

Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Aprimoramento em Planejamento e Administração em Serviços de Saúde

“Jardim Campo Belo: onde é possível nascer flores.”
A Clínica Ampliada possível num Módulo de Saúde da Família.

Aprimoranda: Fernanda Pastori.
Supervisores: Rosana Onocko Campos.
Lílian Miranda.

Campinas, fevereiro de 2008.

“Sempre somos capazes de dar algo mais; mesmo nas pedras germinam as flores”. (Bergson)

Quando cheguei ao jardim, logo me disseram que de belo não havia nada, só o nome. À primeira vista não era nada agradável e realmente parecia não haver beleza alguma. Mas se tinha tal nome, não seria por acaso. Algo de belo aquele lugar deveria ter – pensava eu com meus botões. Resolvi então procurar...

E foi nessa tentativa de busca, que fui me deparando com pequenos canteiros, alguns com flores murchas, espinhos e ervas daninhas, mas também outros, com botões frágeis, que se cultivados e cuidados desabrochariam lindas flores.

Decidi investir nestes, jogando mais adubo e sementinhas, regando e cuidando a cada dia para que não morressem. E eles sobreviveram!

Depois de onze meses nesse jardim, percebi que ali era possível nascer flores. Flores de diversos tipos, cheiros e cores, e que eu, havia ajudado a plantar algumas delas.

Objetivos

Neste trabalho pretendo apresentar a Clínica Ampliada (no caso as flores) possível num Módulo de Saúde da Família, de modo a valorizar e dar visibilidade de que é possível utilizar esta proposta de trabalho na Atenção Básica.

Espera-se que, apontando os modos de fazer Clínica Ampliada desse serviço, eles se potencializem de tal forma, que a equipe se aproprie cada vez mais desse jeito de fazer clínica. O trabalho, portanto, almeja ser um disparador.

Citarei algumas tentativas da ampliação de práticas clínicas, que no cotidiano deram certo e que estão acontecendo no serviço (as propostas de grupo, o acolhimento no sentido estrito da palavra, a discussão de caso na equipe interdisciplinar, a intersetorialidade).

Mas como nem tudo são flores, apontarei também as dificuldades e os entraves de integrar essa prática clínica no cotidiano do serviço e dos profissionais da saúde.

Conhecendo o terreno...

O serviço mencionado trata-se de um Módulo de Saúde da Família, inserido na Atenção Básica, localizado no distrito sul de saúde do município de Campinas. Um Módulo de Saúde é uma unidade de saúde de menor porte que comporta uma única equipe e é ligado gerencialmente a uma unidade de maior porte, que no caso é o Centro de Saúde São Domingos.

Ele abrange uma população que possui por volta de 12 mil habitantes, divididos em quatro micro-áreas, e conta apenas com uma equipe, composta de: um médico de família, um generalista, uma enfermeira, um ginecologista, dois pediatras, um dentista, um agente de consultório dentário, sete auxiliares de enfermagem, oito agentes comunitárias de saúde, um auxiliar administrativo, duas ajudantes de serviço geral, e no presente ano uma aprimorada de psicologia que é quem escreve ao leitor.

O espaço físico em que este serviço está instalado encontra-se em condições bastante precárias. Além de localizar num território sem pavimentação, suas instalações internas são feitas de alvenaria, onde estão distribuídas as minúsculas salas, nas quais são realizados os atendimentos. A escassez de espaço físico é um dos principais motivos que dificulta o trabalho na unidade.

A maioria da população local é SUS dependente, ou seja, utilizam-se do sistema público como único recurso acessível. O fato de o serviço funcionar através do sistema de senhas, acaba por limitar o acesso do usuário, ferindo um dos princípios do SUS que é a garantia do acesso universal. Os pacientes muitas vezes são sujeitados a chegar de madrugada, enfrentarem chuva, frio e vento para conseguir uma senha e muitas vezes nem ser atendido.

É importante salientar que a grande maioria da população deste território, (sobre)vive em condições de miséria extrema. Muitos deles são migrantes de outros estados e, por tal motivo, ocuparam o espaço por invasão, o que lhes dá a sensação de não pertencimento ao lugar. Mais adiante, pretendo abordar esse aspecto novamente.

Além da saúde, funcionam no mesmo local a educação (Fumec) e um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). O que chama atenção é

que embora compartilhem do mesmo espaço físico, isso não lhes garante a interlocução necessária.

Integrante do programa de aprimoramento profissional: “Planejamento e Administração de Serviços de Saúde”, da Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp; inseri-me neste serviço por escolha própria, a fim de desenvolver no período de um ano algumas atividades. Este trabalho é, portanto, registro da minha passagem e das intensas experiências que vivi neste campo ao longo do período em que estive lá.

A Clínica.

Em sua obra “O Nascimento da Clínica”, Foucault (1977) localiza o surgimento desta, na passagem do século XVIII para o século XIX. É claro que a clínica médica existia antes mesmo disso, o que Foucault (1977) nos aponta é que a ciência moderna (século XIX) pautou-se na anátomo-clínica. A doença deixa de ser essência nosológica para ser, segundo o modelo da anatomia, localizada numa entidade concreta, o organismo doente.

