendimento realizado (agendado, programado, urgência/emergência e da qualidade mediante a proporção de encaminhamentos e exames. No entanto, não informa se tais atendimentos voltaram-se apenas à doença ou foram capazes de ampliar a clínica. Não há uma proposta clara para que se aborde temas outros que a doença.

B) Elementos da Clínica Ampliada e Compartilhada

Entre os desafios que o PMAQ pretende enfrentar consta a persistência do modelo de queixa-conduta, de atenção prescritiva, procedimento-médico-centrada, focada na dimensão biomédica do processo saúde-doença-cuidado.

Dentre as sete diretrizes que norteiam a organização e o desenvolvimento do PMAQ, a que mais se aproxima do tema da clínica prevista, é a de número VI- “Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção[...]estimular a mudança do modelo de atenção a partir da compreensão de que as condições de contexto, assim como a atuação dos diversos atores, podem produzir mudanças significativas nos modo de cuidar e gerir o cuidado que permitam a qualificação das EAB[...]procura incorporar a percepção da população usuária, além de convidá-la à participação.

No capítulo 2- Atenção Básica em Saúde - há referência à importância de considerar “o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural”.

Ao propor princípios e diretrizes da Atenção Básica, há menção à necessidade de valorizar a história de vida, que pode ser obtida através da longitudinalidade do cuidado.

Ajudar a construir Projetos Terapêuticos Singulares aparece como atribuição dos apoiadores.

Conclusão

Este documento aponta que a forma como o PMAQ está formulado, centrado em determinados indicadores de acesso e qualidade, dificilmente terá sucesso no desafio de mudar o modelo procedimento-médico-centrado, baseado na biomedicina. Fica a sensação de descompasso entre o desejo de mudança do modelo e as ferramentas escolhidas. Considerando a inclusão de dois trabalhos relevantes na área da Clínica Ampliada e Compartilhada

(Campos GWS. Saúde Paideia. São Paulo: Hucitec, 2003 e Campos GWS, Guerrero AVP. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008) entre as referências bibliográficas, o tema poderia ter sido explorado mais a fundo e até indicadores construídos a partir desse saber. O livro “Saúde Paidéia” tem um capítulo sobre “A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada” que subsidiaria o aprofundamento do tema.

6.2.10- Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular - Cartilha da Política Nacional de Humanização (Cartilha-PNH) (Brasil, 2008).

A Política Nacional de Humanização (PNH) - HumanizaSUS - tem por finalidade potencializar a atenção integral, resolutiva e humanizada através da articulação de ações, saberes, práticas e sujeitos. Através das “Cartilhas da PNH”, o Ministério da Saúde pretende “disseminar algumas tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da Saúde”.

A) Elementos da Clínica Moderna

O documento em questão dedica-se a promover a Clínica Ampliada e Compartilhada e, por isso, não traz elementos da Clínica Moderna.

B) Elementos da Clínica Ampliada e Compartilhada

O próprio tema de que trata esta cartilha faz dela um documento fundamentalmente dedicado à Clínica Ampliada e Compartilhada.

Um dos conceitos essenciais deste tipo de clínica é o da singularidade de cada sujeito: “para que se realize uma clínica adequada é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular, inclusive, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo”.

Outros princípios ligados à Clínica Ampliada e Compartilhada estão presentes: **1)** compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular; **2)** responsabilidade sobre os usuários; **3)** intersetorialidade; **4)** reconhecer os limites dos conhecimentos e tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; **5)** compromisso ético; **6)** busca de autonomia para os usuários; **7)** produção de vida e **8)** participação da pessoa doente.

A singularização da proposta terapêutica é novamente enfatizada quando o documento propõe “especificar ofertas para cada sujeito”[...]“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”.

Na “APRESENTAÇÃO”, encontramos que “não só médicos fazem a clínica mas todos os profissionais de saúde fazem cada um a sua clínica”. Por outro lado, ao mencionar “o que é clínica ampliada”, não há referência às diferentes clínicas dos diferentes profissionais.

Esta cartilha destaca a interdependência do trabalho em saúde como elemento essencial para a qualidade da atenção e satisfação dos profissionais. Propõe dois dispositivos capazes de operacionalizar o trabalho em equipe: a equipe local de referência e o apoio matricial. A formação de equipes de referência permite fortalecer o vínculo entre profissionais de saúde e usuários e aumentar o grau de responsabilização desses profissionais em relação aos problemas de saúde da população a eles adscrita. Outro ponto apresentado como crucial para que o trabalho em equipe surta o efeito desejado é a valorização da equipe como espaço de decisão.

Apesar de não haver menção específica à realização rotineira de reuniões de equipe, a cartilha sugere “a construção de linhas de diálogo em todas as direções”. A reunião de equipe é lembrada por ocasião da construção de Projetos Terapêuticos Singulares - “reuniões para discussão de PTS” - porque “todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações”. Sugere-se que as equipes reservem “um tempo fixo, semanal ou quinzenal, para reuniões exclusivas do PTS”. A reunião de equipe deve ser um espaço de diálogo “em que todos tenham direito à voz e à opinião” e deve poder “valorizar a obra criativa e singular de cada um”.

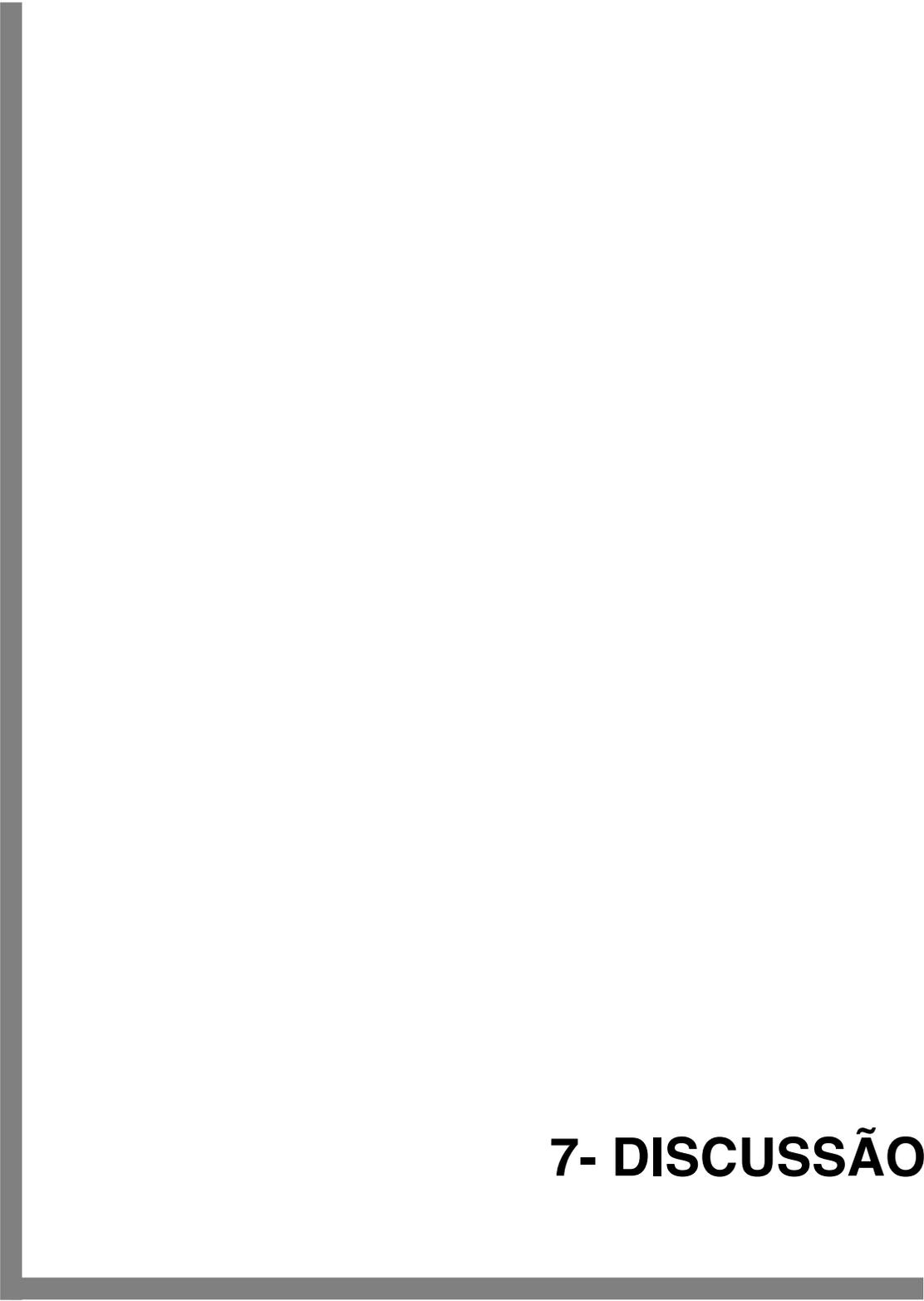
O Projeto Terapêutico Singular (PTS) constitui um recurso para “incrementar o diálogo entre os diferentes serviços”. “O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário”. A cartilha explica como realizar um PTS destacando os quatro momentos ou etapas do mesmo.

