

A CLÍNICA AMPLIADA NA ATENÇÃO BÁSICA: CONTRIBUIÇÕES DO NASF NA CONSTITUIÇÃO DE LINHAS DE CUIDADO

THE EXPANDED CLINIC IN BASIC CARE: NASF CONTRIBUTIONS TO BUILDING CARE LINES

Leslie Tuane Penteadó Charqueiro*
Virgínia Teixeira Leite**
Tainara Rita Fortes Teixeira***
Maristela Stadtlober de Campos****

RESUMO

Este artigo visa apresentar e discutir sobre o trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), junto às Estratégias de Saúde da Família (ESFs) na Atenção Básica em Saúde, a partir de nossa experiência em NASFs de um município da região metropolitana de Porto Alegre (RS). O texto não se caracteriza como um relato de experiência, mas visa a partir de nosso trabalho cotidiano com essa realidade refletir sobre sua contribuição na constituição de linhas de cuidado, na perspectiva da clínica ampliada. Buscamos contribuir na ampliação da visão sobre o trabalho e a corresponsabilização pelo cuidado integral e longitudinal dos usuários, em conjunto com a rede intra e intersectorial, a partir da Atenção Básica (ESFs em parceria com os NASFs). Tendo como centralidade, as tecnologias leves, o trabalho vivo em ato, no território vivo em uso. Com isto, criamos **o espiral da clínica ampliada** que contempla: a linha de cuidado, o projeto terapêutico singular - Ecomapa (com centralidade no usuário) e a rede. Objetivamos que os projetos tornem-se assistenciais, concretos e portanto, com valores de uso para e com a população usuária.

PALAVRAS-CHAVE

Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs).
Atenção Básica em Saúde. Clínica Ampliada.
Linhas de Cuidado.

ABSTRACT

This article aims to present and discuss the work of the Family Health Support Centers (NASFs), along with the Family Health Strategies (ESFs) in Primary Health Care, based on our experience in NASFs of a municipality in the metropolitan region of Porto Alegre / RS. The paper is not characterized as an experience report, but from our daily work with this reality it aims to reflect on its contribution in the constitution of care lines, from the perspective of the extended clinic. We seek to contribute to the broadening of the view about work and joint responsibility for the integral and longitudinal care of the users, together with the intra and intersectoral network, from Basic Care (ESFs in partnership with NASFs). Having as our main point the light technologies, the live work in act, in the alive territory in use. With this, we have created the spiral of the expanded clinic that contemplates: the care line, the unique therapeutic project - ecomapa (user-centered) and the network. Our main goal is that the projects become a true assistance program, concrete and therefore, with usage values for and with the population.

KEYWORDS

Family Health Support Centers (NASFs).
Primary Health Care. Extended Clinic.
Care Lines.

*Assistente Social com Especialização e Residência em Saúde Mental Coletiva (UFRGS). Mestre em Serviço Social (PUCRS). Atua em Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

**Assistente Social. Especialista em Projetos Sociais e Culturais (UFRGS). Humanização da Atenção e Gestão do SUS (UFRGS). Atua em Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

***Assistente Social. Residente em Saúde Comunitária (Ulbra-RS).

****Assistente Social. Residente em Saúde Comunitária (Ulbra-RS).

INTRODUÇÃO

Na presente discussão objetivamos dialogar inicialmente sobre a importante criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para a ampliação do escopo das ações da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, ampliamos para a discussão sobre a Clínica Ampliada e as ferramentas para sua concretização (na nossa perspectiva) com a criação do Espiral da Clínica Ampliada, mediante a realidade da população usuária da Atenção Básica e, portanto, do SUS. Com isso, o Projeto Terapêutico e o Ecomapa se tornam ferramentas essenciais para a constituição de Linhas de Cuidado. Apresentamos por fim, as contribuições do NASF neste processo, com exemplo de nossa experiência no núcleo.

NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E O SUS

A Atenção Primária em Saúde (APS) denominada no Brasil, de Atenção Básica em Saúde (AB), passa a ser reconhecida a partir de processos coletivos legitimados, como a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, ocorrida em 1978, em Alma-Ata no Cazaquistão. Define os cuidados primários em saúde na perspectiva da prevenção e promoção em saúde, considerando seus determinantes.