A pergunta típica do século XVIII: O que você tem? Transforma-se em: Onde lhe dói? O que ocorreu de fato foi uma mudança na estrutura do discurso. A partir de então, a linguagem e o olhar da clínica determinariam a construção de todo um corpo de conhecimentos.

Assim, a clínica passa a ser então o tema principal da reorganização da medicina do século XIX.

Entenderemos aqui, por clínica, as práticas não somente médicas, mas de todas as profissões que lidam no dia-a-dia com diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária. (ONOCKO CAMPOS, 2001).

A Clínica Ampliada.

Diante de tal paradigma, alguns estudiosos se propuseram a pensar diferentes modelos clínicos que fossem de encontro ao tradicional, tornando-se necessário buscar novas estratégias para a reformulação e transformação das práticas em saúde atuais, com caráter predominantemente hegemônico.

É dentro desse contexto que se insere a proposta da Clínica Ampliada, como um novo modo de se pensar e fazer clínica de todos os profissionais da saúde.

Amarante (1996), um desses autores, nos coloca que: *“Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no processo de cura; mas no processo de “invenção da saúde” e de reprodução social do paciente”*.

Pelo fato de a medicina ter como objeto de trabalho a doença, muitas vezes, esta acaba por tomar a identidade da pessoa, reduzindo-a condição de objeto. A doença entra na vida da pessoa como questão central apagando sua subjetividade.

Ouvimos diariamente as pessoas dizerem, por exemplo: “sou diabético” e não “tenho diabete ou, estou diabético”, que seria bem diferente.

Pautando-se nas idéias desse autor, Campos (1997) defende que *“a reforma da clínica moderna deve assentar-se sobre o deslocamento da ênfase na doença para centrá-la sobre o sujeito concreto”*, sujeito este social e subjetivamente constituído, daí o termo clínica do sujeito.

O autor nos chama a atenção de que não se trata de negar a doença, e sim de levar em conta outras dimensões. É preciso olhar o doente, sem esquecer da doença.

Sabemos que o sujeito não é só um ser biológico, mas também subjetivo e social (ONOCKO CAMPOS, 2001). Ele é produto do seu meio, sendo construído historicamente através de seus desejos, necessidades, valores, condições sócio-econômicas, políticas e culturais que se modificam ao longo do tempo.

O sujeito que chega ao serviço é complexo e permeado por influências externas e internas. O trabalho, a família, a religião, a cultura, a violência social, o desemprego – tudo isso afeta o sujeito doente e seu tratamento. Dessa forma, o profissional formado para encaixar o paciente em um quadro nosológico, o qual não leva em conta esses aspectos, fica restrito em sua prática clínica.

A competência do profissional em lidar com sujeitos e não apenas com doenças se faz necessária. A construção de um vínculo terapêutico, o diálogo e a confiança em uma conduta tornam-na mais eficaz. (CUNHA, 2007).

Para construir sua teoria, Campos (2003) se pauta no materialismo sócio-histórico (dialética), na teoria da complexidade e nas teorias subjetivas,

tentando superar a visão cartesiana predominante no pensamento médico, que separa dicotomicamente o corpo da alma e ainda divide o corpo em pedaços estanques.

Utilizando-se desse olhar, o autor utiliza o conceito de Clínica Ampliada (1997) para designar:

“... uma possibilidade de ampliação do saber e da prática clínica de todos os profissionais da saúde, incorporando no momento do diagnóstico e da intervenção terapêutica, elementos da ordem do orgânico, do subjetivo e do social do sujeito.”

Além disso, esse modo de fazer clínica pressupõe incorporar o sujeito no processo saúde /doença, visando responsabilização, a construção da autonomia e do auto-cuidado.

Para diminuir a crescente dependência dos usuários aos serviços e o excesso de demanda “desnecessária”, fenômeno este bastante evidente na atenção básica, o autor aponta a necessidade da educação em saúde, ou seja, quando o sujeito adquire informações e compreende um pouco mais sobre o processo da doença, tem maior capacidade de agir sobre ela com mais autonomia. Porém não basta a informação por si só, é necessário também levar em consideração a singularidade de cada sujeito em questão.

Campos (1997) propõe uma clínica ampliada, que seria capaz de incorporar a singularidade do sujeito doente, sem deixar de levar em conta seu saber técnico estruturado (a ontologia das doenças) e suas possibilidades de diagnóstico e intervenção.

Nesse modelo de clínica, o desafio estaria em superar o campo das certezas, das racionalidades médicas exclusivas e inquestionáveis e das intervenções isoladas, para dar lugar à imprevisibilidade e aos limites do saber estruturado (CUNHA, 2007).

Outra questão que vale a pena ressaltar é o quanto o modelo de gestão adotado determina a clínica e vice-versa. Uma clínica tradicional conforma-se melhor ao modelo de gestão tradicional, mais próxima do controle do que da autonomia. Essa lógica gerencial vertical que utiliza o poder formal para controlar os conflitos da equipe tende a comprometer a clínica e o modelo de atenção.