Dentro do capítulo “Projeto Terapêutico Singular-PTS”, há um subcapítulo dedicado à “anamnese para a Clínica Ampliada e o PTS”. Além das perguntas da anamnese tradicional, é preciso dar “espaço para as ideias e as palavras do usuário”, permitindo-lhe trazer sua história de vida. “Não é preciso direcionar demais as perguntas”. Esta anamnese permite reconhecer as singularidades do sujeito e estimula o seu protagonismo no projeto de sua cura. Dessa anamnese ampliada surge o tema da intervenção. Essa anamnese também visa “descobrir o sentido da doença para o usuário”.

Esta cartilha ressalta que a Clínica Ampliada e Compartilhada deve considerar os sentimentos e outros eventos da vida que não a doença.

Conclusão

Este documento expõe de forma clara e didática como ampliar a clínica no cotidiano, trazendo vários conceitos e dispositivos da Clínica Ampliada e Compartilhada. Percebe-se que as referências citadas, notadamente de Campos (2003) e Cunha (2004) foram bem exploradas.



7- DISCUSSÃO

Este estudo abordou dois campos de interesse distintos, porém inter-relacionados, pelo menos no campo teórico. São eles a gestão e a clínica. Do primeiro, teve relevância o sentido de regência, de governo, de administração. Isto é, a gestão dos profissionais e serviços envolvidos no processo saúde-doença, como procede um regente frente à sua orquestra. Dentre várias possibilidades de apreensão da concepção de saúde, doença e adoecimento presentes nessa “música” brasileira contemporânea, o pesquisador optou pelo exame de documentos que procuram governar a prática da saúde na atenção primária. Isto porque os documentos não são inócuos, estão longe de serem neutros, carregam dentro de si determinadas visões de mundo que representam determinados grupos sociais e destinam-se a indicar caminhos, sejam eles de continuidade do estabelecido ou não. Nestes, pretendeu encontrar marcas, indícios, sinais de teorias que indicassem os diferentes modos de conceber e praticar a medicina. Em outras palavras, buscou-se saber o que dizem tais documentos no tocante à clínica.

A clínica, por sua vez, foi entendida como uma das formas de exercício da medicina; aquela que se dá no encontro entre profissional/equipe de saúde e doente/usuário/comunidade. Aceitando-se que a medicina moderna simplesmente incorporou a ciência ou, mais precisamente, o método científico à arte de curar e prevenir doenças pode-se supor diversas formas de clinicar, dependendo do grau de ciência e de arte presentes nesse encontro e do que se entende por arte médica. O componente arte aproxima os sujeitos envolvidos numa relação que envolve sensações e estados de espírito carregados de vivência pessoal, não podendo ser apreendido pelo método científico, a despeito de tentativas em contrário. Está mais ligado à intuição, à vivência pessoal do profissional, mas também do paciente. Entretanto, parece ter sido a ciência que mais significativamente modulou o jeito de clinicar desde pelo menos o século XVIII, quando, segundo Foucault, teria nascido a clínica tal como a conhecemos hoje. Com efeito, constata-se a presença da ciência positiva entre os princípios fundamentais que norteiam a prática médica atual, expressos no Código de Ética Médica: “Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e

usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente” (CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, 2009). O resgate de elementos da história dessa ciência e da medicina em particular possibilitou compreender porque e como diferentes tipos de clínica coexistem atualmente e o peso de cada um no cenário ocidental contemporâneo.

Mostrou-se conveniente começar pela compreensão da Clínica Moderna uma vez que o método clínico a ela associado estruturou o modo hegemônico de pensar e agir dos médicos nos últimos dois séculos.

É possível reconhecer dois momentos na história da humanidade durante os quais se buscou substituir concepções mágico-religiosas das doenças por explicações racionais. Primeiro, na Grécia antiga, quando as doenças deixaram de ser consideradas “castigo dos deuses” para serem “examinadas” através da observação empírica. Durante a Idade Média, essa medicina racional foi “abafada” pelo espiritismo que acompanhou a expansão do cristianismo e a profunda reorganização social desse período. Já no Renascimento, o retorno à racionalidade foi uma forma de reagir ao misticismo medieval e às explicações religiosas desse período, *pari passu* com a introdução do humanismo no lugar do teocentrismo. Este segundo momento proporcionou uma verdadeira revolução científica que despertou no século XVI, encorpou-se no seguinte e culminou, no XVIII, com a Clínica Moderna - assim adjetivada pelo pesquisador em razão da sua identificação com a ciência moderna, afinada com as concepções iluministas de mundo, questionadoras da soberania da religião e do absolutismo e favoráveis à transferência do poder aos detentores do conhecimento empírico.