No Brasil, com os movimentos sociais em prol da redemocratização e reformulação das políticas públicas, a exemplo da Reforma Sanitária e Psiquiátrica na Saúde, promulga-se a Constituição de 1988 que cria o Sistema Único de Saúde (SUS) e com o SUS, aprova-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio da Portaria nº 648/2006, do Ministério da Saúde.

Respeitando as diretrizes SUS, a portaria incita a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e transforma o Programa Saúde da Família (PSF) em Estratégia Saúde da Família (ESF), como componente estruturante do Sistema de Saúde brasileiro. Um avanço significativo para a atenção em saúde, em uma perspectiva de mudança de modelo assistencial, voltado para o território de vida da população e a partir do reconhecimento da integralidade das ações, com as premissas da prevenção e promoção à saúde, para além do tratamento.

Portanto, a Atenção Básica, enquanto nível básico de atenção à saúde tem o compromisso de ser o primeiro contato, a porta de entrada do sistema de saúde. Suas principais características são: a integralidade, a coordenação do cuidado, a longitudinalidade, a participação comunitária e a atenção centrada na família (BRASIL, 2010). Coordena a assistência dentro do próprio sistema. Portanto, a ESF é constitucionalmente fundada no direito à saúde e na equidade do cuidado, hierarquizada e regionalizada, como e fazendo parte do SUS (BRASIL, 2010). Provoca “um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso país” (BRASIL, 2010, p. 7).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é criado neste contexto, pela Portaria GM nº 154, de 2008, visando apoiar a inserção da ESF na rede, ampliar a abrangência, resolutividade, territorialização e a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS (BRASIL, 2010). Deve ser composto por profissionais de diferentes áreas, formando uma equipe multiprofissional, de acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011). sendo escolhido pelos gestores municipais, conforme as necessidades locais e as disponibilidades dos profissionais

de cada uma das diferentes ocupações, deve atuar de forma compartilhada, com os profissionais das ESFs nos territórios sob responsabilidade delas.

Contudo, não se apresenta como porta de entrada do sistema para usuários, configura-se como apoio às ESFs. Possui como diretrizes:

[...] ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010, p. 7).

A partir dos cadernos do NASF (27 e 39) ratifica-se que a criação do serviço se estabelece na consolidação da lógica da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, principalmente, no aprimoramento do novo modelo de trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional. Nesse modelo, as diretrizes da integralidade são concretizadas, tendo em vista ações coletivas que estão centradas nos determinantes sociais que são capazes de influenciar na saúde da população, em contraponto ao antigo modelo individualista, assistencialista e hospitalocêntrico. Nesse sentido, os NASFs devem planejar e definir as ações que serão desenvolvidas junto às equipes de Saúde da Família de forma a apoiá-las em seu fazer cotidiano.

Tais medidas estruturam-se no atendimento no território em apoio as ESFs de sua responsabilidade (de 05 a 09 equipes). Prioriza: o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias,

tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc. (BRASIL, 2010).

O NASF possui em seu processo de trabalho as seguintes ferramentas: o Matriciamento, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação do Apoio com as ESFs (BRASIL, 2010). Os quais almejamos iniciar uma discussão, com o apoio das Linhas de Cuidado.

Através de suas diretrizes e ferramentas, conta com o apoio matricial, que implica a intervenção técnico-pedagógica e assistencial, junto às equipes, o NASF possui a potência de trabalhar na constituição de Linhas de Cuidado, para garantir sua integralidade, sendo necessário operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, para os demais níveis e redes (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2007). No que se refere à Básica, este nível de atenção pode ampliar seu potencial de resolutividade, esgotando suas possibilidades de intervenção, explorando o conhecimento técnico de profissionais, por meio da ação acolhedora pela formação de vínculos entre profissional e usuários no campo da saúde (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2007) o NASF contribui na ampliação. Para tanto, a necessária constituição de Linhas de Cuidado.

O NASF E A CLÍNICA AMPLIADA – CONSTITUIÇÃO DE LINHAS DE CUIDADO

Para iniciar a discussão sobre as interseções entre a temática da Clínica Ampliada e a Linha de Cuidado, com o apoio dos instrumentos como PTS e Ecomapa, no trabalho em e com o NASF ressaltamos o termo Clínica Ampliada, conforme o mate-

rial disponibilizado no site do Ministério da Saúde. Esse indica que a Clínica Ampliada implica no compromisso radical com o sujeito singular; assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; trabalhar a intersetorialidade; reconhecer os limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas e buscar outros conhecimentos; assumir um compromisso ético profundo (BRASIL, 2007).

