

CLÍNICA AMPLIADA



introdução

O trabalho em saúde, diferentemente de qualquer outra atividade produtiva, esgota-se no “processo”, destacando-se três grandes possíveis enfoques:

BIOLÓGICO

SOCIAL

PSICOLÓGICO

Sob estes enfoques, melhor dizendo, escolhas, diferentes aspectos são valorizados na construção do diagnóstico e da terapêutica. O grande desafio que se impõe aos profissionais, neste contexto, é a **atenção integral à saúde**, proporcionada pela ampliação de seus objetos de trabalho, ao **congregarem estes diferentes enfoques**.

Outra questão fundamental no trabalho em saúde, no escopo da atenção integral, diz respeito ao entendimento do ser humano na sua **inserção social, política e cultural**, na dinâmica de suas **relações na família e comunidade**, no **acesso a serviços de saúde, trabalho, educação**, entre outros aspectos, incluindo as **vulnerabilidades**, que constroem seu processo de saúde/doença.

Importante apontar que a perspectiva das vulnerabilidades **não nega o aspecto biológico do indivíduo**: pelo contrário o aprimora e o supera. O horizonte ampliado proporcionado pela incorporação das “dimensões coletivas da saúde” **afasta a responsabilização e a culpabilização individual do usuário por sua saúde**, fazendo-o sujeito de sua própria vida. Assim, no âmbito da atenção à Saúde, **os profissionais devem intervir sobre os determinantes do processo saúde/doença**, garantindo atenção singular aos casos com maiores vulnerabilidades.

Não menos importante está a **necessidade do compartilhamento do diagnóstico e conduta em saúde**, tanto em nível individual, quanto coletivo, com cada indivíduo na sua singularidade. Há que se considerar que quanto mais longa for a sequência do tratamento e maior for a necessidade da participação e adesão do indivíduo no seu projeto terapêutico, maior será o desafio de lidar com ele, enquanto sujeito, buscando sua **participação e autonomia em seu projeto terapêutico**.

A **Clínica Ampliada**, alvo desta discussão, propõe integrar várias abordagens para possibilitar o manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente **transdisciplinar** e, portanto, multiprofissional. Trata-se de colocar em discussão a fragmentação do processo de trabalho, ampliando-se as abordagens relativas aos temas e às atividades não restritas às doenças ou aos núcleos profissionais.



clínica ampliada

O binômio “**saúde ampliada/integralidade**” refere-se à doença e/ou à saúde como manifestações que não podem ser entendidas, exclusivamente, pelos sinais, sintomas e disfunções biológicas. Sobretudo na busca pela integralidade necessita-se considerar a doença e a saúde como fenômenos dinâmicos, impossíveis de terem uma explicação sintética e pautada na interação mecânica de partes e do funcionamento do organismo humano. A abordagem estática do processo saúde-doença caracteriza o chamado **biologicismo** que pauta a ação clínica tradicional.

*Para uma abordagem ampliada e integral faz-se necessário, inicialmente, reconhecer que a cultura, as relações sociais e econômicas, as condições de vida e a disponibilidade/ acesso aos serviços fundamentais (entre estes os da saúde) agem como **determinantes do processo saúde/doença dos usuários e de suas comunidades**. Quando se considera esta perspectiva ampla, definir o que seja uma necessidade de saúde torna-se uma tarefa complexa.*

Neste cenário, a Clínica Ampliada busca constituir-se numa **ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas, no âmbito da atenção à saúde**. A Clínica Ampliada reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação.

A Clínica Ampliada **considera a singularidade e o protagonismo** do sujeito, **sem renunciar à atenção às doenças**, suas possibilidades de diagnósticos e intervenções.

Importante destacar que, em 2003, a Clínica Ampliada passou a ser **diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH)**. A PNH propõe a Clínica Ampliada como ferramenta teórica e prática, com a finalidade de contribuir para uma **abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento**, considerando a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença, permitindo o **enfrentamento da fragmentação do conhecimento** e das ações de saúde na busca do equilíbrio entre danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde.

Ressalta-se que o protagonismo e a autonomia são princípios da Política Nacional de Humanização que tem a Clínica Ampliada como diretriz na sua implementação. O entendimento de **protagonismo** no processo de produção da saúde diz respeito ao papel de **sujeitos autônomos e implicados no processo de produção de sua própria saúde**.

