

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM GESTÃO E ATENÇÃO
HOSPITALAR NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

**OPERACIONALIZAÇÃO DA CLÍNICA AMPLIADA
COMO INSTRUMENTO MINIMIZADOR DO
CUIDADO AO USUÁRIO DE ACIDENTE
VASCULAR ENCEFÁLICO**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO
Modalidade Artigo Publicável**

Andreia Claro Tavares

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**

OPERACIONALIZAÇÃO DA CLÍNICA AMPLIADA COMO INSTRUMENTO MINIMIZADOR DO CUIDADO AO USUÁRIO DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Andreia Claro Tavares

Trabalho de conclusão - modalidade artigo publicável – apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Ênfase Crônico-Degenerativo.**

Orientadora: Enf^a Ms. Jucelaine Arend Birrer

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional
Integrada em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho de Conclusão – modalidade artigo publicável.

**OPERACIONALIZAÇÃO DA CLÍNICA AMPLIADA COMO
INSTRUMENTO MINIMIZADOR DO CUIDADO AO USUÁRIO DE
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

Elaborado por
Andreia Claro Tavares

Orientado por
Jucelaine Arend Birrer

como requisito parcial para obtenção do grau de
**ESPECIALISTA EM GESTÃO E ATENÇÃO HOSPITALAR NO
SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE, ÊNFASE CRÔNICO-
DEGENERATIVO**

COMISSÃO EXAMINADORA:

**Ms. Jucelaine Arend Birrer
(Presidente/Orientadora)**

**Mda. Miriam Perrando
(HUSM)**

**Drª Nildete Terezinha de Oliveira
(HUSM)**

Santa Maria, 21 de março de 2014.

OPERACIONALIZAÇÃO DA CLÍNICA AMPLIADA COMO INSTRUMENTO MINIMIZADOR DO CUIDADO AO USUÁRIO DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Operationalization of Extended Clinical as Minimizer Instrument of fragmentation of the care of users affected by stroke (CVA)

Andréia Claro Tavares¹, Jucelaine Arend Birrer², Aline Amaral dos Santos³, Ana Paula Flores Colpo⁴, Camila Pinno⁵, Fernanda Vianna Schmitt⁶

RESUMO

Introdução: O acidente vascular encefálico (AVE) pode ser definido como uma alteração súbita da função neurológica ocasionada por uma privação de fluxo sanguíneo em determinada área encefálica, impedindo o fornecimento de oxigênio (O₂) e glicose ao tecido, proporcionando danos ao mesmo. **Objetivo:** analisar a efetivação de medidas interventivas multiprofissionais dos dispositivos da clínica ampliada a usuários, acometidos por AVE na rede de atenção à saúde, em um município da região central do estado do Rio Grande do Sul/Brasil. **Método:** trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo documental, realizada através das Atas de trinta e nove (39) encontros de clínica ampliada de uma unidade hospitalar. **Resultado:** da análise dos documentos emergiram três categorias: gestão do cuidado, clínica ampliada e ensino/serviço. As medidas interventivas realizadas a partir dos encontros para discussão dos casos dos usuários de AVE por um grupo de residentes multiprofissionais demonstrou que os dispositivos da clínica para este agravo crônico precisam ser fortalecidos de forma a integrar a gestão da clínica contemplando as tecnologias leves, fomentando a interdisciplinaridade. **Conclusão:** este trabalho aponta para a necessidade urgente de reestruturação dos modos de fazer e pensar em saúde, passíveis de debate para a sociedade e suas instâncias competentes, desmistificando um modelo de produzir saúde ultrapassada e caótica.

Palavras-chave: Assistência integral à saúde. Gestão em Saúde. Comunicação interdisciplinar.