Aproveitamos ainda, a origem etimológica do termo Clínica em latim, relacionada ao “inclinarse”, para superar a lógica tradicional ou “oficial” como Campos (2003a) utiliza no texto “A Clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada” do livro “Saúde Paidéia” baseada no campo de atuação:

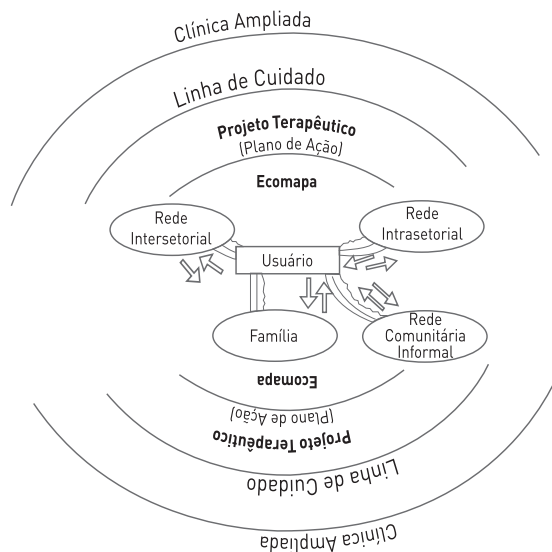
espaço de uma clínica ampliada-, com a de Apoio Especializado Matricial- organização horizontal do processo de trabalho, em que se tenta combinar especialização com interdisciplinaridade, especialistas apoiando o trabalho do Clínico de Referência conforme Projeto Terapêutico coordenado pelo próprio Referência, mas elaborado em permanente negociação com a Equipe envolvida na atenção matricial (CAMPOS, 2003a, p. 63).

Campos (2003b) também nos potencializa a repensar a Clínica Ampliada, em Equipes de Saúde da Família (ESFs) no texto “Reflexões sobre a Clínica Ampliada em Equipes de Saúde da Família” do mesmo livro “Saúde Paidéia”, através da importância da formação de vínculo com o usuário dos serviços. Reforça que o vínculo sendo uma palavra de origem latina, significa “algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os

pacientes e vice-versa” (CAMPOS, 2003b, p. 68). Portanto, a vinculação depende da constituição de confiança mútua pautada na corresponsabilização do cuidado em saúde, do “compromisso com a saúde coletiva de uma comunidade e com a saúde individual, particularmente, dos mais vulneráveis” (CAMPOS, 2003b, p. 69). Inclinarse de forma vinculada, tanto entre profissionais, quanto desses com usuários.

Portanto, através da Clínica Ampliada, com a constituição de PTS e apoio do Ecomapa estamos caminhando para constituir na micropolítica do trabalho vivo: as Linhas de Cuidado. Apresentamos um desenho que construímos em nossas discussões, para ilustrar a necessária articulação da Clínica Ampliada implicada à Linha de Cuidado:

Figura 1 - Espiral da Clínica Ampliada



Fonte: As autoras (2016).

Construímos o Espiral da Clínica Ampliada, inspiradas no espiral dialético que apresenta multifacetadas e o movimento constante de transformação/superação, assim como a Clínica.

A imagem demonstra a Clínica assim como a Linha de Cuidado formada pela rede e interdependentes, com a centralidade no usuário. Desta forma, a Linha de Cuidado se apresenta como uma “imagem” que passa a ser constituída a partir “do ponto de vista dos fluxos assistenciais” (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2007, p. 130), “um itinerário” do usuário na rede na complexidade que Cecílio e Merhy (2003, p. 2) apontam:

[...] uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores [...].

Fluxos que são conduzidos pelos Projetos Terapêuticos, ou seja, os Projetos Terapêuticos são o fio condutor da Linha de Cuidado e o usuário, o elemento/sujeito “estruturante de todo processo de produção de saúde”. Portanto, a Linha de Cuidado “é fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre todos os atores que controlam serviços e recursos assistenciais” (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2007, p. 130). A partir do momento em que essa perspectiva se torna intrínseca aos atendimentos realizados, compreendemos a relevância da participação social e da cidadania para inclusão dos sujeitos no seu processo de cuidado e, portanto, de transformação social.