Pode-se afirmar que a ciência moderna, e, por conseguinte, a Clínica Moderna têm suas raízes no ideal humanista e naturalista do Renascimento. Uma resposta à necessidade e desejo humanos de controlar e manipular a natureza na busca pela imortalidade, sem necessidade de recorrer à religião. Tanto Bacon como Descartes, no século XVII, propuseram métodos racionais lógicos para o conhecimento e controle da natureza que influenciaram

diretamente o modo de se exercer a medicina, baseada, a partir de então, em métodos dedutivos e experimentais. O conhecimento atrelou-se, portanto, à observação da natureza, à verificação pelos sentidos. Assim procederam Sydenham e Sauvages de Montpellier que observaram, descreveram, classificaram e nomearam as doenças, assentando as bases da nosologia. Do mesmo modo, passaram a atuar os clínicos, que, como no dizer de Osler, passaram a usar seus cinco sentidos e a aprender a prática médica unicamente pela experiência. O método tradicional de clinicar, valendo-se da anamnese, exame físico e exames complementares dirigidos a sintomas, sinais e alterações de órgãos herdou essa concepção que atribuía à experiência sensível o poder de descobrir doenças no corpo. Do ponto de vista ontológico, a doença foi separada do doente, colocada em outro patamar, no plano das ideias. Clinicar consiste, desde então, em buscar a doença presente no doente. Para tanto, serve-se da experiência sensível, do olhar para o corpo, para os sintomas e sinais. Esse método destina-se a obter dados que permitam ao clínico encontrar um nome, o da doença. O doente precisou ser neutralizado, colocado de lado, pois o que interessava era a doença. As qualidades singulares do indivíduo foram sistematicamente desprezadas para que não atrapalhassem a concretude da doença na sua forma pura, ideal, na sua essência. Os doentes reduzidos às suas doenças são também igualados por elas: casos de câncer de mama, casos de pneumonia e assim por diante. Esse modo de fazer, que evita o singular, o imprevisível e a complexidade da vida, seguiu a lógica humanista de reger a natureza, de reduzir o mundo real a fenômenos explicáveis por leis universais, generalizantes. Do ponto de vista do pesquisador, o fato da Clínica Moderna perpetuar-se como a forma hegemônica do exercício da medicina explica-se pela continuidade da soberania do paradigma positivista, competente na solução de uma série de problemas de uma sociedade moderna ocidental que acredita no saber científico como caminho para o progresso. Mais recentemente, a Medicina Baseada em Evidências “realimentou” o mesmo paradigma através de estudos de Epidemiologia Clínica, respaldados pela Bioestatística e Informática Médica.

O estudo dos referenciais teóricos relativos à origem, contexto histórico, método e traços da Clínica Moderna permitiram compreender o lugar de destaque que ela ocupa na medicina contemporânea e antever que este seria o tipo de clínica preponderante nos documentos que seriam analisados posteriormente.

Da mesma forma, foi possível reconhecer movimentos contrários à medicina positiva e que trouxeram à tona fatores menosprezados pela Clínica Moderna, tais como o sujeito, sua singularidade, subjetividade, história de vida, protagonismo e capacidade de escolha. Entre eles, a Reabilitação Psicossocial, a Medicina Centrada na Pessoa e a Clínica Ampliada e Compartilhada. O primeiro, ao considerar o doente mais importante que a doença, contrapôs-se à objetivação da pessoa e à positividade do saber psiquiátrico. Esse movimento deu voz aos sujeitos portadores de doença mental que retornaram ao convívio social e passaram a frequentar Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ao invés de permanecerem internados em hospitais. No entender do pesquisador, esta transformação na área da Saúde Mental fez parte da luta pela democratização e pelos direitos humanos na segunda metade do século XX, em alguns países europeus e na América Latina. Vários arranjos pensados e experimentados nesse processo - tais como a figura do profissional de referência e a construção de projetos terapêuticos individualizados pactuados com o doente - foram aproveitados na formulação da Clínica Ampliada e Compartilhada. Esta também introduziu na sua racionalidade a singularidade das pessoas e a co-construção do cuidado, convidando o doente a participar das decisões, podendo inclusive trazer para esse encontro questões emocionais, sociais, culturais e econômicas. Tanto a Reabilitação Psicossocial - pelo menos nos seus primórdios - como a Clínica Ampliada e Compartilhada, mostraram-se contra-hegemônicos, contrárias ao paradigma positivista da Clínica Moderna, e conseguiram dar resposta a problemas que este paradigma não atingia. Por isso, seu valor de uso como ferramenta das equipes de saúde. A Medicina Centrada na Pessoa sistematizou a abordagem clínica, enfatizando a experiência com a doença, isto é, o modo singular como cada pessoa é afetada pela doença. Se por um lado, os seis componentes do método facilitam uma abordagem mais

metódica da pessoa, por outro, restringem o encontro ao que o próprio método oferece, ficando a Medicina Centrada na Pessoa “amarrada” nessa sistematização, enquanto que a Clínica Ampliada e Compartilhada aposta mais na imprevisibilidade do encontro, na liberdade de criar, inventar formas de co-construção da clínica. Cunha (2009) destaca que “na clínica ampliada valoriza-se fortemente a presença do inconsciente, das transferências e conseqüentemente da incerteza”, tendo o desejo como uma dimensão importante do sujeito, o que não acontece claramente com o Método Clínico Centrado na Pessoa, “construído principalmente a partir da experiência clínica do médico na atenção primária”. O desprendimento das regras rígidas e coercivas emanadas da ciência moderna, trazendo o sujeito com sua singularidade e cidadania para o encontro clínico, permite olhar para a Clínica Ampliada e Compartilhada e reconhecer suas raízes comprometidas com uma visão de mundo ligada à democracia, defesa da liberdade e direitos de cidadania das pessoas. Para reformular e ampliar a clínica, Campos (2003) inspirou-se em Basaglia, Gramsci e Sartre. Com isso, avançou no caminho da libertação do sujeito concreto, consuetudinariamente dominado por consentimento e impossibilitado de verdadeiras escolhas, tão rígidos os preceitos coercivos da clínica tradicional, e apostou na capacidade de governo das pessoas enfermas e das equipes de saúde, protagonistas da co-construção do cuidado em bases mais democráticas. Isto parece ser, no entendimento do pesquisador, o cerne de uma real reviravolta da clínica, diferente da tradicional postura dominadora da medicina.

Um indício de que a clínica voltada ao sujeito ganhou algum espaço nos últimos anos, é sua presença no relatório anual da Organização Mundial de Saúde de 2008, ainda que limitada à Medicina Centrada na Pessoa (WHO, 2008). Não obstante sua relevância para o exercício da clínica é coerente supor que sua assimilação por aquele órgão internacional deveu-se, de certa forma, à influência norte-americana, haja vista que tal modelo desenvolveu-se no Canadá. Diferente da Clínica Ampliada e Compartilhada que apresenta mais dificuldade de penetração internacional em virtude, talvez, de sua origem brasileira. As duas têm dividido espaço nas publicações mais recentes do Ministério da Saúde.

Existe uma aparente dicotomia na forma de conceber a clínica: uma que se restringe ao método empírico-classificatório e raciocínio patofisiológico para diagnosticar doenças e outra que se interessa pelo sujeito e, para atingi-lo, admite outras maneiras de clinicar, diferentes daquele método. Em outras palavras, uma clínica para a doença e uma clínica para o sujeito. O pesquisador reconhece na Clínica Moderna o representante mais puro da clínica empírico-classificatória dirigida à doença e enxerga a Medicina Baseada em Evidências como uma conveniente contribuição à preservação do paradigma que as sustenta. Dos dois métodos de abordagem do sujeito estudados pelo pesquisador - a Medicina Centrada na Pessoa e a Clínica Ampliada e Compartilhada -, este último lhe parece mais potente, exatamente pelo que representam os adjetivos justapostos. Ampliada porque, sem desprezar a doença, interessa-se também pelo sujeito e pelo contexto, propõe outras formas de aproximação afora os tradicionais anamnese, exames físico e complementares, e têm objetivos mais abrangentes. Compartilhada porque convida o sujeito a participar do exercício da clínica. Contudo, no entender do pesquisador, a riqueza dessa proposta extrapola os significados atribuídos a esses adjetivos, principalmente ao facultar ao profissional de saúde e paciente agir com maior independência e autonomia, permitindo-lhes inventar novos caminhos.