Para pensarmos a ampliação da clínica faz-se necessária uma análise crítica das formas tradicionais de gestão. Os dispositivos gerenciais podem possibilitar às equipes da atenção básica o aumento da capacidade de análise e intervenção.

Nesse sentido Campos (1997) compartilha a idéia da co-gestão de coletivos, denominada como método da roda, na qual as decisões são pactuadas no coletivo, com relativa autonomia dos participantes, livres da figura do gerente.

Campos (2003) assinala ainda alguns arranjos e dispositivos, tanto no aspecto técnico, quanto gerencial, para transformarmos a clínica. Citarei brevemente alguns deles, sem descrevê-los pormenorizadamente.

- Equipe de referência e adscrição de clientela;
- Construção de Projetos Terapêuticos Singular;
- Reuniões de equipe e trabalho interdisciplinar;
- Apoio Matricial;
- Colegiados de Gestão e Unidades de produção;
- Supervisão Institucional e outros.

Cada uma dessas estratégias tem a função de transformar as práticas em saúde, de tal modo que possam ser utilizadas pelos serviços como recursos para ampliar a clínica.

No entanto, para pensar a clínica, os profissionais da saúde talvez devessem sempre se perguntar: que clínica é esta, que efeitos ela produz, qual sua eficácia?

Diante de tais questionamentos Campos (1997), nos apresenta três semblantes sobre as quais a clínica se apresenta. São eles: Clínica Oficial ou Tradicional, Clínica Degradada e Clínica Ampliada.

A Clínica Oficial: este tipo de clínica trata das doenças enquanto ontologia, as práticas são marcadas pelo mecanicismo e biologicismo. Pode ser considerada a clínica dos especialistas, pois pensa o indivíduo fragmentado, reduzindo-o a um órgão doente. Está focada na cura e nem sempre trabalha com riscos, prevenção e reabilitação. A prática se fixa em procedimentos automaticamente padronizados, sem deixar espaço para questionamentos ou ampliação.

A Clínica Degradada: é a clínica mais comum nos pronto-atendimentos, pautada na queixa-conduta, ou seja, na simples eliminação dos sintomas. Portanto, não avalia riscos. É considerada a clínica da eficiência e não da eficácia, pois se produz muitas consultas e procedimentos ao invés de se produzir saúde. O interesse econômico e jogo de poder atropela a lógica da cura e da reabilitação dos pacientes. Por este motivo, muitas cidades estejam investindo em pronto-socorros, para iludir a população de que o simples acesso lhes garante saúde e cidadania.

Segundo Cunha (2007), as conseqüências negativas do pronto-atendimento envolvem: *“medicalização, alto custo, baixa autonomia dos usuários, ineficácia para as doenças crônicas, baixo aproveitamento do potencial de outros profissionais e do trabalho em equipe e incapacidade de atuação em determinantes de saúde coletivos.”* Para este autor, este modelo está presente muitas vezes na sobrevivência de serviços burocratizados e ineficazes das Unidades Básicas.

Assim, muitos serviços de saúde hoje em dia se pautam nas práticas da clínica tradicional ou degradada, dificultando a inserção da Clínica Ampliada.

Além disso, a formação intra-hospitalar dos profissionais de saúde tem influenciado tanto suas práticas quanto sua subjetividade. O ambiente hospitalar muitas vezes é o único espaço institucional de aprendizado disponível aos profissionais da saúde. A formação intra-hospitalar é intrinsecamente imediatista e não possibilita a realização de projetos terapêuticos de médio a longo prazo (CUNHA, 2007).

Desde o processo de construção da política do SUS na década de 80, considerado um modelo contra-hegemônico, ele vem se defrontando com tendências de práticas dominantes que não condizem com seus princípios e diretrizes. Diante disso, Campos (1992) nos aponta que se não houver uma reforma na clínica, de nada adianta lutarmos pelo SUS, propondo então uma reforma da reforma.

Cuidando e colhendo as flores...

Aqui pretendo expor as atividades realizadas no serviço que podem ser pensadas dentro da lógica da Clínica Ampliada explicitada acima. Deixo claro que são apenas recortes de alguns acontecimentos.

Tive o cuidado de considerar que, o simples fato de existirem práticas variadas, não implicaria necessariamente ampliação da clínica, nem eficácia das ações. Fazer essa leitura simplista cairia na lógica de achar que só fazer já basta, e não na de fazer buscando um para quê, um sentido pra isso, questionando constantemente o que é produzido.

As ações que pretendo trazer agora fazem parte de uma visão mais integrada do humano, na medida em que possibilita olhar para outros aspectos do sujeito, que não apenas o biológico, mas o subjetivo e o social para entender o processo de adoecimento e intervir de forma mais abrangente, visando à autonomia deste sujeito - princípio básico da Clínica Ampliada.

- **O Grupo terapêutico.**

O porquê do grupo.