A autonomia significa pensar os indivíduos protagonistas nos coletivos de que participam, corresponsáveis pela produção de si e do mundo em que vivem.



A Clínica Ampliada parte do pressuposto da determinação social do processo saúde/doença, no entanto, não perde de vista que **cada pessoa interfere de modo ativo neste processo**. Nesta perspectiva, fica clara a necessidade do protagonismo do sujeito no projeto de sua cura, ou seja, a sua **autonomia**. Entendida como ferramenta, utiliza-se da **integração de equipes multiprofissionais**, da **adscrição de clientela** e da **construção e fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários** na elaboração de projetos de cuidado.

Os **projetos de cuidado**, no âmbito da Clínica Ampliada, são desenvolvidos de forma singular e em conformidade com a vulnerabilidade de cada caso. Objetivam a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença, tomando a integralidade da atenção à saúde como objetivo maior.



Na mesma perspectiva, é um modo de, concretamente, tornar humanizados os serviços de saúde, visando a mudanças nos modelos de atenção e gestão, promovendo a produção de saúde e de subjetividades na afirmação do encontro clínico entre trabalhador de saúde e usuário: **relação de produção conjunta, coparticipativa e corresponsável**.

A Clínica Ampliada transforma a atenção na medida que possibilita que outros aspectos, **não apenas o biológico**, possam ser compreendidos e trabalhados pelas equipes profissionais. Preconiza a compreensão ampliada do processo saúde/doença, **evitando uma abordagem que privilegie excessivamente algum conhecimento específico ou uma escolha de abordagem**.

Assim, quando a Clínica Ampliada é utilizada como ferramenta de trabalho, realiza um processo dinâmico que consiste em

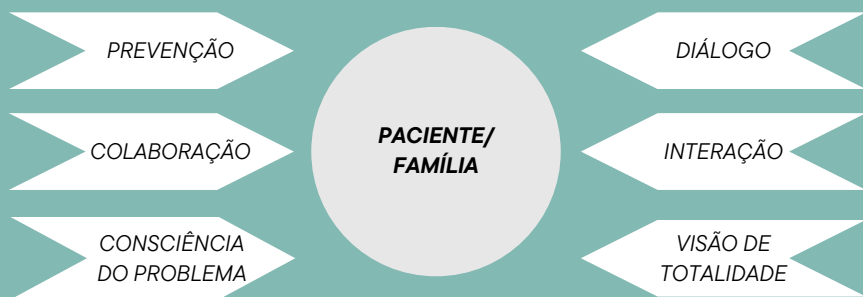
1. identificar a **vulnerabilidade** do usuário, na perspectiva dos determinantes sociais do processo saúde-doença,
2. reconhecer os **limites da atuação profissional isolada**,
3. fomentar a **responsabilidade compartilhada** entre os implicados na produção de saúde (trabalhadores de saúde, usuários e rede social)
4. manter a atenção para a defesa dos **direitos dos usuários**.

A universalidade do acesso, a integralidade da rede de cuidado e a equidade das ofertas em saúde pressionam a modificação dos modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde, visando à ampliação da clínica.

A proposta de Clínica Ampliada direciona-se a todos os profissionais de saúde nas suas práticas de atenção aos usuários, convidando-os a **ajustarem os recortes teóricos de suas profissões às necessidades desses usuários**.

clínica ampliada e a vulnerabilidade dos sujeitos

A saúde do indivíduo, conforme já citado, é gerada no **indivíduo/coletivo**, sob a influência de uma gama imensa de potenciais vulnerabilidades, ou seja, a interação entre a disposição de recursos, informações sobre os problemas de saúde, como são ocasionados e as possibilidades que se abrem para sua resolução na prática.



Nos processos de trabalho em que se faz uso da ferramenta da Clínica Ampliada, a vulnerabilidade dos usuários/comunidades precisa ser conhecida pela equipe, no sentido de possibilitar a construção de **projetos terapêuticos singulares voltados às necessidades reais dos usuários e comunidades**. Faz-se necessário utilizar, como ponto importante para a definição dos diagnósticos, as condições dos grupos sociais de maneira participativa, assim como a redefinição dos objetos de intervenção e a análise crítica das práticas de saúde.

Considerar a **vulnerabilidade** das pessoas e de sua saúde é refletir sobre a **dimensão estrutural que a produz e imergir nos processos de exclusão social** – nas dimensões particular e singular – para entender a forma com que os indivíduos/grupos sociais enfrentam a doença e mantêm a saúde.