ABSTRACT

Introduction: The stroke (CVA) can be defined as a sudden neurological deficit caused by a deprivation of blood flow in certain brain area, preventing the oxygen (O₂) and glucose supply to the tissue, providing damage to it. **Objective:** to analyze the effectiveness of multidisciplinary interventional

measures of devices of extended clinical to users affected by stroke CVA in the health care attention network, in a city of the central region of Rio Grande do Sul/Brazil. **Method:** this is qualitative research conducted through the documentary sort of 39 minutes of meetings of a larger hospital clinic. **Result:** The analysis of the documents revealed three categories: health care management, extended clinical and teaching/service. The interventional measures from the meetings to discuss cases of users affected by stroke by a multidisciplinary group of residents showed that the devices of clinic for this chronic aggravation needs to be strengthened in order to integrate the clinical management contemplating light technologies, fostering the multidisciplinary. **Conclusion:** This study points to the urgent need for restructuring the ways of doing and thinking about health, subjects of debate for the society and its relevant bodies, demystifying a outdated and chaotic model of produce health. **Keywords:** Full health care. Health management. Interdisciplinary communication.

1 Assistente social, autora; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde - UFSM/HUSM.

2 Enfermeira, orientadora; Mestre em Administração pela Universidade Federal de Santa Maria; Tutora de Campo do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde.

3 Cirurgiã-dentista, autora; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde - UFSM/HUSM.

4 Terapeuta ocupacional, coautora; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde - UFSM/HUSM.

5 Enfermeira, coautora; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde - UFSM/HUSM.

6 Fisioterapeuta, coautora; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde - UFSM/HUSM.

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT) como o Acidente Vascular Encefálico (AVE) são as principais causas de óbitos no mundo e têm gerado altos índices no número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer. Além disso, os impactos socioeconômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravam as iniquidades no campo social (BRASIL, 2011).

De acordo com Serra e Rodrigues (2007), tais condições levam a crer que a ação integrada, de diferentes serviços e profissionais, ou seja, multidisciplinar e interdisciplinar dentro da rede de atenção a saúde de todos os níveis de complexidade denotam na continuidade do cuidado de forma organizada e racional, cujos dispositivos possam configurar na ampliação da clínica. Dentre estes dispositivos a linha de cuidado (LC) é um percurso assistencial com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos de acordo com suas necessidades, isto é, o itinerário que o usuário faz ao percorrer a rede de saúde onde permite a amplitude da clínica (CECÍLIO E MERHY, 2003).

Conforme Cecílio e Merhy (2003) a LC esta interligada à gestão e atenção em saúde, tendo como referência o conceito de integralidade, o modelo sistemático de ação e atenção à saúde. Dessa forma, atuar em respostas resolutivas aos portadores de DCNT em específico o AVE consiste na melhoria dos serviços de saúde.

Nesse contexto, o objetivo desse estudo é analisar a efetivação de medidas interventivas multiprofissionais dos dispositivos da clínica ampliada a usuários acometidos por acidente vascular encefálico AVE na rede de atenção à saúde, em um município da região central do estado do Rio Grande do Sul/Brasil.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter documental. A pesquisa qualitativa segundo Minayo (2010) se aplica ao estudo dos valores, opiniões, história e interpretações que os humanos fazem e constroem no seu cotidiano. A análise documental é um método utilizado para avaliar documentos originais

cujo objetivo é extrair deste documento informações, pois, ele o faz investigando, examinando, usando técnicas que proporcionem um melhor manuseio para análise das etapas e procedimentos.

A abordagem documental tem como preocupação principal o estudo e a análise eliminando qualquer influência do examinador, ou seja, respeita o conjunto das interações, acontecimentos, e comportamentos frente ao documento analisado caracterizado pelo debate não a priori (SÁ-SILVA, ALMEIDA, GUINDANI, 2009).

A coleta de dados foi realizada através da análise documental das Atas das reuniões de Clínica Ampliada (CA) de pacientes da neurologia, realizadas semanalmente em uma unidade de clínica médica, de um hospital universitário público da região central do estado do Rio Grande do Sul/Brasil.

Foi realizado um estudo criterioso dos encontros registrados em Ata, totalizando trinta e nove (39) Atas datadas no período de junho de 2012 a janeiro de 2014 minutadas e denominadas como Reunião de Clínica Ampliada. A análise dos dados coletados foi por meio da técnica de análise de conteúdo, com ênfase nas categorias não a priori.