A criação de um grupo terapêutico partiu primeiramente da minha disponibilidade enquanto terapeuta para trabalhar com grupos. Segundo que, fui percebendo no decorrer do tempo que ali havia a falta de um espaço para as pessoas falarem, um espaço de escuta, fato que mais me sensibilizou.

Acredito que o grupo foi possível porque as pessoas que dele participaram, sentiram-se acolhidas e encontraram ali um espaço para serem ouvidas.

Isso possibilitou a criação de um ambiente que as fez sentirem-se fortes e apoderadas, para se implicarem consigo mesmas e com o mundo.

“O acolhimento, sendo coletivo na sua textura, não se torna eficaz senão pela valorização da pura singularidade daquele que é acolhido”. (OURY, p.5, 1991).

Esse autor nos fala que para estarmos “com” o outro é necessário aceder a certo lugar, ser sensível ao pequeno detalhe, mesmo escondido, mesmo insólito.

É essencial que nesses encontros estejamos “advertidos”, (Oury, 1991), ou seja, que estejamos atentos e sensíveis a alguma coisa específica. Acrescento ainda que estar à escuta “(...) exige uma disposição particular que se adquire pelo exercício de uma “tekné”, espécie de atenção trabalhada que a torna sensível à qualidade do contexto, à polifonia dos discursos, às manifestações paradoxais de um sentido iluminado.”(OURY, p.5, 1991).

Talvez pelo meu engajamento pessoal e passional nessa proposta, ela tenha se concretizado profissionalmente. O sentido que o grupo fazia pra mim foi aos poucos, contagiando as pessoas que dele faziam parte e fez com que ele acontecesse.

Minha escolha por este lugar tão árido, estéril, infecundo tenha sido talvez, um desafio pra eu tentar colher flores. Desde a primeira vez que visitei o Jardim Campo Belo, sabia que era pra lá que eu iria. Algo me fez identificar com o lugar, talvez a minha própria história, minha cidade de origem.

Estar ali seria voltar às origens, seria viver com simplicidade, seria conhecer as pessoas mais de perto, enfim, seria o meu lugar.

Em meio à especificidade daquele local senti a necessidade de inventar novas estratégias clínicas para dar conta das subjetividades frágeis que habitavam o Campo Belo, principalmente das mulheres que, com o “sofrimento silenciado” manifestavam-no no corpo poliqueixoso.

A essas vidas possuidoras de redes e laços sociais frouxos (sendo a maioria migrante, ocupando o espaço por invasão), e sobrevivendo em condições mínimas de existência, faltava o sentimento de pertença, a apropriação do espaço, da própria história de vida e dos direitos enquanto cidadãos.

Nesses contextos, a possibilidade de adoecimento aumenta:

“... já que a saúde mental é medida principalmente em termos de qualidade de comportamento social e suas causas de manutenção ou deterioração estão relacionadas com situações sociais como os fatores socioeconômicos, estrutura de família em estado de mudança e principalmente nesse índice de incerteza que se torna persecutório e que perturba o comportamento social...”
(PICHON-RIVIÉRE, p.42, 2005).

A configuração do grupo.

O grupo era composto somente por mulheres, com idades variando entre 20 e 55 anos.

Inicialmente o grupo acontecia no espaço da igreja do bairro, todas às terças-feiras, das 13h30 às 15h, com um número de participantes variando entre cinco e dez, finalizando com sete. O começo do grupo se deu em maio, totalizando 26 encontros até dezembro. Devido às dificuldades de acesso ao local quando chovia, o grupo não acontecia, motivo pelo qual levou à mudança de lugar para a biblioteca da Fumec, logo ao lado do Módulo.

A proposta do grupo.

O enfoque do grupo foi pautado na proposta metodológica do grupo operativo de Pichon-Riviére centrada na tarefa.

“O grupo operativo é um grupo centrado na tarefa, que tem por finalidade aprender a pensar em termos de resolução das dificuldades criadas e manifestadas no campo grupal...” (PICHON-RIVIÉRE, p.42, 2005).

A principal tarefa explícita pelas participantes no grupo era superar a depressão. Engajamos então nessa tarefa e formamos um grupo que trabalhasse no sentido de cumpri-la.

Nesse sentido o papel do coordenador seria de favorecer o vínculo entre o grupo e a sua tarefa, mantendo assim, a triangulação desta última (PICHON-RIVIÉRE, 2005).

A maioria delas chegava com o diagnóstico do médico. No entanto, somente algumas necessitavam de um tratamento psicofarmacológico, e a maioria precisava de um acompanhamento psicoterápico conjunto.

Conforme nos aponta Tenório (2007) a capacidade das pessoas enfrentarem a dor diminui na medida em que a medicalização do sofrimento cria uma analgesia social, abolindo qualquer implicação ou enfrentamento ativo da doença. O que acontecia com muitas delas naquele momento.

Nem todas as pessoas que passavam por mim eram indicadas para o grupo, não que houvesse um perfil para estar nele, mas tomei o cuidado de não torná-lo um dispositivo de degradação eficientista necessário para atender a grande demanda que havia no serviço.

