

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CLÍNICA
Ampliada

Brasília - DF
2004

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização

HumanizaSUS
A CLÍNICA AMPLIADA

Série B. Textos Básicos de Saúde

Brasília – DF
2004

© 2004 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Todos os direitos patrimoniais de autor, cedidos ao Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde.

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 2004 – 15.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Núcleo Técnico da Política Nacional de

Humanização

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício

Sede,

3.º andar, sala 336

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 315 2587 / 315 2957

E-mail: humanizaus@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/humanizaus

Texto:

Gustavo Cunha

Organização das cartilhas da PNH:

Eduardo Passos

Elaboração de texto, diagramação e lay-out:

Cristina Maria Eitler (Kita)

Fotos:

Delegados participantes da 12.ª Conferência Nacional de Saúde (realizada em Brasília, de 7 a 11 de dezembro de 2003), fotografados no stand do HumanizaSUS

Fotógrafo:

Cléber Ferreira da Silva

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

HumanizaSUS: a clínica ampliada / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

18 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

1. SUS (BR). 2. Política de saúde. 3. Prestação de cuidados de saúde. I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. II. Título. III. Série.

NLM WA 30 DB8

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2004/1162

Títulos para indexação:

Em inglês: HumanizaSUS. The Enlarged Clinic.

Em espanhol: HumanizaSUS. La Clínica Ampliada.

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540 / 610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 233 2020 / 233 1774

Fax: (61) 233 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/editora

Equipe editorial:

Normalização: Leninha Silvério

Revisão: Denise Carnib, Mara Pamplona

O Ministério da Saúde Implementa a Política Nacional de Humanização (PNH) HumanizaSUS

O HumanizaSUS é a proposta para enfrentar o desafio de tomar os princípios do SUS no que eles impõem de mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde. O Ministério da Saúde decidiu priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS. Eis a aposta do HumanizaSUS.



Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão.



A PNH não é para nós um mero conjunto de propostas abstratas que esperamos poder tornar concreto. Ao contrário, partimos do SUS que dá certo. Para nós, então, o HumanizaSUS se apresenta como uma política construída a partir de experiências concretas que identificamos e queremos multiplicar. Daí a importância da função multiplicadora das “Cartilhas da PNH”. Com elas, esperamos poder disseminar algumas tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da saúde.

Brasília 2004



De modo geral, quando se pensa em clínica, imagina-se um médico prescrevendo um remédio ou solicitando um exame para comprovar ou não a hipótese do paciente ter uma determinada doença. No entanto, a clínica precisa ser muito mais do que isso, pois todos sabemos que as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras.

É certo que um diagnóstico sempre parte de um princípio universalizante, generalizável para todos, ou seja, ele supõe e produz uma igualdade que é apenas parcialmente verdadeira, por exemplo: um alcoolista é um alcoolista e um hipertenso é um hipertenso. Mas, isso pode levar à suposição de que basta o diagnóstico para definir todo o tratamento para aquela pessoa. Entretanto, como já dizia um velho ditado: “na medicina, cada caso é um caso”. E isto



pode mudar, ao menos em parte, a conduta do médico. Por exemplo, se a pessoa com hipertensão é deprimida ou não, se tem relacionamentos com outras pessoas ou não, se está empregada ou não, tudo isso interfere no desenvolvimento da doença.

O diagnóstico pressupõe uma certa regularidade, uma repetição. Mas é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular, isto é, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo. Com isso, abrem-se inúmeras possibilidades de intervenção, e é possível propor tratamentos muito melhores com a participação das pessoas envolvidas.