O processo das reuniões ocorreu de forma gradual com a participação de vários residentes multiprofissionais de um programa de residência multiprofissional em saúde que tinham em comum o interesse de potencializar novas tecnologias e de produzir saúde no ambiente hospitalar, objetivando qualificar o cuidado e a relação dos profissionais de saúde, usuários e familiares (CAMPOS e AMARAL, 2007).

Este estudo foi desenvolvido por cinco residentes multiprofissionais dos núcleos de serviço social, cirurgião dentista, enfermagem, fisioterapia, e terapia ocupacional. Este estudo complementa as quatro demais pesquisas realizadas a partir do projeto matriz, intitulado "*O Caminho Percorrido na Rede de Atenção à saúde, em um município da região central do estado do Rio Grande do Sul/RS: A Realidade dos Usuários Pós-Acidente Vascular Encefálico*".

Esta pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino, número CAAE 22047313.8.0000.5346.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Três categorias emergiram a partir da análise dos registros das Atas de clínica ampliada e foi objeto de debate nas definições das categorias não a priori: gestão do cuidado, clínica ampliada, e ensino-serviço.

Gestão do Cuidado

Discorrer sobre gestão do cuidado é repensar esse estudo, sendo um processo organizado e sistemático do trabalho, tornando essencial refletir a sequência saúde doença, quanto aos seus determinantes e condicionantes, e principalmente, a intervenção em todo o sistema de produção de saúde, desde a promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação.

Dentre os dispositivos faz-se necessário o recorte dado pela política da integralidade do cuidado, linha de cuidado, clínica ampliada, plano terapêutico singular (PTS) que remete aprofundar cada vez mais o debate destes fundamentos teóricos, com os profissionais da saúde a fim de reforçar a importância de compreensão e organização da assistência à saúde. (MALTA, e MERHY, 2010).

Desse modo, a linha de cuidado passa a ser entendida no campo da gestão como a articulação de processos de intervenção nos determinantes sociais, em medidas de regulação e legislação, equacionando-se tecnologias, instrumentos, dentre outros, capazes de impactarem o processo saúde-doença do usuário. Para este estudo, a proposta foi identificar o percurso do usuário acometido por AVE a partir da construção de mecanismos da clínica ampliada conduzindo a equipe multiprofissional a problematizar as situações vivenciadas dentro do contexto hospitalar.

Identificou-se que os pacientes acometidos por AVE na sua totalidade dão entrada no pronto socorro do hospital, visto que, o motivo quase sempre é emergencial, ou seja, os sujeitos são surpreendidos por sinais e sintomas, como queda da própria altura, perda de força dos membros, perda da função cognitiva entre outros. Para Cecílio e Merhy (2003) mesmo diante da ampliação e aprimoramento da assistência a rede básica de serviços, as urgências/emergências hospitalares seguem sendo importantes portas de entrada da população no seu desejo de acessar o Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentro dessa ótica, o que se observou é a ineficiência do trabalho focado em objetivos comuns no contexto multiprofissional. Atender dia após dia, esta demanda constante, torna-se uma tarefa desgastante e de resultados sempre questionáveis, considerando como critério a avaliação dos impactos sobre a saúde do usuário (CASTRO, GASTÃO, 2014). As urgências e emergências seguem funcionando de forma centrada, na base da queixa-conduta, resultando em uma clínica reducionista e ineficaz, que, em princípio, aponta para tudo, menos para a integralidade deste usuário.

Associado a isso, destaca-se uma mudança radical no modelo de atenção à saúde que priorize o cuidado deste usuário fundamentado na conscientização dos meios de promoção e prevenção, da equipe multiprofissional com vistas a dimensionar o atendimento em torno do princípio da integralidade.

No entanto a importância da atenção primária de saúde, como condicionante de reduzir certos agravos crônicos à população, segundo o estudo, limita-se a verificação de pressão arterial, dispensação de medicação, aquisição de receitas médicas. Como efeito dessa fragmentação se engloba a não prescrição de exames simples para agilizar o diagnóstico, fator preponderante para o agravo das doenças como o AVE.