Em geral, as mulheres que compunham o grupo eram aquelas que estavam com graus de depressão leve e moderado e poliqueixosas. Embora parecesse homogêneo em sua conjuntura, não fez com que as singularidades fossem perdidas dentro do grupo.

O dispositivo grupo como função desviante.

Este mesmo autor nos propõe a pensar que, na medida em que o sujeito muda, este muda a sociedade, que por sua vez, age sobre o sujeito num processo de retroalimentação. Portanto, ele nos alerta que cometeremos um grande erro, se considerarmos *“... um paciente “curado”, quando este for capaz apenas de*

cuidar de seu asseio pessoal, adotar boas maneiras e, principalmente, não demonstrar rebeldia. Este sujeito com sua conduta passiva e parasitária continua filiado à alienação. (PICHON-RIVIÉRE, p.42, 2005)

Geralmente o sujeito chega ao grupo com um padrão estereotipado de comportamento com o qual está acostumado a viver, e espera que este seja recebido e reiterado pelo grupo. Porém, se o grupo for bem conduzido, não é comum que isso ocorra. Na medida em que os integrantes não legitimam essa posição de repetição do outro, há um desvio pelo grupo, gerando com isso, um efeito.

“As finalidades e propósitos dos grupos operativos está centrada na mobilização de estruturas estereotipadas, devido à ansiedade despertada por toda mudança. No grupo, o esclarecimento, a comunicação, aprendizagem e a resoluções de tarefas coincidem com a cura, criando-se assim um novo esquema referencial.” (PICHON-RIVIÉRE, 2005).

Outra questão em que o grupo se pautou foi a clínica, entendendo-a no sentido grego do termo *“kliniqué”*, que tanto carrega a acepção de inclinar-se, quanto o de divergir, desviar, deslocar.

E deslocar no sentido de desviar a vida do sujeito, contribuindo para a substituição do seu modo de vida por outro, a fim de que ele possa protagonizar sua própria história. O desvio compreende uma mudança, no sentido da dependência e alienação para a autonomia e responsabilização.

Pensando no que Oury (1991) chama de *“polifonia dos discursos”*, há no encontro do grupo diferentes vozes, histórias, e singularidades que se entrecruzam para formar uma nova história.

Alguns recortes.

Quiçá pela pouca experiência prática com grupos, o grupo não tenha atingido significativamente os objetivos da proposta metodológica, mas além de qualquer teoria, algo se processou. Talvez algo indizível em palavras ou invisível aos olhos, mas não insensível.

Para tentar apresentar um pouco da função desviante do grupo, relatarei brevemente recortes de alguns acontecimentos que acredito terem produzido algo.

Considerando o trabalho uma forma de produção social, há que se considerar seu papel produtor de subjetividade, além é claro, da sua função alienante que

agora não nos cabe discutir. Refletindo na primeira premissa, o trabalho teria propriedade desviante, de criar redes de socialização e de valor de uso.

Discurso sobre esse ponto para ressaltar que a maioria das mulheres do grupo não trabalhava, e encontrava-se em depressão. Pensando na idéia de manutenção de estereótipos exposta por Pichon, talvez fosse mais conveniente para essas mulheres, não trabalhar.

Porém esse quadro mudou conforme o andamento do grupo. Duas delas que estavam afastadas, voltaram a trabalhar, e duas resolveram iniciar um emprego. Em relação ao uso de medicação, duas delas interromperam por completo e uma diminuiu significativamente a dose.

Uma das integrantes do grupo que mesmo sendo assediada no trabalho, não conseguia denunciar por medo e represália, conseguiu com a ajuda do grupo, ir atrás dos seus direitos.

Outra mulher do grupo que sempre se queixava das brigas com o marido, se reposicionou diante da relação com este, quando surpresa, ouviu uma das colegas falar que assim, o casamento dela acabaria.

Com a dificuldade de comparecer ao grupo devido ao alagamento das ruas de terra, as integrantes do grupo insinuaram um movimento para exigir asfalto das outras ruas, além da principal. Mesmo que não o tenham colocado em prática foi algo surpreendente para aquela população acostumada com a posição de passividade. Outra manifestação de luta pelos direitos foi a menção sobre a realização de um abaixo assinado a fim de contratação de psicólogo, já que com minha saída, não seria mais ofertado esse serviço à população do bairro.

Além de todos esses e outros acontecimentos que se deram dentro do grupo, houve um que foi para além dele: os laços de amizade e solidariedade construídos entre elas próprias, e entre elas e a terapeuta.

Desde emprestar ou dar as coisas, visitar em casa quando doente, freqüentar os serviços que elas prestavam por confiarem (mercado, cabeleireira) ou até mesmo comprar entre si os produtos que vendiam (lençol, xampu, cachorro-quente), faziam parte dessa nova rede social que elas haviam composto.

Pra mim, a missão estava sendo cumprida, depois de toda atenção e cuidado, eu havia conseguido colher uma flor.

- **Grupos de caminhada e diabetes-hipertensão.**

O grupo de caminhada começou com a iniciativa da médica e da aprimoranda. Era realizada duas vezes na semana no horário das 07h30min às 08h00h, no campo de futebol próximo ao módulo.