Vejamos um exemplo:

Um serviço de hematologia percebeu que mesmo tendo disponível toda a tecnologia para o diagnóstico e o tratamento dos pacientes com anemia falciforme, havia um problema que, se não fosse levado em conta, não resolveria a situação de muitos desses pacientes. A anemia falciforme acomete principalmente a população negra. Ora, é um fato importante que a história dessa população é marcada pela discriminação racial, um dos fatores que mais determinam a desigualdade

social. No contexto em que o serviço de hematologia trabalha, o tratamento ficaria muito limitado se os técnicos e responsáveis do serviço ignorassem esta questão, uma vez que a sobrevivência dos pacientes está em jogo. Assim, no caso dos portadores de anemia falciforme que, por efeitos das suas condições socioeconômicas desiguais, só tenham acesso a trabalhos braçais, é necessário criar novas opções de trabalho para eles, uma vez que não poderão mais exercer esse tipo de trabalho. O serviço então se debruçou sobre o problema e propôs buscar ajuda em escolas de computação para oferecer cursos a esses usuários, desde que o desejassem, abrindo-lhes assim novas opções de trabalho e melhorando a sua expectativa de vida.

○ serviço de saúde poderia ter se concentrado no problema genético e em toda a tecnologia que ele dispõe para diagnóstico e tratamento, ignorando,





como ainda é muito comum de acontecer, a história e a situação social das pessoas que estão sob seus cuidados.

Podemos dizer então que a clínica ampliada é:

- Um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular;
- Assumir a RESPONSABILIDADE sobre os usuários dos serviços de saúde;
- Buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de INTERSETORIALIDADE;
- RECONHECER OS LIMITES DO CONHECIMENTO dos profissionais de saúde e das TECNOLOGIAS por eles empregadas – tarefa muito difícil para esses profissionais –, e buscar outros conhecimentos em diferentes setores, como no exemplo mencionado anteriormente onde o serviço de saúde incorporou o

conhecimento acerca da situação de exclusão em que viviam seus usuários;

→ Assumir um compromisso ÉTICO profundo.

Pois, assim como na situação citada anteriormente, se o serviço de saúde tivesse reduzido os usuários à doença, ele teria sido cúmplice da discriminação racial e da desigualdade social que ainda existe no País. Em muitas situações, o adoecimento é causado ou agravado por situações de dominação e injustiça social. De todo modo, doenças causadas pela superexploração, condições de trabalho inadequadas ou formas de gestão autoritárias (como as LER/DORT) são outros exemplos.

E por falar em doenças do trabalho, não podemos esquecer que às vezes o próprio diagnóstico já traz uma situação de discriminação social que aumenta o sofrimento e dificulta o tratamento. Cabe à clínica ampliada não assumir como normal essas situações, principalmente, quando comprometem o tratamento.






Vejam os outros exemplos:

“Quando vejo uma pessoa com a vida igual à minha, desejo uma boa isquemia. Porque eu renasci, aprendi, foi um Big-Bang para mim” (Carnavalesco Joãozinho Trinta – 1998, se referindo a um derrame cerebral).

“O compositor Tom Jobim uma vez foi perguntado porque havia escolhido a música. Bem-humoradamente ele respondeu que é porque tinha asma. Como assim, perguntou o entrevistador? Acontece que estudar piano era bem mais chato do que sair com a turma, namorar... como eu ficava muito em casa por causa da asma, acabei me dedicando ao piano.”

Outro aspecto fundamental da clínica ampliada é a capacidade de equilibrar o combate à doença com a **PRODUÇÃO DE VIDA**. Os exemplos de Joãozinho Trinta e de Tom Jobim mostram que as pessoas podem inventar saídas diante de uma

situação imposta por certos limites. Algumas pessoas especiais fazem isso sozinhas. Elas “aproveitam” para enxergar o evento mórbido como uma possibilidade de transformação, o que não significa que elas deixem de sofrer, mas elas encontram no sofrimento e malgrado ele uma nova possibilidade de vida. Outras pessoas precisam de algum tipo de ajuda para superar o sofrimento.

 A Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas 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 esta





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 acabe levando usuários a tomarem-se conhecidas como “POLIQUEIXOSOS” – com muitas queixas – ou “REFRATÁRIOS”, pois a doença (ou o risco) torna-se o centro de suas vidas.