Para Campos (2005), os usuários parecem valorizar cada vez mais a organização de equipes de acolhimento nos serviços hospitalares, onde ainda acreditam que um espaço maior poderá lhes oferecer profissionais mais capacitados para o reconhecimento e encaminhamento de pacientes que necessitem de cuidados mais regulares e apropriados em outros serviços da rede.

Neste caso, o hospital é quem faria a referência/transferência para outros serviços, colocando em questionamento, a ideia do senso comum, de que a alta complexidade ainda remete ao pensamento de que é neste espaço que se encontra os melhores métodos de assistência a saúde (CECÍLIO e MERHY, 2003). Durante os dois anos de residência atuando com uma equipe multiprofissional na área de concentração crônico-degenerativo vislumbrou-se que a maioria das vezes é a superlotação nos hospitais que determina o desconforto agudo na população com doenças crônicas.

Portanto, verificou-se que os usuários acometidos por AVE, na sua maioria deram entrada pelas portas de emergência, mas antes deste atendimento percorreram um longo caminho dentro da rede de atenção, sem resultados efetivos. E diante da assistência hospitalar, ainda há, a triste possibilidade de o usuário necessitar, da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), devido a gravidade dos casos e não ter leito disponível, assim como, transferências para outros hospitais fora da cidade, que realizam cirurgias neurológicas, uma vez que, o hospital referido não comporta tais procedimentos devido a superlotação.

Dessa forma, a construção da rede integrada de saúde traz questionamentos sobre como estes serviços se relacionam e qual a comunicação estabelecida entre eles, bem como quais modelos de atenção e gestão estão sendo produzidos (BRASIL, 2009).

Investir na qualificação deste processo implica em envolvimento entre gestores, preceptores, docentes, e profissionais em geral da saúde nas redes de atenção visando mudanças de paradigma nos modelos assistenciais com vistas à construção de melhorias na estrutura gerencial desse processo.

Clínica Ampliada

A proposta da clínica ampliada é o fundamento essencial desse estudo tratando-se de uma ferramenta que os trabalhadores da saúde dispõem no seu dia-a-dia para diminuir a fragmentação e o reducionismo, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial existente destes saberes, ou seja, o diálogo da equipe multiprofissional.

As reuniões de clínica ampliada realizadas pelos residentes multiprofissionais que atuam na linha de cuidado da neurologia no hospital onde este estudo foi realizado teve sua origem pela necessidade de um espaço para as discussões dos casos dos usuários acometidos por AVE. Espaço este que não era oferecido, sendo as decisões centradas na figura do médico como idealizador da assistência.

Para alguns profissionais esta nova prática foi vivenciada com sofrimento, devido às dificuldades em estabelecer diálogo e troca de informações com o outro. Entende-se que esta nova lógica de discussão esteja

pautada num método inovador e que causa estranheza em alguns profissionais que estão imersos no contexto tradicional e reducionista (HAFNER, et. al, 2010).

Esta lacuna mostrou o quanto os serviços de saúde ainda precisam avançar em relação às tecnologias leves, fomentando discussões com um olhar ampliado. A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, Brasil (2009) propõe inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder.

Diante disso, ampliar e compartilhar a clínica significa construir processos de saúde nas relações entre serviços, usuários e familiares de forma conjunta, participativa e negociada (BRASIL, 2009). Enfatiza-se que este espaço proporcionado pelos residentes multiprofissionais para discussões e planejamento do cuidado aos usuários acometidos por AVE possa ser visto como um avanço tecnológico no campo da saúde numa perspectiva de intervenção humanística ampliando o grau de autonomia e o autocuidado, considerando as dimensões biológicas sociais, econômicas e culturais do sujeito (BRASIL, 2004).

Percebe-se que muitos profissionais da saúde ignoram princípios básicos agindo de maneira formal obedecendo a normas e rotinas rígidas fundamentadas num modelo ultrapassado e caótico. Costenaro e Lacerda (2001) trazem a importância não só do usuário como provedor da assistência principal, mas de seus familiares, considerando-os como coparticipante do processo de cuidar e também contribui para profissionais identificarem as situações nas quais ela necessita ser mais bem assessorada.