Dessa forma, o campo de atuação no SUS, e portanto, da saúde coletiva, tem como prioridade atender a toda população, independentemente de suas condições socioeconômicas, contudo, não se pode deixar de atentarmos para os casos mais vulneráveis, que exigem maior atenção e, portanto, vinculação. Por

parte dos profissionais, o compromisso no cuidado da população de sua microrregião se faz por meio de diagnóstico territorial em saúde, o que não é simples de constituir, pois depende da corresponsabilização das equipes (ESFs) em parceria com o NASF e rede intra e intersetorial, pois:

O diagnóstico pressupõe certa regularidade, uma repetição. Mas 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. (BRASIL, 2007, p. 10).

Este dispositivo nos possibilita uma leitura mais singular referente às necessidades do sujeito e seus familiares. Conhecendo-os e apropriando-nos de suas redes relacionais, com a participação das pessoas envolvidas. Neste ponto, se ressalta a importância do trabalho social condizente com as condições objetivas e subjetivas do usuário, imprescindível para eficácia de qualquer plano/projeto a ser desenvolvido de acordo com a horizontalidade do cuidado, a fim de que o mesmo faça sentido aos envolvidos na constituição do PTS (Projeto Terapêutico Singular-individual) e PST (Projeto de Saúde no Território-Coletividade).

Entretanto, retomamos os casos mais vulneráveis para problematizar a Clínica Ampliada, a partir da constituição de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) com a importante contribuição do Ecomapa e por fim, a constituição de Linhas de Cuidado que são necessárias para a população. Para isto,

A equipe de referência deve responsabilizar-se pela saúde de uma comunidade (entre três e quatro mil pessoas) e, ao mesmo tempo, destacar de dentro da comunidade

os casos que necessitam de atenção individual, encarregando-se do seu atendimento eventual ou sistemático. Não é fácil estabelecer critérios práticos para operar essa seleção, contudo a clínica de qualidade somente será possível se conseguir avaliar riscos e, em decorrência, concentrar atenção em famílias e pessoas com maior vulnerabilidade (CAMPOS, 2003b, p. 71).

Para a eficácia das práticas clínicas, o diálogo não perpassa somente entre as equipes (ESF/NASF), na perspectiva da “pactuação”, mas também, entre equipes de diferentes serviços e níveis de atenção, indo além da referência e contrarreferência, propiciando um diálogo interativo, compartilhado e corresponsável. Salientamos o quão importante que todos os membros da equipe sejam respeitados e valorizados, não só entre a equipe, mas inclusive, pela gestão, o que reflete no produto do cuidado do usuário.

Nesse contexto, cabe ressaltar a importância dos Projetos Terapêuticos que “são estruturados para produzir o cuidado ao usuário”. Sendo um “conjunto de atos pensados” que somente ganha materialidade na “ação do trabalho sobre o usuário”, para então passar de projeto para “Atos Assistenciais” de “projeto” para “atos concretos” que incorporam o “valor de uso” (FRANCO, 2007, p. 179-180) dando concretude e movimento aos processos, por meio das “tecnologias do trabalho”, as quais primamos pelas leves, em interdependência das leve-duras, sem deixar que as últimas dominem o campo de atuação.

Consideramos que nosso trabalho na saúde se dá a partir do **movimento** (do **uso** que pressupõe movimento) e nos mostra o que realmente é necessário, pois usamos aquilo que precisamos; **da vida**, pelo “trabalho vivo em ato” (MEHRY, 2007), no **território vivo** em uso (SANTOS; SILVEIRA,

2006) com Projetos Terapêuticos que visam ser assistenciais, usados, postos em prática e constituídos por e com profissionais e usuários, com vistas ao protagonismo e autonomia, nos modos de viver a vida (CHARQUEIRO, 2016). Imprimindo um modelo assistencial de ruptura com o centrado no biomédico, incluindo novos saberes e potencializando o saber do usuário com práticas anti-hegemônicas:

[...] se o modo como se produz saúde hoje, reflete um dado paradigma das práticas de saúde, então a inversão do modelo assistencial é de ordem paradigmática, ou seja, saberes novos, não instituídos, mas que existem e estruturam práticas “anti-hegemônicas” no interior dos serviços de saúde, podem caracterizar-se como um “pré-paradigma”, podendo no futuro instituir-se e tornar-se um novo paradigma assistencial. (FRANCO, 2007, p. 182-183).