Ao decidir debruçar-se sobre as contribuições da Psicanálise para a clínica, o pesquisador não o fez com o intuito de exaurir as possibilidades dessa disciplina. Pelo contrário, limitou-se a detectar os princípios fundamentais que pudessem servir à clínica. Os referenciais teóricos selecionados puseram às claras a relevância dos fenômenos mentais inconscientes para o processo saúde-doença. Teoricamente, uma clínica completa deveria ser capaz de contemplar essa vertente do adoecimento. Contudo, não se pretende que todo clínico seja um psicanalista, mas que tenha em mente a contribuição do inconsciente na gênese e tratamento das doenças. Esse parece ser o principal aporte científico da teoria freudiana para a clínica. Outra contribuição foi trazer à tona o sujeito singular e seu discurso individual, o que claramente foi aproveitado pela Clínica Ampliada e Compartilhada.

A decisão de examinar documentos relativos à história e princípios da Medicina Social deveu-se à suposição de que esse campo também influenciara o modo de clinicar. Daquilo que se pôde apreciar, concluiu-se que o interesse pela relação entre as condições sociais e a saúde dos indivíduos e coletividades foi uma resposta a novas necessidades surgidas com a urbanização e industrialização, inicialmente na Europa e depois em outros centros ocidentais. Esse campo floresceu na medida em que ocorreu o fortalecimento do Estado como gestor da vida das pessoas em sociedade e serviu, em princípio, a interesses de uma burguesia que dominava a vida política, social e econômica. A dimensão social do processo saúde-doença passou, então, a ser estudada e considerada nas formulações das políticas públicas de uma forma geral. Todavia, não modificou significativamente o método clínico tradicional, de forma que as duas abordagens - dos fatores biológicos e dos fatores sociais - deram-se de forma complementar. O que realmente ocorreu é que os aspectos coletivos passaram a figurar entre as áreas de interesse da medicina, apenas somando-se à explicação biológica da doença. Os estudos demográficos e epidemiológicos que garantiram o caráter científico da Medicina Social, contribuíram com os protocolos e diretrizes que norteiam as ações dos profissionais de saúde, ganhando força proscritiva e prescritiva, no geral com mais autoridade que o discurso singular dos indivíduos. Nessa perspectiva, por mais paradoxal e estranho que possa afigurar-se, a Medicina Social, ainda que olhando para uma faceta não biológica do processo saúde-doença, parece servir mais à clínica da doença que à clínica do sujeito.

No que tange à construção das categorias analíticas, imaginou-se, a princípio, que seria possível analisar os documentos sob a ótica de elementos de cada uma das áreas formadoras da clínica contemporânea estudadas, a saber, a Clínica Moderna, a Medicina Social e Saúde Coletiva, a Psicanálise, a Reabilitação Psicossocial, a Medicina Baseada em Evidências e a Clínica Ampliada e Compartilhada. Todavia, após o processo de síntese, ficou evidente que decompor a clínica mudar-lhe-ia a essência. Neste caso, as partes separadas não são iguais ao conjunto das partes. À medida que o quebra-cabeça ganhava

forma, apenas duas grandes categorias associadas a dois principais tipos de clínica emergiam: a clínica da doença valendo-se do método empírico-classificatório e raciocínio fisiopatológico - representada pela Clínica Moderna - e a clínica do sujeito, enfatizada na Medicina Centrada na Pessoa e na Clínica Ampliada e Compartilhada. Não há como furtar-se à evocação de semelhante dualismo na Grécia antiga com a escola de Cnido voltada à doença e a de Cós preocupada com a experiência com a doença.

A opção pela análise documental mostrou-se acertada, uma vez que o interesse estava na teoria contida nos documentos oficiais. Não era intenção conhecer qual clínica efetivamente pratica-se na Atenção Básica e sim qual o tipo de clínica pensado, presente nos documentos que se propõem a reger a prática nesse nível de atenção.

O tema do tipo de clínica, do modo de clinicar, tem relevância em todos os níveis de atenção. No entanto, diante da hipótese da hegemonia da Clínica Moderna e de que um movimento na direção da aceitação de novos paradigmas capazes de equilibrar a biomedicina com uma clínica do sujeito teria lugar mais facilmente e primeiramente na atenção primária - mais próxima do cotidiano das pessoas - optou-se por não analisar documentos relativos aos demais níveis de atenção.

A recuperação, ainda que breve, da história da organização do sistema de saúde brasileiro no capítulo “Políticas públicas de saúde e a Atenção Básica no Brasil” destinou-se à compreensão do papel e do lugar que ocupa a Atenção Básica no cenário nacional. A construção histórica do nosso sistema de saúde acompanhou a evolução da sociedade como um todo e espelhou a disputa de interesses econômicos e científicos que se deu notadamente a partir da República Velha, em especial durante o processo de industrialização e urbanização do país, a americanização da sociedade e, em particular da medicina, e, mais adiante, o processo social de democratização do país, inclusive com a importação de ideais mais democráticos também na área da saúde. Travou-se uma luta entre a

perspectiva mercantilista da medicina, representada pelo modelo hospitalocêntrico/técnico-industrial, e outra que entendia a saúde como um direito social. Nesse processo, há sinais recentes do fortalecimento político da Atenção Básica, conforme desprende-se da Política Nacional da Atenção Básica, aprovada em 2011, que prevê “Uma Atenção Básica Fortalecida e Ordenadora das Redes de Atenção” (PNAB, 2012, p. 10). A Estratégia da Saúde da Família (ESF) está presente indiretamente em quase todos os documentos, pois é tida como a principal estratégia de reorientação do modelo assistencial na Atenção Básica.

Exceção feita à Cartilha da Política Nacional de Humanização dedicada à Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular (Brasil, 2008), todos os demais documentos analisados contêm elementos da Clínica Moderna. Esse achado condiz com a hipótese de que esse tipo de clínica permanece hegemônico, o que se revelaria na análise dos documentos oficiais para a Atenção Básica. Por outro lado, a incorporação da clínica do sujeito, seja na forma da Clínica Ampliada e Compartilhada, seja pela Medicina Centrada na Pessoa, se deu de modo muito heterogêneo, sendo amplamente presente na Cartilha da Política Nacional de Humanização dedicada à Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular e praticamente ausente no CAB nº 15 - Hipertensão arterial. Esse achado pode indicar que alguns documentos foram produzidos de forma relativamente independente dos demais, por diferentes grupos, com olhares também diversos.