O modelo de vulnerabilidade relaciona os **aspectos individuais, sociais** e dos **serviços de saúde**, reconhecendo também a **determinação social da doença** e a necessidade de se renovarem as práticas de saúde como práticas sociais e históricas, envolvendo diferentes setores da sociedade.

No conceito de vulnerabilidade, a doença é desfecho de um processo dinâmico de construção individual e coletiva, apontando-se que **saúde e doença são produções também de dimensão subjetiva**, ou seja, as representações/significados que os usuários possuem sobre os fatos e sobre a vida em si, de forma que refletem também sobre os seus comportamentos e atitudes.

Na prática, o conceito de vulnerabilidade pode contribuir para renovar as práticas de saúde coletiva na perspectiva ampliada, tendo como base que a atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. **A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde.**

eixos estruturantes da clínica ampliada

A proposta da Clínica Ampliada engloba os seguintes eixos fundamentais:

1

Compreensão ampliada do processo saúde-doença

O processo de trabalho, sob a Clínica Ampliada, objetiva **evitar a abordagem que privilegie, excessivamente, algum conhecimento específico**, considerando que cada teoria/conhecimento promove um recorte parcialmente arbitrário da realidade.

No mesmo objetivo, propõe-se a “enxergar” **vários aspectos diferentes**: patologias orgânicas, correlações de forças na sociedade (econômicas, culturais, étnicas), a situação afetiva, entre outros tantos, e cada um deles poderá ser mais ou menos relevante em cada momento.

A Clínica Ampliada busca construir sínteses singulares tensionando os limites de cada matriz disciplinar. Ela coloca, em primeiro plano, a situação real do trabalho em saúde vivida a cada instante por sujeitos reais.

Este eixo traduz-se ao mesmo tempo em um modo diferente de fazer a clínica, numa ampliação do objeto de trabalho e na busca de resultados eficientes, com **necessária inclusão de novos instrumentos**.

2

Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas

A complexidade da clínica, em alguns momentos, provoca sensação de **desamparo no profissional**, que não sabe como lidar com essa complexidade. O reconhecimento da complexidade deve significar o reconhecimento da necessidade de **compartilhar diagnósticos de problemas e propostas de solução**. Este compartilhamento vai tanto na direção da equipe de saúde, dos serviços de saúde e da ação intersetorial, como no sentido dos usuários. Ou seja, por mais que frequentemente não seja possível, diante de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, uma solução mágica e unilateral, se aposta que aprender a fazer algo de **forma compartilhada é infinitamente mais potente do que insistir em uma abordagem pontual e individual**.



3

Ampliação do “objeto de trabalho”

As doenças, as epidemias, os problemas sociais acontecem em pessoas e, portanto, o objeto de trabalho de qualquer profissional de saúde deve ser a pessoa ou grupos de pessoas, por mais que o núcleo profissional (ou especialidade) seja bem delimitado.

As organizações de saúde não ficaram imunes à fragmentação do processo de trabalho decorrente da Revolução Industrial. Nas organizações de saúde, a **fragmentação** produziu uma progressiva **redução do objeto de trabalho**, por meio da **excessiva especialização profissional**. Em lugar de profissionais de saúde que são responsáveis por pessoas, tem-se muitas vezes a **responsabilidade parcial** sobre “procedimentos”, “diagnósticos”, “**pedaços de pessoas**”, entre outras condições limitantes.

A máxima organizacional “cada um faz a sua parte” sanciona, definitivamente, a **fragmentação**, a **individualização** e a **desresponsabilização do trabalho**, da atenção e do cuidado. A ausência de resposta para a pergunta “De quem é este paciente?”, tantas vezes feita nas organizações de saúde e na rede assistencial, é um dos resultados desta redução do objeto de trabalho. A Clínica Ampliada convida a uma ampliação do objeto de trabalho para que **pessoas se responsabilizem por pessoas**. A proposta de equipe de referência e apoio matricial contribui muito para a mudança desta cultura. Poder pensar seu **objeto de trabalho como um todo em interação com seu meio** é uma das propostas e desafios aqui colocados.

4

A transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho

Os instrumentos de trabalho também se modificam, intensamente, na Clínica Ampliada. São necessários arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma **comunicação transversal** na equipe e entre equipes (nas organizações e rede assistencial).