Embora a divulgação tenha sido realizada nas consultas médicas, no grupo de diabetes/hipertensão, nas conversas informais e através de cartazes, participaram não mais do que dez pessoas.

Sobretudo, mesmo com a baixa adesão dos usuários, dentre aqueles que participaram houve um investimento significativo e resultados consideráveis.

Pensando na lógica da Clínica Ampliada, o grupo proporcionou uma construção mais sólida do vínculo tanto entre profissionais e usuários, quanto entre eles próprios.

Durante a caminhada os pacientes traziam suas perguntas e contribuições relativas a hábitos alimentares (o que podiam ou não comer, quantas refeições, se era preciso ficar sem comer para emagrecer, uso de chás), enfim, nessas conversas eles verbalizavam também as suas dificuldades em manter peso, pressão arterial, colesterol e diabetes.

Além disso, grande parte dos participantes se apropriou do espaço e se comprometeu consigo mesmo, no sentido de melhorar sua qualidade de vida. Notou-se perda de peso em algumas delas, com conseqüente diminuição dos níveis de colesterol e pressão arterial. Além desse quadro, muitas delas resolveram entrar para o grupo de Liang-Gong, outra estratégia de ampliação da clínica desenvolvida no Módulo pelas agentes de saúde.

Embora o grupo tenha durado formalmente seis meses, algumas pessoas continuaram as caminhadas sem ter necessariamente a participação dos profissionais, o que garantiu responsabilização pelo seu próprio processo de saúde, ponto central da autonomia e do auto-cuidado que tanto a Clínica Ampliada defende.

Quanto ao grupo de diabetes/hipertensão, este era formado por aproximadamente noventa pessoas, divididas em três subgrupos de acordo com a avaliação de risco.

Grupo vermelho: alto risco, grupo amarelo: médio risco e grupo verde: baixo risco.

O grupo era composto em sua maioria, por pessoas idosas, o que garantiu um envolvimento maior da médica que o realizava, já que esta possuía aproximação com a geriatria (especialização).

A sua atitude perante o grupo demonstrou o quanto o profissional da saúde precisa estar atento a outras dimensões do indivíduo que não só o biológico.

Além dos procedimentos de praxe como a medição da pressão arterial e diabetes e comparação com resultados anteriores para possíveis orientações, eram trabalhadas questões que faziam parte do cotidiano das pessoas tais como: hábitos alimentares, higiene pessoal, relacionamento familiar, sexualidade, entre outros, que levam em conta a integralidade do sujeito enquanto ser biopsicossocial.

Além disso, o grupo não se restringia a ouvir queixas de outra ordem clínica. Quando se sentia a necessidade de uma consulta, esta era agendada com antecedência.

Na confraternização de final de ano muitas pessoas compareceram, evidenciando que o grupo não é só um espaço para tratar de questões de saúde; ele vai muito além, e isso é produzir sujeitos com capacidade de reflexão e ação sobre o mundo.

- **Acolhimento.**

Acolher é “receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela”. “... serão encaminhados para a equipe de acolhimento todos os usuários que procurarem o serviço sem consulta previamente agendada”. (CAMPOS, 2001).

Cabe a toda equipe de saúde realizar o acolhimento, utilizando uma escuta clínica ampliada do motivo da procura ao serviço, identificando as necessidades de saúde do usuário para, a partir disso, dar o encaminhamento necessário dentro do serviço ou mesmo fora dele.

Uma das grandes questões do Módulo Campo Belo girava em torno do acolhimento. Era realizado acolhimento? E o corredor? E as senhas? E o espaço para fazê-lo?

A falta de espaço era um grande entrave. Realizar acolhimento na fila seria total falta de ética e sigilo para com o usuário, mas era o que acabava acontecendo. Quando não, ocorria inchaço no “corredor” e na agenda médica,

que por ausência de acolhimento atendia todos os casos. Em outros casos, o usuário era muitas vezes orientado a procurar o Pronto Socorro mais próximo, sem nem sequer ser ouvido em sua queixa.

Diante de tal situação, resolveu-se montar uma mesa provisória no meio da entrada para a realização dos acolhimentos, pois se garantia assim, um pouco mais de privacidade do que a recepção, que ainda fazia acolhimento.

Situações desse tipo aconteceram durante todo ano em que estive por lá, e consegui perceber que, apesar de todas as dificuldades, a equipe contava com os recursos que tinha, e que nem sempre dava conta, mas tentava.

Foi nesse dia que compreendi que os profissionais realizavam acolhimento do jeito que podiam, e em alguns casos somente, não com todos os usuários.

Lembro-me do caso de um senhor que chega à unidade por volta das 11h pedindo atendimento médico. Um dos profissionais nem ouve a queixa e diz: - “Médico só amanhã”. “O senhor tem que vir pegar senha cedo ou procurar o pronto socorro”.

Mas logo ao lado, outra profissional pergunta ao usuário: “Mas o que o senhor tem?” E ele responde: “Estou com muita coceira nos pés, e está formando ferida”. A profissional resolve então dar uma olhada examina e diagnostica micose. Administra uma pomada e orienta o paciente sobre os cuidados necessários, resolvendo seu problema sem ter a necessidade de encaminhá-lo ao médico.