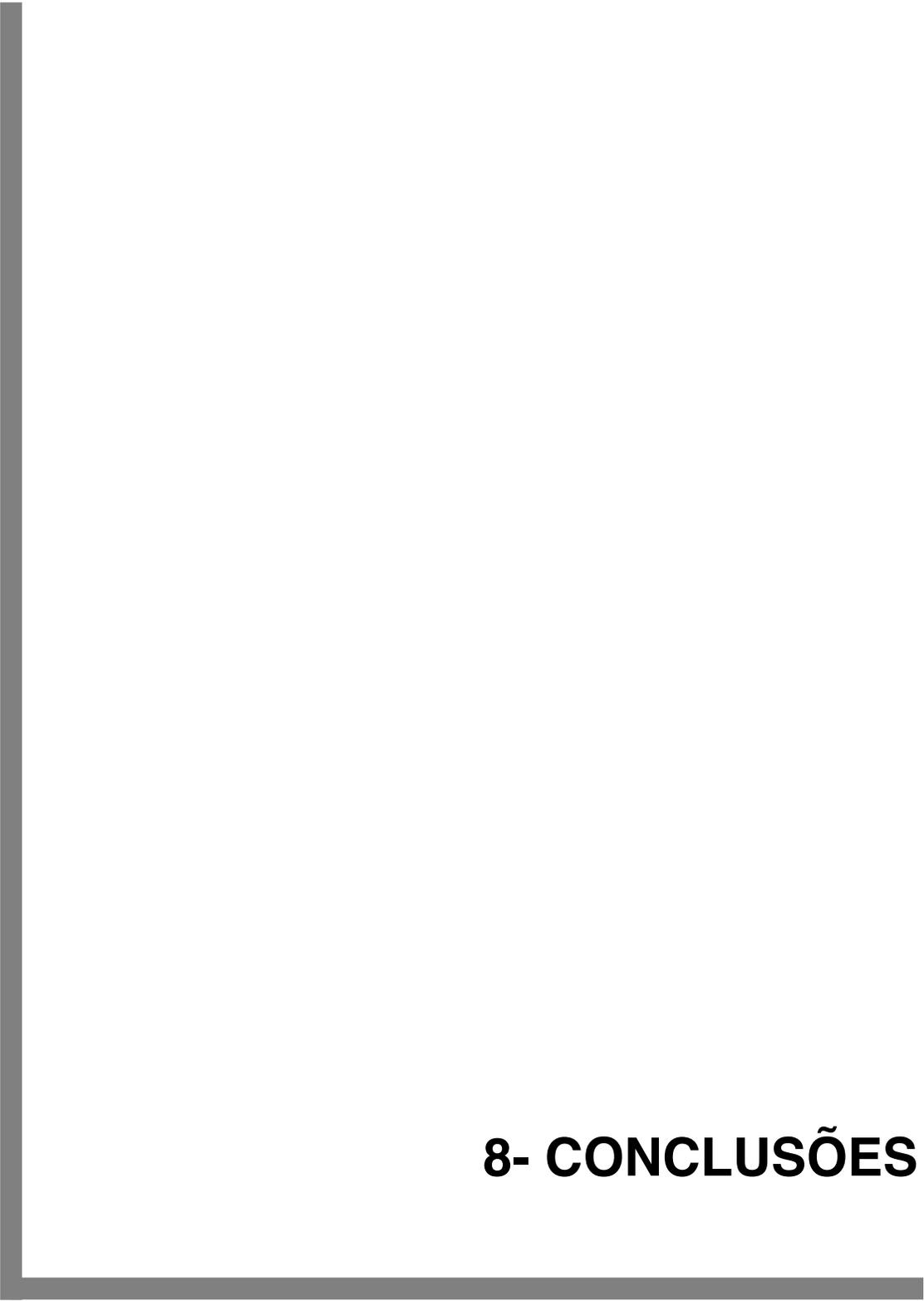
Em vários documentos, há referência à elementos de uma clínica do sujeito, no geral para apontar um desejo, uma intenção de não centrar a prática apenas na doença, no médico e em procedimentos. Assim observou-se na “Política Nacional de Atenção Básica” (PNAB), no “CAB nº 16: *Diabetes mellitus*”, no “CAB nº 19: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa”, no “CAB nº 13: Controle dos cânceres do colo do útero e da mama”, no “CAB nº 27: Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família”, no “Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias” e no “Manual instrutivo do Programa Nacional de

Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica”. Contudo, em quase todos, a mudança de método clínico não passou de uma intencionalidade inicial, não sendo conservada nos capítulos que tratam mais especificamente do exercício da clínica, nas partes mais operativas dos documentos. Por exemplo, na PNAB, os poucos elementos que apontam para o cuidado do sujeito e sua singularidade constam apenas do capítulo inicial, estando ausentes dos demais capítulos, inclusive daquele dedicado às atribuições dos profissionais. Igualmente, o CAB nº 16, dedicado ao *diabetes mellitus*, menciona o papel central do paciente no seu próprio cuidado, a importância dos aspectos familiares, econômicos, sociais, culturais e desejos do paciente, mas nada disso é transferido para a parte mais diretiva do documento, não constando, por exemplo, das atribuições dos profissionais de saúde. Tem-se a impressão de um reconhecimento da relevância e necessidade de incluir o sujeito e sua singularidade na clínica, mas, por outro lado, não se desarranja a Clínica Moderna que consegue preservar sua forma tradicional de fazer. Os documentos dizem que o sujeito deve ser considerado, mas também dizem que o método clínico tradicional continua.

No CAB dedicado ao envelhecimento e saúde da pessoa idosa, a doença apareceu como o principal objeto de atenção da medicina. Para cada um dos agravos e doenças relacionados, indica-se a Clínica Moderna. Apesar de apontar para um olhar biopsicossocioeconômicoespiritual e cultural, não se estimula obter a história de vida, buscar temas outros que a doença ou construir projetos terapêuticos singulares (PTS) junto com o doente e considerando seus desejos, necessidades, afetos, recursos subjetivos, exceção feita do cuidado da depressão, para a qual o PTS é lembrado, reforçando seu tradicional uso na Saúde Mental. Ainda que a Clínica Ampliada e Compartilhada apareça mais claramente na forma de “propostas terapêuticas pactuadas”, “construção de prazer e felicidade”, “idosos ativos, participantes e co-produtores das soluções para seus problemas” e respeito aos desejos, sua inserção no documento se dá como algo a mais além da clínica tradicional. Exerçam a clínica tradicional e, depois ou paralelamente, tentem incluir o sujeito.

Aposta-se que a ESF poderia trazer mudanças paradigmáticas no exercício da clínica. Porém, a maioria dos documentos direcionados aos profissionais da ESF conservam o método da Clínica Moderna, ao qual pode-se associar um olhar para o sujeito. A Confederação Iberoamericana de Medicina Familiar posiciona-se em prol de um modelo centrado na pessoa enquanto que a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade vê o especialista dessa área como um profissional que deve considerar a singularidade e a experiência de vida do sujeito enfermo.

A análise do conteúdo dos documentos selecionados permite concluir que o método clínico tradicional prevalece, é aquele que continua sendo proposto para o cuidado das pessoas na Atenção Básica. Por outro lado, a inclusão do sujeito como objeto de atenção, verificada em vários documentos, percebida graças às referências à Clínica Ampliada e Compartilhada, mesmo que aparentemente de forma complementar, tem algum significado a ser melhor avaliado. Pode significar um movimento, talvez ainda incipiente, em direção a um equilíbrio entre uma clínica da doença e uma clínica do sujeito. A Clínica Moderna preserva sua hegemonia, com tudo que isso pode significar. No entanto, sua fragilidade também fica latente ao se constatar a intromissão de outra teoria que dá conta do sujeito; por isso tantas vezes, nesses documentos, encontrou-se a Clínica Ampliada e Compartilhada e variados dispositivos destinados ao cuidado do sujeito doente.



8- CONCLUSÕES

Documentos são escritos que contêm informações que podem se acessadas e estudadas pela leitura, traduzindo ideias sobre um determinado assunto. Este estudo pretendeu conhecer a construção e a conformação da clínica contemporânea a partir de documentos chamados de referenciais teóricos. Em seguida, buscou saber o que dizem os documentos oficiais a respeito da clínica que deve ser praticada na Atenção Básica no Brasil.

A clínica contemporânea é fruto de um processo histórico que combinou transformações epistemológicas com transformações sociais. Está impregnada de ideais clássicos da Grécia antiga, desprezados durante a Idade Média, recuperados desde o Renascimento, robustecidos com a racionalidade empírica da ciência moderna e a capacidade tecnológica vinda após a revolução industrial, cuja pureza tem sido mais ou menos chacoalhada com a intromissão de teorias contra-hegemônicas que admitem incerteza, imprevisibilidade e singularidade.