Algumas dicas práticas:

A Escuta. Escutar significa, num primeiro momento, não evitar toda queixa ou relato do usuário que não interesse diretamente ao diagnóstico e ao tratamento. Mais do que isto, é preciso ajudá-lo a reconstruir (e respeitar) os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações que ele estabelece entre o que sente e a vida. Ou seja, perguntar porque ele acredita que adoeceu e como ele se sente quando tem este ou aquele sintoma. Quanto mais a doença for compreendida e

correlacionada com a vida, menos chance haverá de se tornar um problema somente do serviço de saúde, e não do sujeito doente, ou seja, é mais fácil evitar uma atitude passiva diante do tratamento. Evidentemente, não é possível (nem desejável) fazer isto o tempo todo para todo mundo, mas é possível escolher quem precisa mais, e é possível temperar os encontros clínicos com estas frestas de vida.

Vínculo e Afetos: tanto profissionais quanto usuários, individualmente ou coletivamente, transferem afetos. Um usuário pode associar um profissional com um parente, e vice-versa. Um profissional que tem um parente com diabetes não vai sentir-se da mesma forma ao cuidar de um sujeito com diabetes, do que um profissional que não tem este vínculo afetivo.

Tudo isso tanto pode ajudar quanto atrapalhar a construção do vínculo e do projeto terapêutico. Ainda é muito comum que profissionais que cuidam de pessoas com doenças crônicas passem anos começando





todos os encontros com a mesma pergunta: “o paciente cumpriu as suas ordens? Tomou a medicação; fez a dieta?” Muitas vezes esta atitude acaba passando a impressão de que estamos mais preocupados em ser obedecidos, do que com a pessoa e a sua vida. E também acontece que algumas dessas pessoas doentes desenvolvam o hábito de “se divertir” com o serviço de saúde, alardeando tudo que fizeram de “errado”, para desespero dos profissionais.

É necessário aprender a **prestar atenção nesses** fluxos de afetos para melhor compreender-se e compreender o outro, e poder ajudar a pessoa doente a ganhar mais autonomia e lidar com a doença de modo proveitoso para ela.

Neste processo, a equipe de referência é muito importante porque os fluxos de afetos de cada membro da equipe com o usuário e familiares são diferentes, permitindo que as possibilidades de ajudar o sujeito doente sejam maiores. Sem esquecer que dentro da própria equipe

essas transferências também acontecem.

Muito Ajuda quem não Atrapalha.

Infelizmente, o mito de que os tratamentos e intervenções só fazem bem é muito forte. Vivemos, portanto, uma epidemia de uso inadequado de medicações e exames, causando graves danos à saúde e desperdício de dinheiro.

Os diazepínicos e antidepressivos são um exemplo. Aparentemente, muitas vezes, é mais fácil para os profissionais de saúde, e também para os usuários, utilizar esses medicamentos, do que conversar sobre os problemas e desenvolver a capacidade de enfrentá-los.

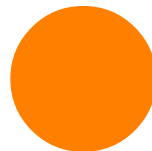
O uso abusivo de antibióticos e a terapia de reposição hormonal são outros exemplos.

Quanto aos exames, também existe uma mitificação muito forte. É preciso saber que muitos deles têm riscos à saúde e limites, principalmente quando são solicitados sem os devidos critérios.





A noção de saúde como bem de consumo (“quanto mais melhor”) precisa ser combatida para que possamos diminuir os danos. O real significado e as expectativas das pessoas quando procuram um serviço de saúde precisam ser trabalhados na clínica ampliada, para diminuir o número de doenças causadas por tratamento médico e para não iludir as pessoas.



CONHEÇA AS OUTRAS CARTILHAS DA PNH:

- ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
- AMBIÊNCIA
- EQUIPE DE REFERÊNCIA E APOIO MATRICIAL
- GESTÃO E FORMAÇÃO NOS PROCESSOS DE TRABALHO
- GESTÃO PARTICIPATIVA/CO-GESTÃO
- GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO
- PRONTUÁRIO TRANSDISCIPLINAR E PROJETO TERAPÊUTICO
- VISITA ABERTA COM DIREITO A ACOMPANHANTE
- HUMANIZAÇÃO E REDES SOCIAIS