Dessa forma Jorge et al. (2011) corrobora esta ideia do ponto de vista da relevância da interação da equipe de saúde com o usuário, como uma estratégia de intervenção com foco no desenvolvimento de atitudes de ambos, no intuito dialógico, ou seja, de uma troca de saberes, fomentando a gestão do cuidado.

Com base nos princípios do SUS entende-se que este estudo faz alusão ao usuário frente à sua individualidade, interpretando que o evento que o

acometeu é delicado envolvendo uma estrutura que o transcende, podendo levar consequências tanto para si como para sua família.

Os elementos apresentados evidenciam que o SUS é um território em construção. A necessidade de encontrar novas maneiras de produzir saúde na rede de serviços públicos vem do reconhecimento de que os modelos atuais de ordenamento das práticas de gestão, atenção e educação perderam sua finalidade e orientação: a de cuidado integral, acolhedor, resolutivo, promotor de saúde e não de doença.

Entende-se que o campo da saúde não é privativo de nenhum núcleo profissional, pois a efetivação das ações se torna eficaz quando diversos atores participam do planejamento da assistência, isso envolve profissionais, usuários e família. Os hospitais públicos perpassam por diagnósticos de burocratização e rigidez na administração pública direta, sendo caracterizada como um dos principais agravantes do seu desempenho inadequado. Para isso, entende-se que é necessária a descentralização do poder, promovendo a corresponsabilização pelos resultados provenientes da gestão participativa.

Para Manfroi (2007), é tarefa e desafio de todos os atores envolvidos no campo da produção em saúde, refletir e enfrentar esta temática de modo crítico, na busca de um agir comprometido com a mudança dos modelos de gestão-atenção-educação em saúde, que (re) conduza os processos de produção de práticas ao eixo orientador que são os Princípios e Diretrizes do SUS.

Ensino-serviço

Pensar a articulação ensino-serviço nos espaços de ensino-aprendizagem tem sido um grande desafio aos diversos núcleos profissionais que compõem os programas de residência multiprofissional, assim como para as equipes dos serviços. Estas na sua maioria composta por um grupo etilizado, que acaba se fechando na rotina do cuidado e perdendo o foco da integralidade do cuidado.

Como residente do núcleo do serviço social percebe-se o quanto é fragmentado nas relações interinstitucionais e no distanciamento no

compartilhamento dos saberes, principalmente no que tange o campo teoria/prática. Merhy (2002) traz o enfoque na micropolítica dos processos de trabalho dos serviços e, nos saberes e práticas de profissionais e equipes, os nós críticos a serem desarticulados com a intenção de qualificar e implantar uma efetiva *linha de produção de cuidado*.

Corroborando, Albuquerque et al. (2008) o contexto ensino-serviço parte de um trabalho coletivo, pactuado e integrado de discentes, docentes e trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, com apoio dos gestores, a fim de fortalecer a qualidade da assistência à saúde dos sujeitos. Diante disso, Merhy (2002), quanto mais diversificado for o ato de cuidar, maiores possibilidades de compreender e atender as demandas contemporâneas de saúde.

Ao longo dos anos foram lançadas novas diretrizes e estratégias no âmbito das Políticas de Educação Permanente em Saúde no país como Colegiados de Gestão Regional (CGR), com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) reestruturando importantes medidas para que todas as ações indutoras de formação de recursos humanos para o SUS avançassem no que tange à integração ensino-serviço como condição de implantação e manutenção destas ações (BRASIL, 2007).

A análise realizada nas 39 reuniões de clínica ampliada, registradas em Ata dos usuários acometidos por AVE, analisadas entre junho de 2012 a janeiro de 2014, foi identificado que em apenas cinco destes encontros houve a presença do residente médico da clínica de neurologia, e não houve a participação em nenhum momento de profissionais do corpo assistencial do serviço, ou seja, da unidade onde o usuário estava internado. Da mesma forma, é importante enfatizar o pouco envolvimento dos preceptores dos residentes multiprofissionais, transformando as reuniões em vários momentos solitárias, com discussões superficiais.