A clínica contemporânea é o resultado de disputas ou da coexistência de diferentes teorias explicativas do processo saúde-doença/adoecimento. De um lado, prevalece o método clínico empírico-classificatório e raciocínio patofisiológico dirigidos à doença, em consonância com o positivismo e a abstração da ciência moderna. De outro lado, métodos que “olham” para o sujeito singular, real, com afetos, saberes e poderes.

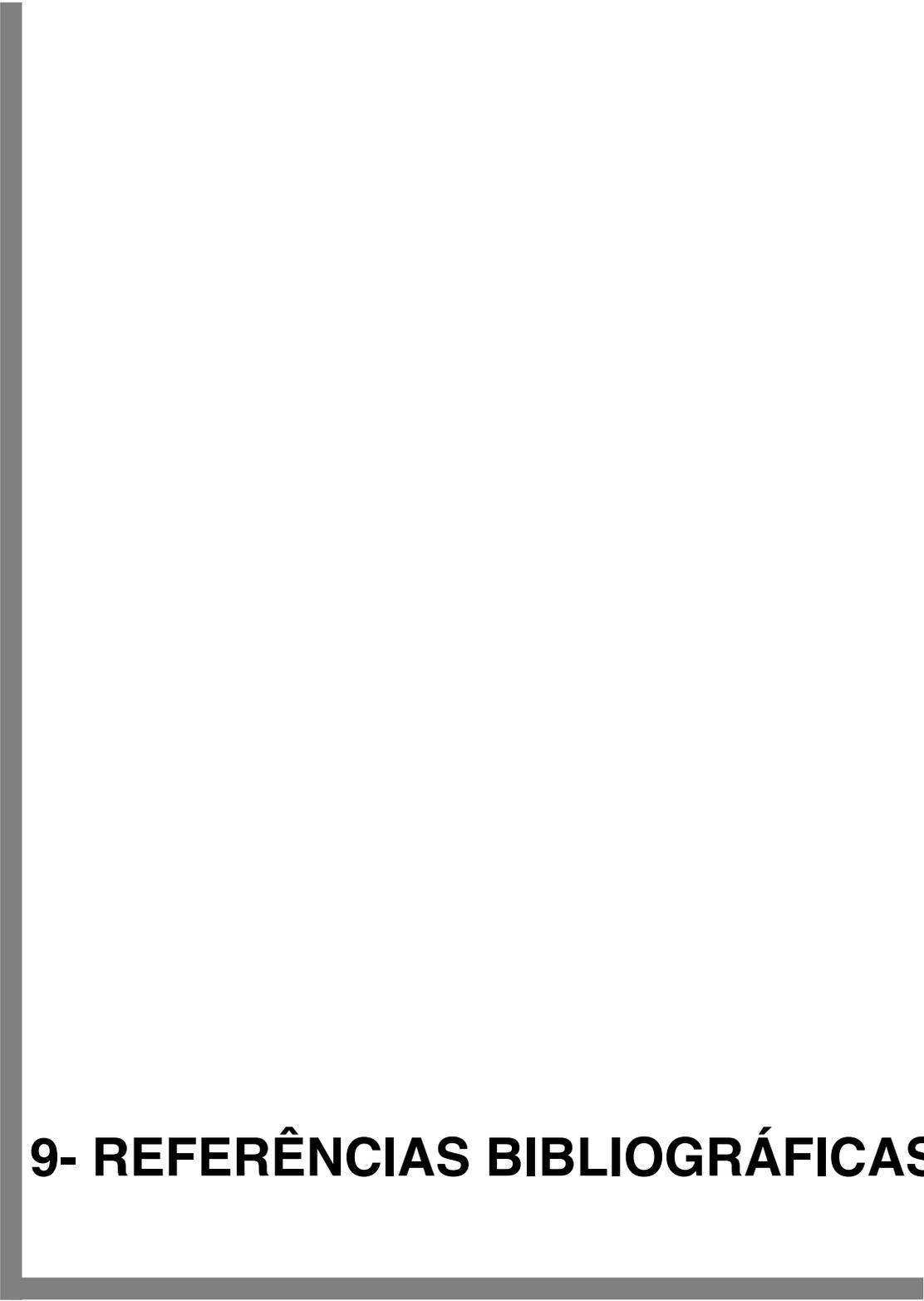
Pode-se afirmar que, após espremer no que era possível os referenciais teóricos, sobraram duas vertentes principais da clínica: uma voltada à doença e outra dirigida ao sujeito. A primeira representada pela Clínica Moderna e pela Medicina Baseada em Evidências. A segunda, pela Medicina Centrada na Pessoa e pela Clínica Ampliada e Compartilhada.

A Clínica Moderna (da doença) preponderou nos documentos oficiais examinados, exceção feita à Cartilha da Política Nacional de Humanização dedicada à Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. Sua presença foi marcante, sobretudo nas partes que versavam sobre o que se esperava concretamente dos profissionais de saúde, isto é, suas atribuições. Os documentos dizem: “exercam a clínica da doença!”

A clínica do sujeito apareceu nos documentos na forma de Clínica Ampliada e Compartilhada ou de Medicina Centrada na Pessoa. Nos dois casos, surgiram como complementares à clínica da doença, permanecendo, em alguns documentos, apenas no plano das intenções de mudança de modelo, sem indicação de como exercê-la. A clínica do sujeito, da forma como está disposta nesses documentos, parece não ter força suficiente para destronar a clínica da doença. Os documentos também dizem: “após ou junto (mas não em vez de) com a clínica da doença, exerçam a clínica do sujeito!”

A balança ainda pende mais, e talvez muito mais, para o lado da clínica da doença. É preciso equilibrar melhor.

Este estudo acendeu mais algumas luzes.



9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves R. O médico. Campinas, SP: Papyrus, 2002.

Amarante P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. História, Ciências, Saúde. (l)1; 61-77; 1994.

Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para loucura e psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMB e CFM. Projeto Diretrizes. www.projetodiretrizes.org.br, acesso em 20/12/2012.

Andrade JAR. Bacon: vida e obra. In: Os Pensadores - Francis Bacon: Novum Organum ou Verdadeiras indicações acerca da interpretação da natureza. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1999.

Andrade LOM, et al. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora Hucitec - Editora Fiocruz, 2006.

Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Unesp - Editora Fiocruz, 2003.

Azevedo e Silva G, et al. Epidemiologia do câncer. In: Almeida Filho N e Barreto ML. Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Bacon F. Novum Organum. Tradução de José Aluysio de Andrade. In: Os Pensadores - Francis Bacon: Novum Organum ou Verdadeiras indicações acerca da interpretação da natureza. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1999.

Barata RB. Epidemiologia social. Rev. bras. epidemiol. vol. 8 no.1. São Paulo Mar. 2005.

Barros MBA. Introdução. In: Barros MBA, et al. (organizadores). As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas, SP. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

Basaglia F. A Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Tradução: Soianesi S. e Marcondes MC. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979.

Bedrikow B. Ramazzini - O Pai da Medicina do Trabalho. CIPA Jornal. Ano VII. Nº 74; setembro/outubro, 1956.

Bedrikow R. Dor crônica em mulheres: uma reflexão sobre a clínica. [Dissertação de mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2008.