Este tipo de conduta chamou-me a atenção de que a equipe estava sim preparada para acolher o paciente. Era preciso escutá-lo, e para isso precisariam ampliar sua clínica.

- **Discussão de casos.**

Um dos aspectos que mais me chamava atenção no serviço era o fato de não haver na reunião de equipe espaço para a discussão dos casos clínicos.

Desde o início das minhas atividades, lancei-me no desafio de tentar instaurar esse dispositivo na equipe. Confesso que foram muitas as tentativas, que me renderam sofrimento e frustrações, pois não conseguia atingir tal objetivo.

Ao longo do tempo, com a ajuda de muita reflexão, percebi que essa tarefa talvez não caberia a mim enquanto aprimoranda e que talvez não fosse o momento propício da equipe.

Após elaborar tudo isso, fui percebendo que havia sim discussão de casos, não da forma como eu idealizava, formalmente em reuniões de equipe, mas existia nos espaços informais: nos corredores, na hora do almoço.

Exemplo disso foi o caso M de 35 anos. Abandonada pelo marido há alguns meses e com uma filha de 13 anos grávida, a paciente psiquiátrica recém ex-usuária do Caps, entra em crise depressiva com duas tentativas seguidas de suicídio por ingestão de medicamento. Após contato com Caps que não aceita o encaminhamento, a equipe se mobiliza perante o caso e cria um projeto terapêutico para tentar dar conta.

A discussão do caso ocorreu de maneira interdisciplinar, pois além de ter envolvido vários profissionais da equipe contou com a colaboração da Assistência Social.

Ficou combinado que a médica generalista ficaria de referência até que se conseguisse o agendamento com psiquiatra. A aprimoranda assumiu o caso para atendimento psicoterápico, e a Assistência Social se encarregou de inseri-la num programa de benefício, além de colocar a filha no grupo de gestante. A cargo da agente de saúde ficou a administração diária da medicação a fim de evitar novas tentativas exageradas de ingestão. Devido ao vínculo com a agente de saúde, a paciente começou a freqüentar sua igreja, e logo depois arrumou um companheiro. A aprimoranda viabilizou uma vaga de voluntária para M. trabalhar na cozinha de um Ong no território, já que ela tinha experiência nessa área. Aos poucos M. conseguiu dar outro rumo à sua vida.

Enfim, esse caso nos serviu para mostrar o quanto a equipe foi capaz de acolher e dar conta do caso, mostrando sim que sabia como montar um projeto terapêutico.

Utilizando-se dos recursos que tinha, pôde contribuir para melhoria da qualidade de vida de M. e produzir saúde, descobrindo assim, novos modos de fazer clínica.

- **Intersetorialidade.**

Um outro aspecto que pode ser considerado ampliação da clínica, é a relação que o serviço mantém com outros setores do território. Embora ainda seja bastante restrita, há momentos em que ela acontece.

Exemplos disso são as parcerias com a Assistência Social, com o centro Referência DST/Aids e com as ONGs do território).

A parceria com o CRAS (Centro de Referência da Assistência Social), se dá na forma de compartilhamento de alguns casos, como o que foi citado acima. Mensalmente acontece uma reunião juntamente com os equipamentos do território, onde os casos são discutidos. Embora a equipe não tenha se apropriado desse dispositivo como deveria, e a maioria dos casos funcione no esquema do encaminhamento, vários usuários já se beneficiaram deste tipo de parceria.

Neste ano, o serviço contou também com a parceria do Centro de Referência DST/AIDS e o Núcleo de Educação e Pesquisa em Sexualidade (NEPS), para desenvolver um projeto em relação às áreas de prostituição do bairro. Foi realizado amplo trabalho de capacitação para a equipe, além do cadastramento das profissionais do sexo, estreitando as relações com o serviço e ainda o serviço contou com o recebimento de um número maior de preservativos.

Acreditamos que com esses tipos de parcerias, a saúde possa envolver em suas práticas, ações integrais que contemplem o sujeito enquanto cidadão de direitos.

Mas como nem tudo são flores: os espinhos e as ervas-daninhas...

O Programa Saúde da Família, introduzido em 1990, também foi uma estratégia de transformação, mas como nos aponta (CUNHA, p. 19, 2007):

“O PSF, portanto, apesar dos seus avanços, continua reforçando a necessidade de discussão e elaboração sobre a prática clínica de todos os profissionais, principalmente o médico. Muda-se o modelo de atenção, referencia-se a clientela, organizam-se reuniões, gerencia-se com foco direcionado mais aos resultados do que aos procedimentos, e nem sempre isso transforma a clínica da forma que precisamos”.

Os limites da clínica tradicional e as armadilhas que ela produz ainda são muito evidentes. Apesar dos avanços há muita dificuldade para os profissionais de saúde incorporar a prática da Clínica Ampliada no cotidiano dos serviços. O foco ainda continua sendo a doença.