O que implica atentarmos para o fato de que os Projetos Terapêuticos têm a potência de romper “barreiras do atual modelo médico produtor de procedimentos” (FRANCO, 2007, p. 183) para o modelo “produtor de cuidado” (MEHRY, 1999 apud FRANCO, 2007, p.183). Isso implica agregar as importantes contribuições médicas com as demais profissões, dando autonomia às demais áreas profissionais e à população usuária, conhecendo e reconhecendo suas singularidades, o que é potente para a ESF que está no território de vida dessas populações, em uma postura instituinte, “disputando o dever” pela integralidade. Portanto, o “Projeto Terapêutico vai conduzir a estruturação das práticas de saúde” (FRANCO, 2007, p. 183).

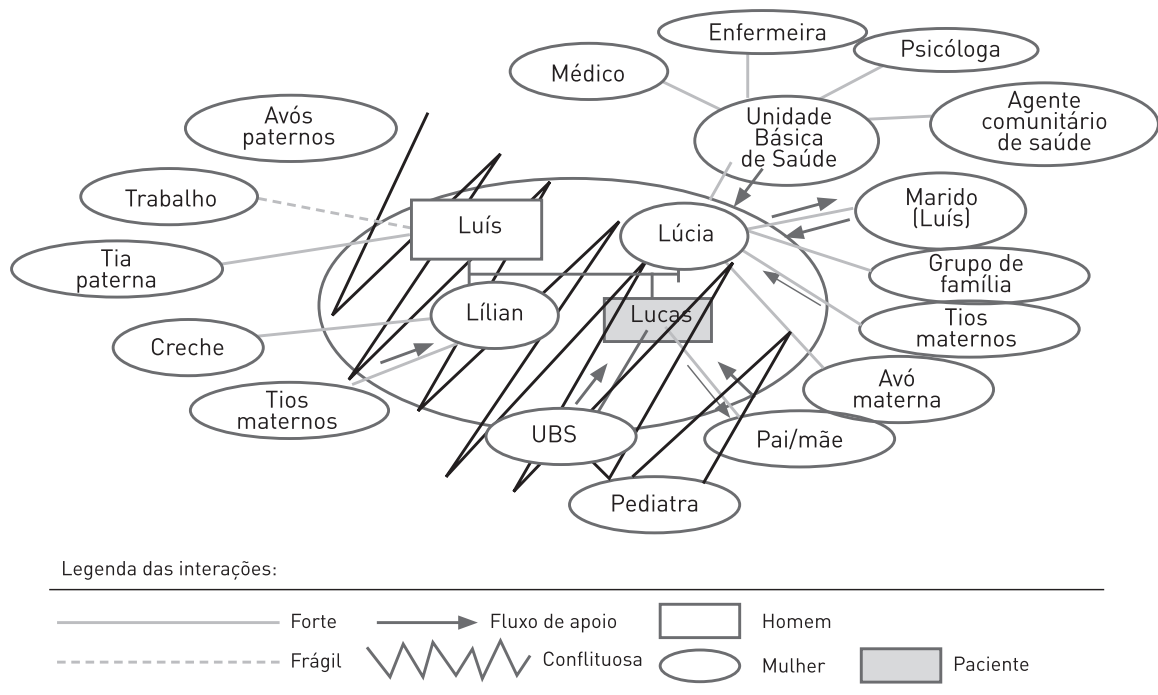
Consideramos essencial neste contexto, trazer outro instrumento que contribui para a constituição do PTS e portanto, na formação

de Linha de Cuidado: o Ecomapa¹ que pode compor o Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos usuários que o necessitam. Algumas áreas a serem representadas no Ecomapa são: serviços de saúde; grupos de convívio social (igreja; associação de pais; grupos de convívio, etc.); escola e serviços de educação; relações pessoais significativas (amigos, vizinhos, família mais afastada, etc.); trabalho (BRASIL, 2014, p. 77). Podendo representar a rede intra e intersectorial. Apresenta-se como complemento ou substituto ao Genograma que mostra as relações intrafamiliares.

Cabe ressaltar que o Genograma era anteriormente utilizado pelos profissionais para explicitar as relações familiares e/ou consanguíneas dos sujeitos. Esse modelo foi substituído ou complementado pelo Ecomapa, visto que o instrumento amplifica a visualização das relações de convívio do usuário e reconhece os demais vínculos relacionais estabelecidos que independem das relações consanguíneas e/ou de parentesco. A seguir, o Ecomapa apresentado pelo Manual do Método Canguru, elaborado pelo Ministério da Saúde em 2015:

Figura 2 – Modelo gráfico do Ecomapa

(Baseado em Pillitteri, 1992 e adaptado por Custódio, 2010)



Fonte: BRASIL (2015, p.75).