Bedrikow R, Campos GWS. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. Rev Assoc Med Bras 2011; 57(6):610-613

Birman J. Arquivos do mal-estar e da resistência. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

Blackburn S. Dicionário Oxford de filosofia. Tradução: Murcho D, et al. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e *Diabetes mellitus* (DM): protocolo/Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução 05/2002. Brasília, 2003. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/CNRM052002.pdf> Acesso em 17/03/2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus*/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização - 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. - Brasília, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso/Ministério da Saúde - 3. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149. Acesso em 16/03/2013, 2013a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - 2.ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brouardel P. L'exercice de la médecine et le charlatanisme. Paris: Librairie J.-B. Baillière et fils, 1899.

Brown JB, et al. O primeiro componente: explorando a doença e a experiência da doença. In: Stewart M, et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico; tradução: Anelise Teixeira Burmeister. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Brown JB, Weston WW. O segundo componente: entendendo a pessoa como um todo, seção 1: o indivíduo e a família. In: Stewart M, et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico; tradução: Anelise Teixeira Burmeister. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Bruno ES. História e Tradições da Cidade de São Paulo. Rio de Janeiro. Livraria José Olympio Editora, 1954, Volume III.

Campos GWS. De Medicina Preventiva à Medicina Baseada em Evidências. In: Arouca S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos GWS. Saúde Paidéia. Hucitec, 2003. p. 55.

Campos GWS. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora Hucitec - Editora Fiocruz, 2006. p.79.

Campos GWS. Memórias de um médico sanitário que virou professor enquanto escrevia sobre... - São Paulo: Aderaldo & Rothschild Ed., 2007.

Campos GWS, et al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 138-39.

Canesqui AM. Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. In: Canesqui AM. (Organizadora). Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. São Paulo: Hucitec: FAPESP, 2007.

Canesqui AM. A hipertensão do ponto de vista dos adoecidos. In: Canesqui AM. (Organizadora). Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2007b.

Carandina L. Morbidade referida. In: Barros MBA, et al. (organizadores). As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas, SP. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

Carmichael AG and Ratzan RM. *Medicine: a treasure of art and literature*. New York: Beaux Arts Editions, 1991.

Carvalho AV. Discurso de colação de grau da primeira turma da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. In: Mota A e Marinho MGSMC. *Arnaldo Vieira de Carvalho e a Faculdade de Medicina: Práticas Médicas em São Paulo*. São Paulo: Museu Histórico da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP, 2009.

Castiel LD e Póvoa EC. Dr. Sackett & "Mr. Sacketeer"... Encanto e desencanto no reino da expertise na medicina baseada em evidências. *Cad. Saúde Pública* v.17 n.1 Rio de Janeiro jan./fev. 2001.

Castillo LA et al. Perfil do médico de família e comunidade: definição iberoamericana. Tradução: Rogério Machado. WONCA. 2010. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/perfil_mfc.pdf Acesso em 17/03/2013.

Cellard A. A análise documental. In: Poupart J, et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008.

Código de Ética Médica: Código de Processo Ético Profissional, Conselhos de Medicina, Direitos dos Pacientes. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2009. 96p.

Coelho IB. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: Campos GWS e Guerrero VP (organizadores). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

Cohn A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: Campos GWS, et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora Hucitec - Editora Fiocruz, 2006.

Cunha GT. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica. [Dissertação de mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2004.

Cunha GT. Grupos Balint Paidéia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica. [Tese de doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2009.

Dantas F. Caminhos de aprendizagem em medicina. Med on line: Revista virtual de medicina. v. 1, nº 4, out/nov/dez 1998. Available from URL: http://www.medonline.com.br/med_ed/med4/caminhos.htm.

Descartes R. Discours de la méthode. Paris: Librairie Larousse, 1972.

Descartes R. Discurso do método. In: Pensadores: Descartes - vida e obra. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1999.

Diderot D. Jacques le fataliste. Paris: Garnier-Flammarion, 1970.

Diderot D. Jacques, o fatalista, e seu amo. Tradução: Magnólia Costa Santos. São Paulo: Nova Alexandria, 1993.

Duncan BB e Schmidt MI. Medicina Baseada em Evidências. In: Duncan BB, et al. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. Porto Alegre: Artmed. 2004.

Durant W. História da civilização. Tradução de Gulnara de Moraes Lobato; revista por Monteiro Lobato. 2ª parte. Nossa herança clássica. A vida na Grécia. Tomo 1º. São Paulo, Rio de Janeiro, Recife, Porto Alegre: Companhia Editora Nacional, 1943. 463p.

Durant W. História da Filosofia: a vida e as idéias dos grandes filósofos. Tradução de Godofredo Rangel e Monteiro Lobato. São Paulo: Companhia Editora Nacional. 1951.

Durant W. Filosofia da vida. Tradução de Monteiro Lobato. 2º volume. São Paulo: Companhia Editora Nacional. 1956.

Farias RMS. Modelos assistenciais na saúde - visão histórica.

Flora FAM. As origens históricas da Clínica e suas implicações sobre a abordagem dos problemas psicológicos na prática médica. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2006. Out/Nov/Dez; 2 (7).

Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1977. Prefácio. p. XVII.

Foucault M. O mundo é um grande hospício. In: Motta MB. Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina/Michel Foucault. Tradução Vera Lucia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

Foucault M. O nascimento da clínica. Tradução de Roberto Machado. 7ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

Foucault M. Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina. Organização e seleção de textos: Motta MB. Tradução: Ribeiro VLA. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011b.

Franco G. Ramazzini and workers' health. Lancet. 1999; 354: 858-61.

Freeman RT e Brown JB. O segundo componente: entendendo a pessoa como um todo, seção 2: contexto. In: Stewart M, et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico; tradução: Anelise Teixeira Burmeister. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Freud S. Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos. Tradução: Meurer JL. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. 1976. Vol. XXII.

Garcia-Roza LA. Freud e o inconsciente. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1984.

Girade HA. Assim nasceu o programa Saúde da Família no Brasil. In: Memórias da Saúde da Família no Brasil. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Goldberg J. Reabilitação como processo - o dentro de atenção psicossocial - CAPS. In: Pitta AMF (organizadora). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

Gonçalves RBM. O saber como tecnologia na produção de serviços de saúde: a Epidemiologia e a Clínica. In: Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. Editora Hucitec/ABRASCO, 1994.

Goldman L, Ausiello D. Abordagem à medicina, ao paciente e à profissão médica: medicina como uma profissão humana e aprendida. In: Goldman L, Ausiello D. Cecil: Tratado de medicina interna. 22^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.

Goulart FAA. Saúde da Família no Brasil: de movimento ideológico a ação política. In: Memórias da Saúde da Família no Brasil. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Grossman C. A nova cara da saúde no Brasil - a medicina de família e comunidade. In: Memórias da Saúde da Família no Brasil. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Hunter D. The diseases of occupations. Londres: English Universities Press Ltd, 1955.

Illich I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. Tradução de José Kosinski de Cavalcanti. 3^a edição. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

Julião OF. Sistematização do exame neurológico. Revista de Medicina. 1949, XXXIII (187-192).

Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta AMF (organizadora). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

Kuhn TS. A estrutura das revoluções científicas; tradução: Boeira BV e Boeira N. São Paulo: Perspectiva, 2009.

Kury MG. Dicionário de mitologia grega e romana. 4.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

Lopes AC. Passado, presente e futuro. In: Lopes AC. Tratado de clínica médica. São Paulo: Editora Roca, 2009: 1. p. 2-18.

Luz MT. As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. 295p.