Mas, principalmente, são necessárias técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada. A capacidade de **escuta do outro e de si mesmo**, a capacidade de **lidar com condutas automatizadas de forma crítica**, de lidar com a **expressão de problemas sociais e subjetivos**, com família e com comunidade.

5

Suporte para os profissionais de saúde

A clínica com objeto de trabalho reduzido acaba tendo uma função protetora – ainda que **falsamente protetora** – porque “permite” ao profissional não ouvir uma pessoa ou um coletivo em sofrimento e, assim, tentar não lidar com a própria dor ou medo que o trabalho em saúde pode trazer. É necessário criar instrumentos de **suporte aos profissionais de saúde** para que eles possam lidar com as próprias dificuldades, com identificações positivas e negativas, com os diversos tipos de situação.

A principal proposta é que se enfrente primeiro o ideal de “neutralidade” e “não-envolvimento” que muitas vezes coloca um **interdito para os profissionais de saúde** quando o assunto é a própria subjetividade.

A partir disto, a gestão deve cuidar para incluir o tema nas discussões de caso (Projeto Terapêutico Singular) e **evitar individualizar/culpabilizar profissionais que estão com alguma dificuldade** – por exemplo, enviando sistematicamente os profissionais que apresentam algum sintoma para os serviços de saúde mental.

As dificuldades pessoais no trabalho em saúde refletem, na maior parte das vezes, problemas do processo de trabalho, baixa grupalidade solidária na equipe, alta conflitividade, dificuldade de vislumbrar os resultados do trabalho em decorrência da fragmentação, etc.

A Clínica Ampliada exige dos profissionais de saúde, portanto, um **exame permanente dos próprios valores e dos valores em jogo na sociedade**. O que pode ser ótimo e correto para o profissional pode estar contribuindo para o adoecimento de um usuário. O compromisso ético com o usuário deve levar o serviço a ajudá-lo a enfrentar, ou ao menos perceber, um pouco deste processo de permanente construção social em que todos influenciam e são influenciados.

A Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar cada pessoa a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida.

Nas doenças crônicas ou muito graves isto é muito importante, porque o resultado sempre depende da participação da pessoa doente e essa participação não pode ser entendida como uma dedicação exclusiva à doença, mas sim uma capacidade de **“inventar-se” apesar da doença**. É muito comum, nos serviços ambulatoriais, que o **descuido com a produção de vida e o foco excessivo na doença** acabem levando usuários a tornarem-se conhecidos como “poliqueixosos” (com muitas queixas), pois a doença (ou o risco) torna-se o centro de suas vidas.

saúde coletiva e a clínica ampliada

A relação entre os serviços de saúde e os sujeitos coletivos também pode ser pensada como uma relação clínica. Como construir práticas de saúde, no campo da Saúde Coletiva, **mais dialogadas, menos infantilizantes, mais produtoras de autonomia, menos produtoras de medo e submissão acrítica**? Talvez uma pergunta adequada seja:

O quanto as práticas de Saúde Coletiva precisam do medo e da submissão para funcionarem?

Estas são, talvez, as principais características de ações de Saúde Coletiva ampliadas: buscar sujeitos coletivos como **parceiros de luta pela saúde, em vez de buscar perpetuar relações de submissão**. Este compromisso obriga as equipes de saúde a buscarem as potências coletivas, a evitarem a culpabilização e a estarem atentos às relações de poder (macro e micropolíticas).



clínica ampliada como ferramenta de trabalho

Para a sua efetivação, a Clínica Ampliada tem como requisitos a **integração das equipes profissionais**, a **adscrição de clientela** e a **construção de vínculo** que permitirá a elaboração de projeto de cuidado, de forma singular, para cada usuário ou coletividade.

Sob distintas metodologias utilizadas no processo ensino-aprendizagem, definindo diferentes modelos de formação, os profissionais que comporão as equipes assistenciais **acumularam diferentes saberes e práticas** que, por definição e objetivo, devem atuar de forma a atender, da melhor maneira possível, às necessidades da população.

A atuação, sobretudo na Atenção Primária à Saúde e sob o escopo das equipes multidisciplinares, permite um trabalho de **interação entre os profissionais**, possibilitando **maior integração das equipes** e a **construção de um projeto de trabalho comum**. Os modos de trabalho em equipes interferem, diretamente, na construção de um projeto de cuidado singular. Equipes em que os profissionais trabalham de forma fragmentada e isolada podem desenhar intervenções totalmente diferentes com relação à mesma situação problema. O resultado não é um projeto das equipes, mas um conjunto de ações por vezes incoerentes com a necessidade do usuário.

