

DA CLÍNICA TRADICIONAL À AMPLIADA: REFLEXÕES SOBRE PODER, DESIGUALDADE E POLÍTICAS MACROECONÔMICAS NA SAÚDE

Data de submissão: 18/03/2024

Data de aceite: 02/05/2024

Thaís Demartini

Universidade do Vale do Itajaí, Acadêmica
do Curso de Medicina
Itajaí, SC
<http://lattes.cnpq.br/0239443881412270>

Heloise dos Santos

Universidade do Vale do Itajaí, Acadêmica
do Curso de Medicina
Itajaí, SC
<http://lattes.cnpq.br/7038182120709024>

Maria Paula Cunha Manfro

Universidade do Vale do Itajaí, Acadêmica
do Curso de Medicina
Itajaí, SC
<http://lattes.cnpq.br/0638829348477001>

Caroline Cruz Oliveira

Universidade do Vale do Itajaí, Acadêmica
do Curso de Medicina
Itajaí, SC
<http://lattes.cnpq.br/4092285432736430>

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima

Universidade do Vale do Itajaí, Docente
e pesquisadora da Escola de Ciências da
Saúde
Itajaí, SC
<http://lattes.cnpq.br/5256945243349535>

RESUMO: O ensaio discute e analisa as duas abordagens clínicas utilizadas na atenção médica da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde, a Clínica tradicional e a Clínica ampliada, utilizando como inspiração o artigo intitulado “Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito”, de autoria de Rubens Bedrikow e Gastão Wagner de Sousa Campos (2011). Através de um olhar crítico para as condições sociais, apoiando-se no contexto histórico, político e econômico investigou-se as potencialidades e fragilidades dos dois modelos da prática clínica. Por intermédio dessa análise, se expôs a necessidade de uma perspectiva que se sobreponha à visão positivista simplista no campo da medicina, reconhecendo a importância de considerar aspectos mais amplos do paciente. Apesar dos méritos da abordagem tradicional em centros intensivos de alta complexidade do Sistema Único, ela não é suficiente para atender às necessidades sociais de saúde de usuários. Diante de tal limitação, a Política Nacional de Humanização, instituída em 2004, apresenta a Clínica ampliada como abordagem que não prescinde da experiência de adoecimento e do contexto histórico em que essa experiência se situa. O ensaio reflete, ainda, sobre a

estreita ligação entre as políticas macroeconômicas e os modelos de prestação de cuidados de saúde na Atenção Básica. À medida que essas questões são exploradas, emerge um desafio: como podemos equilibrar a tradição e a inovação, a autoridade e a autonomia, a justiça e a diversidade na busca de uma atenção médica na Atenção Básica que atenda as necessidades sociais de saúde dos usuários com o cuidado de não medicalizar toda e qualquer questão social que se apresente?

PALAVRAS-CHAVE: Clínica Médica; Medicalização; Relações Médico-Paciente; Atenção Básica.

FROM TRADITIONAL TO EXPANDED CLINIC: REFLECTIONS ON POWER, INEQUALITY AND MACROECONOMIC POLICIES IN HEALTH

ABSTRACT: The essay discusses and analyzes the two clinical approaches used in primary health care in the Unified Health System, the traditional Clinic and the expanded Clinic, using as inspiration the article entitled “Clinic: the art of balancing the disease and the subject”, by Rubens Bedrikow and Gastão Wagner de Sousa Campos (2011). Through a critical look at social conditions, based on the historical, political and economic context, the potential and weaknesses of the two models of clinical practice were investigated. Through this analysis, the need for a perspective that overrides the simplistic positivist view in the field of medicine was exposed, recognizing the importance of considering broader aspects of the patient. Despite the merits of the traditional approach in high-complexity intensive care centers of the Unified Health System, it is not sufficient to meet the social health needs of users. Faced with this limitation, the National Humanization Policy, instituted in 2004, presents the extended Clinic as an approach that does not disregard the experience of illness and the historical context in which this experience is situated. The essay also reflects on the close link between macroeconomic policies and models of health care provision in Primary Care. As these issues are explored, a challenge emerges: how can we balance tradition and innovation, authority and autonomy, justice and diversity in the search for medical care in Primary Care that meets the social health needs of users while taking care not to medicalize any and all social issues that arise?

Keywords: Traditional Clinic; Expanded Clinic; Doctor-Patient Relationship.