Luz MT. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

Lyons AS e Petrucelli RJ. Medicine: an illustrated history. New York: Harry N. Abrams, Inc., 1987.

Maeno M e Carmo JC. Saúde do Trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro. São Paulo: HUCITEC, 2005.

Marino Jr R. Osler o moderno Hipócrates: a vida e o tesouro de exemplos de Sir William Osler, o pai da medicina moderna. São Paulo: CLR Balieiro, 1999.

Marsiglia RMG. Famílias: questões para o Programa de Saúde da Família (PSF). In: Acosta AR e Vitale MAF (organizadoras). Família : redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Cortez editora/IE PUC-SP, 2007.

Martins A. Novos paradigmas e saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 1999. v.9, n.1.

McWhinney IR. A evolução do método clínico. In: *Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

McWhinney IR e Freeman T. *Manual de Medicina de Família e Comunidade*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Mello GA. Modelos assistenciais de saúde pública paulista: o centro de saúde ordenando a história. In: Ibañez N, et al. *Política e gestão pública em saúde*. São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011.

Mendes R, Waissmann W. Aspectos históricos da Patologia do Trabalho. In: Mendes R. *Patologia do trabalho*. São Paulo: Atheneu, 2003.

Meneghel SN, et al. "Os vivos são sempre e cada vez mais governados pelos mortos": um estudo exploratório sobre desigualdades no morrer. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* v.10 n.2 Rio de Janeiro maio/ago. 2003.

Morin E. *Science avec conscience*. Paris: Seuil, 1990.

Ministério da Saúde. *Saúde Baseada em Evidências*. Mala Direta Postal. 2013.

Nava P. *A medicina de Os Lusíadas e outros textos*. Cotia, SP: Ateliê Editorial, 2004.

Nova Enciclopédia Barsa. Rio de Janeiro - São Paulo: Encyclopaedia Britannica do Brasil Publicações, 1998.

Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: organização Aurélio Buarque de Holanda Ferreira; Editora Nova Fronteira; 1986. *Medicina; Clin(o)¹ e Clin(o)²*; p. 418.

Nunes ED. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Campos GWS et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora Hucitec - Editora Fiocruz, 2006.

Nunes LA. Modelo assistencial. *Revista da APM*. 2004.

Onocko Campos RT e Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora Hucitec - Editora Fiocruz, 2006.

Pagliosa FL e Da Ros MA. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. Rev. bras. educ. med. vol.32 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2008.

Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ. Epidemiologia & Saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. p. 455-466.

Paim JS, et al. O Sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. In www.thelancet.com 2011: p. 23.

Paim J. et al. O Sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. In www.thelancet.com 2011.

Palmer D. Evolução. Tradução: Ana Catarina Nogueira. São Paulo: Larousse do Brasil, 2009.

Pinto PA. Dicionário de termos médicos. Rio de Janeiro: Of. Graf. Fábrica de Bonsucesso; 1946. Clínica. p. 102.

Pitta AMF. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: Pitta AMF (organizadora). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

Porter R. Introduction. In: Porter R. The Cambridge Illustrated History of Medicine. New York: Cambridge University Press; 1996. p. 6.

Porter R. Medical Science. In: Porter R. The Cambridge Illustrated History of Medicine. New York: Cambridge University Press; 1996. p. 168.

Ramazzini B. As doenças dos trabalhadores. Tradução do “De Morbis Artificum Diatriba” pelo Dr. Raimundo Estrela. São Paulo: Fundacentro, 1985.

Ramos Jr J. Semiotécnica da observação clínica: fisiopatologia dos sintomas e sinais. São Paulo: Sarvier; 1986. Introdução.

Rezende JM. Tópicos Seleccionados de História da Medicina e Linguagem Médica. <http://www.jmrezende.com.br> Acesso em 10/06/2012.

Ribeiro MCSA e Barata RB. Condições de saúde da população brasileira. In: Giovanella L. (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. rev. e amp./organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

Rosen G. Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. Tradução: Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.

Rossi P. O nascimento da ciência moderna na Europa. Tradução de Antonio Angonese. Bauru, SP: EDUSC, 2011. 494p.

Rousseau JJ. Les confessions. Paris: Garnier-Flammarion, 1968.

Rousseau JJ. Confissões. Tradução livros I a X Rachel de Queiroz, livros XI e XII José Benedicto Pinto. Bauru, SP: EDIPRO, 2008.

Ruben R, et al. Abordagem centrada nas pessoas. Rev Bras Med Fam e Com. Rio de Janeiro, v. 4, nº 16, jan/mar 2009.

Santos Filho LC. História geral da medicina brasileira. São Paulo: Hucitec, 1977.

Santos BS. A gramática do tempo: para uma nova cultura política. São Paulo: Cortez, 2006.

Sanvito WL. Propedêutica neurológica básica. São Paulo: Gráfica Editora, 1981.

São Paulo. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria da Saúde. Diretrizes e Estratégias para Estruturação da Política Estadual de Atenção Básica do Estado de São Paulo. Secretaria da Saúde. - São Paulo: Governo do Estado de São Paulo, 2012.

Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta AMF (organizadora). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

Sá-Silva JR, et al. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais; n° 3, 2009.

Scliar M. Do mágico ao social: trajetória da saúde pública. São Paulo: Editora SENAC, 2002.

Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Oficina da Atenção Básica: relatório final. Campinas, 2009.

Shorter E. Primary Care. In: Porter R. The Cambridge Illustrated History of Medicine. New York: Cambridge University Press; 1996.

Silva Jr AG e Alves CA. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo ADA (Orgs). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. P.27-41. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>

Simões RS, et al. Dicionário etimológico de termos médicos. <http://www.ebah.com.br/content/ABAAABmHEAB/dicionario-dicionario-etimologico>. Acesso em 10/06/2012 (11:25).

Smillie WG. Preventive Medicine and Public Health. New York: The MacMillan Company, 1952.

Souza HM. Saúde da Família: uma proposta que conquistou o Brasil. In: Memórias da Saúde da Família no Brasil. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

The papyrus Ebers: "Diagnosis". In: Carmichael AG and Ratzan RM. Medicine: a treasury of art and literature. New York: Beaux Arts Editions, 1991.

Toledo MA. Contos, crônicas e poesias. São Paulo: Massao Ohno Editor, 1996.

Toledo MA. Anatomia topográfica. São Paulo: Palas Athena, 1997.

Tuoto EA. A árvore de Hipócrates. In: História da Medicina by Dr. Elvio A Tuoto (Internet). Brasil, 2011. Consulta em [10/06/2012]. Disponível em <http://historyofmedicine.blogspot.com/2011/04/arvore-de-hipocrates.html>.

Vasconcelos-Silva PR e Castiel LD. Proliferação das rupturas paradigmáticas: o caso da medicina baseada em evidências. Rev. Saúde Pública v.39 n.3 São Paulo jun. 2005.

Veras R e Lima-Costa MF. Epidemiologia do envelhecimento. In: Almeida Filho N e Barreto ML. Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Vieira JE e Janiszewski M. Abordagem pedagógica da pesquisa clínica. In: Lopes AC. Tratado de clínica médica. São Paulo: Editora Roca, 2009: 1. p. 31.

WHO (World Health Organization). The World Health Report 2008: Primary Health Care - now more than ever.

Zaitune MPA. Incapacidade funcional. In: Guariento ME e Neri AL, (organizadoras). Assistência ambulatorial ao idoso. Campinas, SP: Editora Alínea, 2010.