Compreende-se que para a efetivação das linhas de cuidado é necessário um planejamento e fluxos e intervenções de profissionais e equipes, com foco no acolhimento, na orientação e na transferência do usuário para a rede de atenção, articulando os pontos de integração do sistema de saúde.

Apesar de todas as possibilidades existentes nos espaços de integração ensino-serviço identificadas nos dois anos como residente multiprofissional

identificou-se que as propostas e iniciativas de transformar este modelo tradicional em algo palpável e resolutivo são muito tênues. A burocratização do acesso aos recursos disponibilizados pelo SUS torna-se uma “viagem sem fim”, com banalização do cuidado, do sistema e principalmente do usuário.

Conforme Albuquerque et. al. (2008) existe um tratamento de certa forma cerimoniosa entre os envolvidos, no qual as críticas que tenham ao outro não encontram canais adequados de expressar as considerações positivas ou negativas nas discussões dos casos, tanto no dia a dia, quanto nas reuniões de clínica ampliada. Para o autor sem o diálogo necessário, limitam-se as possibilidades de um fazer diferenciado, que assumam concepções acerca do cuidado, dos processos e organização do trabalho, da gestão e da escuta do usuário. Complementando com Maturana e Varela (2001, p.14) “o conhecimento não se limita ao processo de informações oriundas de um mundo anterior à experiência do observador, o qual dele se apropria para fragmentá-lo e explorá-lo”.

Nesta perspectiva, observa-se no campo prático deste estudo a pouca interação do trabalho entre os profissionais residentes, preceptores, serviço e gestores acarretando desencontro nas informações e não continuidade dos planos terapêuticos. Associado a isso, ainda se tem as diversidades dos problemas estruturais, físicos e administrativos, desenvolvendo revolta e descontentamento das equipes de trabalho.

Estes conflitos na sua maioria estão relacionados a questões de disputa de poder, insegurança profissional, medo de mudanças, desatualização dos profissionais, manutenção do modelo biomédico, falta de empreendedorismo e autonomia profissional e, como coadjuvante a estes o processo uma gestão ineficaz (BIRRER, 2012).

A proposta dos encontros de clínica ampliada aos usuários acometidos por AVE internados na unidade de clínica médica contempla acionar os dispositivos da clínica, promover ações interdisciplinares e trabalhar em prol de mudanças do modelo atual. Na visão de Peduzzi (2001) a formação multiprofissional pressupõe compartilhar técnicas, mas, sobretudo um olhar ético das diferentes áreas profissionais.

Para Birrer (2012) o espaço onde os multiprofissionais deste estudo estão inseridos é regido por uma hierarquia conservadora, baseada em

padrões culturais, que delimitam a integração dos diversos atores desse processo. Para que se torne exequível esta proposta do ponto de vista de ações concretas, é necessário alterar padrões comportamentais e culturais, o que implica fomentar discussões constantes na perspectiva de despertar um pensamento crítico-reflexivo a respeito do modelo tradicional de fazer saúde.

Percebeu-se que os profissionais participantes das reuniões enfrentaram dificuldade para expressar suas opiniões e sair da sua zona de conforto. Para Castro e Campos (2014) isso pode ser explicado no sentido de que a mudança no âmbito do fazer diferente no campo da saúde é um meio de efetivar novas práticas de saúde; lembrando que para que isso se torne efetivo necessita de tutores habilitados com um arcabouço teórico e prático diferenciado, como base, a fim de romper com o paradigma ligado à identidade de cada profissional.

O espaço determinado para as discussões da clínica ampliada, os casos apresentados de usuários acometidos por AVE e seus familiares são reais, o que implica em intervenções também reais. Na percepção de Merhy (1998), o termo clínica está relacionado não somente às práticas médicas, mas à atuação de todas as profissões que estão envolvidas no dia-a-dia com o diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária.