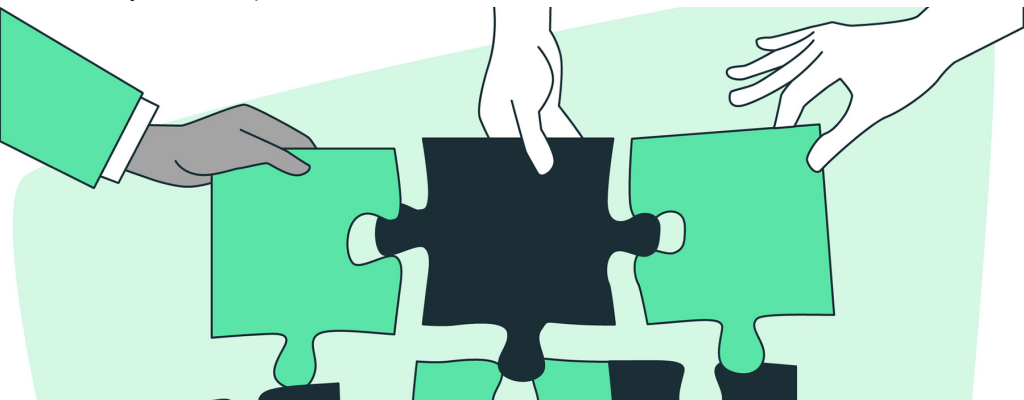
Neste contexto, o desafio que está posto para a atuação profissional nas equipes de saúde é a **integração e não simplesmente o agrupamento**. A integração e a articulação dos profissionais na construção de um projeto conjunto requer um compromisso ético com os demais profissionais e sobretudo com o usuário.

Para tal, precisa-se de uma postura **flexível** e da compreensão de que a **competência de uma equipe** pode dar conta mais facilmente da complexidade da atuação no processo saúde doença do que a **competência isolada de cada profissional**.

A adscrição de clientela estabelece a população de responsabilidade das equipes da Atenção Primária, estabelecendo a **vinculação equipes/usuários**. A adscrição vai permitir o diagnóstico da situação de saúde do território e o planejamento, viabilizando as ações orientadas de acordo com as prioridades. Sem adscrição de população não se faz Atenção Primária de qualidade, não existe possibilidade de responsabilização e construção de projeto de saúde para o território. As equipes precisam assumir a **responsabilidade pela sua área de abrangência**, fazendo **diagnósticos de situação de saúde** e **reconhecendo os casos de usuários/famílias que mais necessitam de suas atenções**.

No entendimento de que cada caso é um caso, ou seja, da singularidade das realidades vivenciadas, os profissionais assumem um compromisso ético profundo de potencializar os aspectos positivos na busca do empoderamento e da autonomia destes e na formação de vínculos.

A aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro de intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, possibilitando a **formação do vínculo como um processo que gera uma ligação entre ambos**, numa convivência de ajuda e respeito mútuos.



As equipes da Atenção Primária à Saúde, a partir da adscrição de sua população, são as responsáveis pela **formação dos vínculos com os usuários**. Mesmo que contem com o auxílio de equipes de apoio especializadas (apoios matriciais), atuando conjuntamente, o vínculo deve ser mantido pelos profissionais da Atenção Primária. A escolha do profissional da equipe que será referência para o usuário na elaboração de um Projeto Terapêutico Singular, na visão da Clínica Ampliada, deve observar os vínculos já estabelecidos.

O processo de **identificação e transferência de afetos** se dá de forma muito particular entre usuário e profissional e entre os próprios profissionais. Prestar atenção a esses vínculos favorece a efetivação da Clínica Ampliada. As semelhanças nas histórias de vida dos envolvidos (profissionais/usuários) favorece o processo de transferência de afetos, como, por exemplo, o atendimento de um usuário com câncer por um profissional que já teve em sua família este diagnóstico terá uma possibilidade de desenvolvimento de afeto de forma diferenciada. Na medida que os vínculos se estabelecem, laços de confiança tornam possível conhecer as histórias de vida marcadas muitas vezes por sofrimento, exclusão social e privação de afeto.