Por esse motivo é importante reforçar cada vez mais a necessidade de discussão sobre qual modelo de clínica as práticas em saúde estão sendo pautadas.

Este trabalho apesar de mostrar os avanços da clínica no serviço, não desconsidera os aspectos tradicionais e iatrogênicos presentes no seu dia-a-dia.

Ineficácia nos procedimentos pautados no modelo queixa-conduta, ações individualizadas e centradas no médico, insuficiência em programas de prevenção e promoção da saúde, ausência de um espaço de discussão e decisão entre todos os membros da equipe, gerência vertical, limite ao acesso, entre outros, faziam parte do modo de funcionamento do serviço em questão.

Temos de considerar que dificilmente existirá um serviço ideal, livre de qualquer falha ou iatrogenia. No entanto, mesmo que houve ampliação da clínica neste serviço, como apontamos acima, ainda predominava-se o modelo tradicional.

Mesmo com as tentativas de ampliação, alguns profissionais ainda resistiam ou por vezes não se davam conta da importância destas, por isso a intenção de expor neste trabalho os sucessos alcançados a partir da abertura da clínica, a fim de torná-los visíveis.

Considerações finais.

Estar presente neste lugar de aprimoranda serviu pra mostrar o quanto estamos no ponto limítrofe da nossa atuação. Estar nesse lugar nos convoca a repensarmos diariamente nossas práticas e refletir o que estamos produzindo com elas. Acredito que ser profissional é estar a todo tempo aprimorando, é saber estar dentro e fora ao mesmo tempo, é adquirir resistência sem tornar-se resistente. É ter a coragem, a ousadia e o vigor de se lançar ao novo, ao inédito, ao imprevisível. É saber perguntar, questionar sem ser invasivo, é ser delicado, sutil, é estar advertido ao pequeno detalhe. Ser aprimorando é experimentar ser você, é criar um estilo próprio, é inventar sua identidade.

Quando coloco que meu objetivo seria de valorizar e dar visibilidade às práticas da Clínica Ampliada da equipe, penso que meu papel teria a finalidade de subsidiar os profissionais e estimular o desenvolvimento de novas modelagens clínicas que desse suporte à essas novas práticas.

Às vezes é preciso utilizar a técnica do contágio e mostrar para a equipe que se é possível você fazer, eles também são.

Diante disso, foi preciso que os profissionais refletissem e repensassem sobre a clínica à qual se pautavam; uma tarefa bastante difícil para a equipe deste serviço, mas que em alguns casos renderam bons resultados, no caso, as flores.

Acredito que foi possível para a equipe experimentar o novo, a partir da criação de um espaço de suporte (*holding*), uma espécie de sustentação e apoio afetivo, que tornou a possibilidade de mudança menos ansiogênica.

É importante destacar a necessidade dos profissionais ampliarem a discussão sobre a Clínica Ampliada possível nos serviços de Atenção Básica. Precisamos assumir a necessidade de ampliação da clínica nos serviços de saúde, pois se não o fizermos, continuaremos trabalhando em prol da proposta hegemônica, degradando a clínica, produzindo iatrogenias e inviabilizando o SUS.

Chego ao fim do trabalho com a impressão de ter deixado plantadas algumas flores nesse jardim que parecia tão infértil. Confesso que não foi nada fácil, mas estar nesse terreno foi muito intenso.

Espero enfim, que ele continue dando flores, sendo importante que a cada dia renovem suas terras, adubem e replantem novas sementes, para que possa deixar desabrochar a beleza de outras flores.

***No dia em que a flor de lótus desabrochou
A minha mente vagava, e eu não a percebi.
Minha cesta estava vazia e a flor ficou esquecida.
Somente agora e novamente, uma tristeza caiu sobre mim.
Acordei do meu sonho sentindo o doce rastro
De um perfume no vento sul.
Essa vaga doçura fez o meu coração doer de saudade.
Pareceu-me ser o sopro ardente no verão, procurando completar-se.
Eu não sabia então que a flor estava tão perto de mim
Que ela era minha, e que essa perfeita doçura
Tinha desabrochado no fundo do meu coração.***

Rabindranath Tagore

Referências Bibliográficas

AMARANTE, P.D.C. *O Homem e a serpente: outras histórias para a psiquiatria e a loucura*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

CUNHA, G. T. *A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*. 2.^a ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

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

_____. *A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*. Campinas: DMPS/Unicamp, 1997, mimeo.

_____. *Reforma da reforma*. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. *Protocolo de Acolhimento da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas*, nov. 2001.

RIVIERE-PICHON, E. *O processo grupal*. Tradução Marco Aurélio Velloso e Maria Stela Gonçalves. 7.^a ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

OURY, J. (1991) *Itinerários de formação*. In: *Revue Pratique* n° 1 pp. 42-50. Tradução: Jairo I. Goldberg. (mimeo s/d).

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

ONOCKO CAMPOS, R. *Clínica: a palavra negada. Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental*. In: *Saúde e Debate*. Rio de Janeiro, V. 25, n.58, p.98-111, maio/ago, 2001.