A proposta dos multiprofissionais integrantes deste estudo se sustenta no contexto da política de humanização das práticas em saúde, a qual reforça esta atuação quando lançam a possibilidade de retomar o papel central do sujeito enfermo dentro das práticas terapêuticas do sistema de saúde, e dos trabalhadores como protagonistas que têm como responsabilidade operar no sistema, mediando relações e construindo práticas que estimulem a participação ativa no contexto saúde-doença (MERHY, 1998; e MATTOS, 2003).

Neste sentido, a manutenção dos dispositivos da clínica ampliada para os usuários acometidos por AVE no contexto desse estudo é indispensável por tratar-se de uma nova concepção de atenção, que passa a ser objeto de discussão nos serviços e no meio acadêmico, propondo reestruturação das práticas de produção de saúde, momento este iniciado com a inserção e atuação da residência multiprofissional nos espaços de produção em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para Morin (1983, p.31) “um tipo de pensamento que separa o objeto do seu meio, separa o físico do biológico, separa o biológico do humano, separa as categorias, as disciplinas, etc. A alternativa à disjunção é a redução...”.

Considerando o objetivo de este estudo analisar a efetivação de medidas interventivas multiprofissionais dos dispositivos da clínica ampliada a usuários acometidos por AVE na rede de atenção à saúde, em um município da região central do estado do Rio Grande do Sul/Brasil; entende-se que a análise das reuniões de clínica ampliada possui a possibilidade de se institucionalizar na instituição de saúde; desde que o compartilhamento, a responsabilização, e educação em serviço e em saúde sejam prioridades dos gestores da instituição e dos serviços.

Para isso, a fomentação de mudanças de comportamento numa perspectiva ampliada e de inovação tecnológica por parte das equipes de trabalho compõe um determinante neste processo. Considerando que a instituição hospitalar não é um sistema fechado, que funciona isolado do ambiente, pelo contrário trata-se de um sistema que sofre influências, em diferentes graus e tipos, de vários outros sistemas, principalmente no âmbito das relações humanas, faz-se necessárias discussões frequentes e uma política institucional que priorize novas tecnologias de saúde.

A atuação da residência multiprofissional regida pelo modelo pedagógico do programa proporciona a criação dessas novas tecnologias, excitando um pensamento crítico dos profissionais e equipes de saúde; de novos fazeres, novas práticas, por teorias, conceitos, por visões de mundo, por projetos ético-políticos que delimitam como pensamos o Estado, a cidadania, os direitos sociais, sua tradução em políticas públicas e sua efetiva operacionalização (CECÍLIO, 2012).

A partir da análise documental das reuniões de clínica ampliada, emergiram discussões a respeito das fragilidades em relação ao planejamento do cuidado. O estudo identificou a não otimização do espaço, do tempo e dos recursos disponíveis para esta atividade, devido a fatores de gerenciamento da proposta de trabalho.

Esta situação deixa clara a disputa entre as diversas corporações, na busca de autonomia própria veiculada por cada núcleo profissional, no entanto esta disputa compromete os processos de trabalho intensificando uma reprodução do assistencialismo. Identificou-se que o poder no núcleo médico ainda assume uma posição hegemônica, produzindo uma expressão de ordem na tomada de decisões. Fatores relacionados à discussão paralela da idealização do cuidado, a não adesão do profissional médico e dos profissionais do serviço, são componentes que bloqueiam um planejamento sistemático, ocasionando perdas de informações e decisões tomadas, no entanto, não executadas.

A sistematização do processo entre os envolvidos promoveria a riqueza das dinâmicas de trabalho visando à transformação do cuidado ao indivíduo acometido por AVE assegurando o atendimento humanizado e integral e, a satisfação destes com o serviço. Essa integração pressupõe instituir espaços de encontros e de trocas que fortaleçam a articulação da ação e integração entre os diversos núcleos profissionais.