O profissional da Atenção Primária precisa acolher toda a queixa do usuário. Este é o primeiro passo para a atuação na perspectiva da Clínica Ampliada. No serviço de saúde, muitas vezes, não é possível uma escuta qualificada de todos, mas é possível **selecionar os que mais necessitam e a eles dedicar mais tempo**.

A escuta abrange também a observação da linguagem não falada – o **corpo “fala”** – demonstrando muitas vezes o que o usuário tem dificuldade de verbalizar. A escuta e a interação entre o usuário e o profissional vai facilitar o questionamento sobre o que levou ao adoecimento, permitindo a constatação de sua posição ativa na construção da sua saúde/doença. Com isso, o usuário percebe que é o **responsável pela construção da sua condição de saúde, deixando de responsabilizar somente o serviço de saúde pelo seu cuidado**.

A Clínica Ampliada se desenvolve também a partir da percepção de que precisam ser muito bem avaliadas as prescrições que limitam e impedem que os usuários continuem a levar a vida como eram habituados.



Os **danos provocados pelas proibições** podem fazer com que o usuário decida que é impossível realizá-las e por isso opte por não seguir o caminho terapêutico.

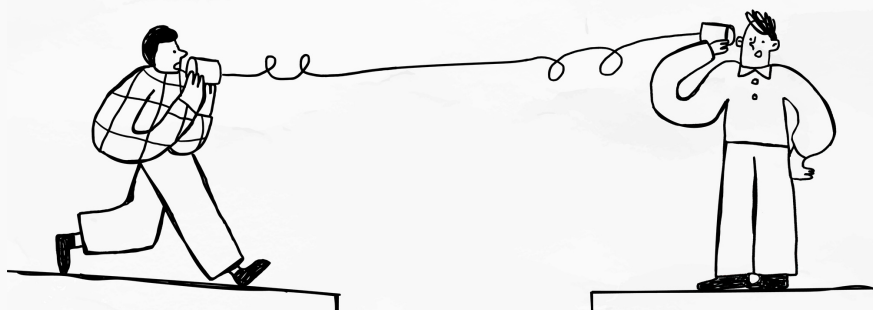
É muito comum na vinda ao serviço de saúde que o usuário confirme todas as prescrições feitas, mas no seu dia a dia não as cumpra, entendendo que não é possível levar a vida desta forma. Por isso, conhecer o usuário, sua história de vida e seus valores, por meio de uma escuta qualificada, permite a **negociação e a pactuação de pontos essenciais** a serem seguidos com **compartilhamento de responsabilidade**.

Trabalhar com **ofertas mais do que restrições**, procurando descobrir novos prazeres, pode ser um enfoque mais eficaz do que trabalhar com proibições. Para que isso seja possível, é necessário conhecer o usuário e planejar de forma singular o seu cuidado.

Desta forma, o profissional de saúde precisa estar **atento às limitações que prescreve na vida do usuário**, que podem fazer com que este viva somente com a preocupação na doença, deixando de viver a vida. Além disso, faz-se necessária a **mudança na lógica da medicalização**, reconhecendo-se que os saberes da biomedicina podem ser insuficientes e, às vezes, até prejudiciais quando desvinculados de uma visão/escuta ampliada e qualificada.

Ressalta-se a importância de **evitar a medicalização da vida**, lembrando que é necessário **equilibrar o combate à doença com a produção de vida**.

Neste contexto, o **processo de comunicação** é essencial na Clínica Ampliada. No entanto, nossa linguagem nem sempre é compreensível ao usuário. Muitos profissionais não exercem suas atividades nas comunidades onde vivem com suas famílias, outros vão trabalhar em locais muito diferentes do local onde nasceram e cresceram. Cultura, valores diferenciados e processo de comunicação com particularidades exigem do profissional de saúde um **cuidado muito grande na orientação do usuário em relação ao que este precisa fazer**. Outro fator dificultador no processo de comunicação entre o usuário e o profissional é a **linguagem técnica que alguns utilizam**. É necessário utilizar termos simples, de acordo com os hábitos locais e, além disso, habituar-se a questionar se o que foi ouvido foi o que se falou. Questionamentos como: *“Você poderia repetir o que foi dito?”* ou *“Fale o que você entendeu do que foi dito”* podem evitar muitos mal-entendidos e ajudar no processo de cuidado.