1 O Ecomapa é instrumento de avaliação familiar bastante útil no mapeamento de redes, apoios sociais e ligações da família com a comunidade. Costuma ser utilizado em associação ao genograma tanto para fins diagnósticos, quanto em planejamento de ações em saúde. Ambos os instrumentos retratam graficamente a constituição e dinâmicas relacionais de um grupo social, com foco na

família. Enquanto o genograma identifica as relações dentro do sistema multigeracional familiar, o Ecomapa representa as interações da família com pessoas, instituições ou grupos sociais em determinado momento. Esse instrumento conecta as circunstâncias ao meio ambiente e auxilia na identificação dos padrões organizacionais familiares. (BRASIL, 2014, p. 77).

Portanto, ao pensar a Clínica Ampliada consideramos essencial contar com a contribuição do Projeto Terapêutico e do Eco-mapa, que o compõe, para assim, constituirmos as Linhas de Cuidado.

Problematizamos essa questão em todas situações de atendimento, tanto na rede intra quanto intersetorial, assim como o exemplo para situações de sofrimento mental, pois é comum que os profissionais de Saúde se encontrem constantemente com usuários em situação de sofrimento psíquico e tenham dificuldades de traçar Linhas de Cuidado. Nem sempre sentem-se em condições de acolhê-los e atendê-los de forma integral, primando pelas tecnologias leves.

Com isto, em alguns momentos, trabalham para manter sua medicação que é também importante, mas é muito mais que isso! Necessitamos inverter e superar a lógica da centralidade na tecnologia dura e primar pela leve. Isso explica-se pelo fato de que uma pessoa sem condições de moradia, alimentação, com fragilização de vínculos, sem acesso à renda, ao transporte, dentre outros, não será somente a medicação que irá dar conta de tanta violação de direitos e de sofrimento. A partir do momento que nos damos conta disso e trabalhamos o contexto de vida de quem atendemos, daremos não somente o acesso, mas a acessibilidade, a inclusão e, portanto, a inserção digna (CHARQUEIRO, 2016) à rede de atenção à saúde e intersetorial.

Os usuários estão sujeitos há muitas violações de direitos, muitas vezes vivendo em situação de extrema vulnerabilidade socioeconômica, com fragilidades de vínculos, em muitos níveis, o que gera e ou potencializa o sofrimento psíquico e físico em nosso território e, não somente. Com tanta desigualdade socioeconômica e inversão da lógica societal, onde se “coisifica as re-

lações e se humaniza as coisas” a nossa sociedade vive uma carência de sentido e um importante processo de individualização e culpabilização dos sujeitos por sua situação de vida, gerando mais sofrimento.

Com a realidade potencializada no sistema capitalista e presente em nosso território, buscamos atuar enquanto NASF, com as equipes de forma integral no que tange ao sofrimento e produção de saúde mental. No caso de pessoas com sofrimento grave, buscamos compartilhar os casos com os CAPS e sempre que possível, atender juntos, promover PTS com usuários e acompanhar implicando a rede intra e intersetorial, com algumas reuniões sistemáticas, contando com CRAS, CREAS, Conselho Tutelar (como órgão de garantia de direito da criança e adolescente). Buscamos apoio também, enquanto prevenção e para desmistificar o papel do Conselho Tutelar e demais setores intra e intersetoriais, para assim, contemplar a saúde de forma integral.

Temos respectivos avanços e retrocessos nos processos que são dialéticos de nosso cotidiano de trabalho, contudo, não perdemos de vista a integralidade das ações. Como proposta, estamos trabalhando com equipe NASF, Referência e CAPS para atuarem mais com as ESFs e realizar reuniões na UBS com as equipes, contemplando o apoio matricial também, de saúde mental na Atenção Básica, potencializando ainda mais, articular a rede intra e intersetorial. Superando discursos de que se a pessoa está com sofrimento grave é caso de CAPS! Reforçando que não! É caso de todos nós! E precisamos planejar ações compartilhadas para estes, que não são casos isolados, mas também produto de um sofrimento que é social e portanto, responsabilidade geral. E eles têm direito à

liberdade de circular pelos territórios e desacomodar as práticas institucionalizadas.