Mesmo que pareçam utopia as considerações acima, têm-se conhecimento que a proposta de clínica ampliada já foi institucionalizada dentro desta mesma instituição e com resultados satisfatórios em duas clínicas de cirurgia, promovido pela equipe de residentes multiprofissionais, fomentando um espaço de conversação e discussão do plano terapêutico do paciente conduzindo-os à produção de educação em saúde e em serviço.

O desafio de integrar o campo interdisciplinar ainda é longo e tortuoso, no sentido que muito se tem a realizar no campo da gestão do cuidado, uma vez que, sabe-se que muitos profissionais são resistentes às relações de troca, posto que, ainda há o preconceito de não aceitar a interdisciplinaridade por considerar que o modelo biomédico é o responsável pelo cuidado integral deste indivíduo, o que na verdade é uma grande utopia.

Desse modo a proposta de estar explorando o contexto da clínica ampliada dos usuários de AVE possibilitou reflexão, avanços e, identificou limites, para invenção de possibilidades, uma problemática crônica tanto quanto a do próprio agravo do AVE.

- O grupo de residentes integrantes deste estudo identifica a necessidade de se qualificarem as relações entre usuários, trabalhadores e gestores

da saúde, especialmente quando as relações interpessoais encontram-se distantes de alguns profissionais, por parecer um ato dispensável. Portanto, deixa-se como sugestões para continuidade desta proposta:

- Envolvimento dos três níveis de atenção - primária secundária e terciária-, promovendo integração e acompanhamento das ações gerenciais e assistenciais;
- Gestão mais horizontalizada, a qual possa fomentar o processo de comunicação lateral entre as diversas gerências, promovendo uma maior autonomia nas decisões do cuidado;
- Unidades de produção, obedecendo à lógica de trabalho de cada unidade;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, V. S. et.al. **A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde.** Revista Brasileira de Educação, 2008.

BIRRER, J. A. **Resiliência e aprendizagem: um olhar sobre o comportamento de multiprofissionais da saúde.** Dissertação de Mestrado, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011.** Brasília, 2011.

BRASIL, Secretaria- Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HUMANIZASUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde.** Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de Agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.** Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica Ampliada e Compartilhada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos.** 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M, A. **A Clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital.** Ciênc. Saúde Coletiva, 2007.

CECILIO, L. C. O. **Escolhas para Inovarmos na Produção do Cuidado, das Práticas e do Conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”?** Saúde Soc.; v.21, n.2, p.280-289, 2012.

CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2003.

COSTENARO, R. G. S.; LACERDA, M. R. **Quem cuida de Quem Cuida? Quem Cuida do Cuidador?** Revista de Enfermagem da UFSM, 2001.

HAFNER, M. L. M. B. et. al. **A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira.** Ciência & Saúde Coletiva; v. 15, p. 1715 - 1724, 2010.

JORGE, M. S. B. et. al. **Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia.** Ciência & Saúde Coletiva; v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. **O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis.** Rev. Interface; v.14, n. 34, 2010.

MANFROI, E. M. **Cartografia da Intervenção de uma rede de acolhimento, cuidado, e integralidade em saúde.** Dissertação de mestrado, Univ. do Vale dos Sinos, 2007.

MATTOS R. A. **Integralidade e formulação de políticas específicas de Saúde.** In: Pinheiro, R.; Mattos, RA. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2003.

MATURANA, H. R; VARELA, F. **A árvore do conhecimento. As bases biológicas da compreensão humana.** São Paulo, SP: Palas Athena, p. 14, 2001.

MERHY, E. E. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público; A Perda da Dimensão Cuidadora na Produção da Saúde uma Discussão do Modelo Assistencial e da Intervenção no seu modo de Trabalhar a Assistência.** Ed. Xamã; São Paulo, 1998.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo, SP: Hucitec; 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2010.

MORIN, E. **O problema epistemológico da complexidade.** Portugal: Publicações Europa-América, p. 31, 1983.

PEDUZZI, M. **Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia.** Rev. Saúde Pública, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas.** Revista Brasileira de História & Ciências Sociais; n. 1, 2009.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. **A avaliação da referência e contra-referência no Programa de Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro.** Ciência & Saúde Coletiva, 2007.