Outro desafio para os profissionais é o entendimento e a aceitação de que o caminho é do usuário e somente dele: **a equipe faz as proposições a serem pactuadas, mas a decisão de cumprir ou não é do usuário**. Este é um fator estressante: por um lado, o da percepção da perda do controle por parte da equipe, mas, por outro lado, **a percepção da autonomia do usuário liberta a equipe de sensações de culpa**.

Assim, a clínica deverá ser ampliada, partindo de seu núcleo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito, respeitando a característica singular de cada caso – **“cada caso é um caso”** – sem renunciar aos critérios técnicos previamente definidos, como as diretrizes clínicas, programas e outros.

caminhos para implementar a clínica ampliada

A atuação na Clínica Ampliada preconiza um processo de **aprendizagem contínuo** e constante para o profissional/equipe e para o usuário. No desenrolar deste processo, pactos precisam ser realizados de formas diferentes, considerando a complexidade dos envolvidos e suas realidades. A ação pactuada entre o gestor e a equipe de saúde quanto a espaços de **educação permanente** é determinante para a construção de processos de formação voltados para a utilização desta ferramenta de trabalho.

Esta ação pactuada vem ao encontro de um fator dificultoso para esta prática: a **formação dos profissionais de saúde**, ainda muito voltada ao modelo biológico/curativo, com uma conduta centrada no diagnóstico realizado por meio de exames e na conduta medicamentosa, na maioria das vezes aprendida no ambiente hospitalar. Na Atenção Primária à Saúde, este modelo, que já é fragilizado, fica mais debilitado, tendo em vista que **a realização do tratamento/orientação dependerá do usuário e sua família**. Esta situação fica mais difícil sem um contato mais próximo, por meio do diálogo que leve à compreensão do profissional do contexto vivido pelo usuário e do entendimento do usuário/família do seu papel no processo saúde/doença.

O profissional preparado na sua formação para ter o máximo de controle sobre o processo diagnóstico/tratamento encontra na atuação na Atenção Primária uma situação diferente, gerando uma **sensação de insegurança**.

Para que esta postura profissional de insegurança e distanciamento se modifique, é necessário criar uma **rede de apoio** para os profissionais, preparando-os para atuação na perspectiva da Clínica Ampliada, tendo em vista que, ao perceber as fragilidades e sentimentos do usuário, este percebe também os seus próprios sentimentos e fragilidades.

Construir espaços de discussão e reflexão quanto às suas fragilidades e potencialidades com relação à Clínica Ampliada é também um dos caminhos a serem implementados pelas equipes.

Incorporar na prática a Clínica Ampliada implica numa **revisão e reflexão por parte dos profissionais dos seus próprios valores e conceitos**, assim como dos **valores e conceitos da sociedade**. A singularidade das realidades do usuário e de suas famílias exige atuações também singulares, demonstrando que **o que pode ser o certo, ideal para o profissional, muitas vezes não é para o usuário e/ou sua família**.

Trabalhar com a Clínica Ampliada remete, então, a esta **ampliação do “objeto de trabalho”**, pensando neste como complexo, gerador de angústias, temores, dúvidas e ansiedades que precisam ser divididos entre os profissionais das equipes, o gestor e o usuário. Esta complexidade muitas vezes gera a sensação de impotência e de desamparo. No entanto, quando compartilhada, pode potencializar saberes, práticas, em uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, na concepção de que **o fazer compartilhado pode ser mais potente do que o individual**.

Nesta perspectiva, a clínica ampliada objetiva sustentar o desenvolvimento de uma nova postura relacional profissional/gestor/usuário e de novos arranjos organizacionais que permitam a escuta qualificada, na qual **o usuário é visto de modo singular**, ampliando-se a possibilidade de condutas. Estas condutas **não se limitam à terapêutica medicamentosa e a procedimentos cirúrgicos**, pois valorizam o poder terapêutico da escuta e da palavra, da educação em saúde e do apoio psicossocial.

A utilização da Clínica Ampliada como ferramenta de trabalho pressupõe, ainda, alguns arranjos entre o gestor e as equipes, como o de pactuar espaços coletivos para a discussão dos projetos de cuidado. A agenda dos profissionais precisa ser organizada de forma que os espaços para reuniões, discussões de casos clínicos e matriciamento estejam presentes na rotina dos serviços.

referências bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília, DF, 2009. 64 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. Clínica ampliada [Recurso eletrônico]. (Autores: Carmem Regina Delziovo; Lucas Alexandre Pedebôs; Rodrigo Otávio Moretti-Pires). Florianópolis, 2012.