O sofrimento-adoecimento é um importante analisador, pois quem sofre, consciente e/ou inconscientemente, resiste ao sistema social que produz adoecimento. Cabe a nós profissionais criar estratégias e instrumentos para monitorar as intervenções e avaliar para quem efetivamente atuamos, portanto, a importância da Clínica Ampliada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a Constituição de 1988 o estado brasileiro passa a ser um estado democrático, apresentando novos panoramas institucionais no que diz respeito aos cuidados com a saúde. Nesse sentido, houve a consolidação, em 1990, dos processos de reforma sanitária com novas ações dentro do campo da saúde e novas diretrizes nas políticas públicas.

Neste contexto, trabalhar com a gestão e atenção à saúde, pressupõe a necessidade de atuar com o dispositivo da Clínica Ampliada e todo o aparato de ferramentas que apresentamos para tornar os projetos em atos concretos “usados” em benefício da população usuária. E a Atenção Básica necessita desses dispositivos para ampliar seu escopo de atuação e portanto, resolutividade. Somos sujeitos em construção em um SUS em construção, para isto, a necessidade de inserir o espiral que implica movimento e multifacetadas de cada realidade e da própria realidade conjuntural de nosso país que reflete no cotidiano de vida das populações usuárias do SUS e portanto, da Atenção Básica.

Além disso, o vínculo já estabelecido com a ESF que o acompanha, por vezes, privilegia a relação de confiança do usuário com a equipe, facilitando a constituição de PTS que faça sentido e se concretize como práti-

ca assistencial que beneficie o usuário, possibilitando uma inserção digna aos serviços da rede, a partir da Atenção Básica que será a costura da Linha de Cuidado, ou seja, quem o acompanha longitudinalmente.

Dentre muitos desafios existentes no nosso cotidiano, como a falta de recursos que compromete a qualidade da saúde, outro a nosso favor é que a Clínica e a gestão sejam pensadas juntas. Entendendo que não só a medicina faz clínica, mas todos os profissionais de saúde a fazem, o desafio é o fazer junto, reconhecer os usuários enquanto sujeitos, partícipes no seu Projeto Terapêutico.

Neste contexto, as relações familiares e comunitárias no trabalho vivo em ato e no território vivo em uso contribuem para a produção de saúde. Há a necessidade de algumas ações com a comunidade, como a potência de grupos, que contribuem para isso, discutir o que produz saúde, a partir do seu conceito ampliado, abrangendo o acesso à alimentação, moradia digna, lazer, trabalho, renda educação, transporte, dentre outros, configurando-se nos determinantes para a saúde da população, por meio inclusive, do controle social. Assim como a garantia dos vínculos e relações sociais. Com isso, cria-se Linhas de Cuidados que podem ser coletivas e singulares, por meio de Projetos Terapêuticos.

O trabalho no NASF e ESF possibilita que trabalhe com as diferenças, conflitos, afetos e poderes dentro da equipe, contudo é na interação entre os diferentes sujeitos e saberes da equipe é que se poderá fazer a Clínica Ampliada, é um campo que possibilita um aprendizado coletivo. A partir da potencialização das tecnologias leves, com a constituição de Linhas de Cuidado convergentes, no desafiante cotidiano de trabalho, construir aberturas e formas

de tornar possível que a saúde seja efetiva-
da em seu conceito ampliado, com o com-
promisso das ESFs, NASFs, rede intra e in-
tersetorial, incluindo a população em todos
os processos de produção de saúde.

REFERÊNCIAS

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**. 2. ed. Brasília, DF, 2007. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família Brasília, DF, 2010**. 152 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica, 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 out. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 5 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF, 2014. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do método canguru: seguimento compartilhado entre a atenção hospitalar e a atenção básica**. Brasília, DF, 2015. 274 p.

CAMPOS, G. W. de S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G.W. de S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003a. p.52-67.

CAMPOS, G. W. de S. Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família. In: CAMPOS, G.W. de S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003b. p.68-72.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, 2003.

CHARQUEIRO, L. T. P. **Serviço social campeando a inserção da população do campo na atenção básica em saúde nos pampas**. 2016. 200 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - PUCRS, Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MEHRY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano - o debate no campo da saúde coletiva**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 161-198. (Saúde em debate, 155).

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. A integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MEHRY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano - o debate no campo da saúde coletiva**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 125-133. (Saúde em debate, 155).

MEHRY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. 9. ed. Rio de Janeiro: Record, 2006.