INTRODUÇÃO

SOBRE A CLÍNICA TRADICIONAL

O ensaio é um produto da iniciativa empreendida por acadêmicas da segunda fase do Curso de Graduação em Medicina, da Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, SC, no contexto da disciplina de Humanidades II, com o propósito de promover uma reflexão acerca dos atuais modelos de clínica médica da Atenção Básica (AB) do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo fundamental consiste em uma análise crítica, a partir da perspectiva das discentes inseridas no ciclo básico, das potencialidades e fragilidades envolvidas na Clínica Tradicional, bem como na Clínica Ampliada. O presente texto fundamenta-se

essencialmente no artigo “Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito”, de autoria de Rubens Bedrikow e Gastão Wagner de Sousa Campos (2011), que é adotado como ponto central para as discussões, sendo respaldado também por outras obras a fim de sustentar nossa abordagem.

A Clínica tradicional ocupou um importante papel no início do fazer médico. Antes dela não havia explicações racionais para o aparecimento de enfermidades e tudo era visto como castigo divino. Assim, a implementação dessa primeira forma de clínica serviu como uma evolução do pensamento da época, permitindo que o médico investigasse, a partir dos princípios da ciência, a causa biológica do aparecimento das doenças. Porém, com o contínuo desenvolvimento da sociedade, fez-se necessário um aprimoramento que contribuísse de forma mais eficaz para o tratamento das pessoas que buscavam atenção médica. Por isso, a Clínica tradicional precisou evoluir para outra maneira que contemplasse o usuário em sua totalidade e não mais um atendimento restrito e limitado, como pode ser percebido através de um olhar atento para o próprio significado da palavra Clínica que “designa a prática da medicina à beira do leito” (Bedrikow; Campos, 2011, p.1). Mas, a grande questão não se encontra apenas e unicamente no leito (ou na doença), e sim no indivíduo por completo. Assim, há uma convergência entre o significado de leito e de enfermidade, desvinculando a pessoa que procura ajuda de sua própria condição de ser, como se o paciente e toda sua complexidade desaparecesse, deixando a doença guiar o processo de fazer medicina.

Isso sinalizado, fica evidente que a Clínica tradicional é incompleta no sentido de apoiar-se substancialmente no empirismo da patologia do que no fato de que não há paciente fora das relações sociais, de sua historicidade, de seu contexto de vida. Por isso, questões sociais, de classe, trabalhista, e até mesmo a própria condição de ser, são irrelevantes diante de uma anamnese a partir da Clínica tradicional, preocupada primordialmente em tratar, ao invés de cuidar. A doença acaba por ocupar o papel principal durante a consulta, havendo uma maior preocupação com a enfermidade do que com a vida. Isto posto, pode-se dizer que ainda há médicos atualmente que, ao privilegiarem a Clínica tradicional, reduzem o significado da doença e conseqüentemente a importância da dor do paciente, implementando, assim, o imediatismo durante o atendimento. Esta questão pode ser analisada durante um curto momento de conversa entre médico e paciente: há algumas perguntas que não ocupam mais de cinco minutos, uma tríade de exames físicos e após quinze minutos de consulta o paciente sai do consultório com uma receita de remédios irreconhecíveis, esperançoso de curar-se dos males, porém a determinação do problema sequer é analisada. Com isso, pode-se dizer que a primeira razão para escolher utilizar a Clínica tradicional se deve ao comportamento de alguns médicos que criam uma distância entre eles próprios e os pacientes.

No entanto, é importante ressaltar que a Clínica tradicional, em alguns casos, ainda se faz necessária. O baixo contingente de médicos para atender um número expressivo de pessoas em certos locais, principalmente em estados distantes dos principais centros do país, não deixa outra escolha aos profissionais a não ser realizar atendimentos rápidos que, muitas vezes, não são eficazes a longo prazo e fornecem apenas uma cura momentânea. Porém, diante do sofrimento do indivíduo, a escolha por tratar a doença mesmo que por um curto período ainda é uma alternativa melhor do que não tratar a doença de maneira nenhuma. Com isso, pode-se perceber que, em muitos casos, a aplicabilidade da Clínica tradicional é devido a uma falha na organização e na operacionalização da AB, que tenta garantir as ações que lhes cabe mesmo com poucos médicos atendendo em áreas mais isoladas.

Quando se mergulha na análise da influência da medicina tradicional nas estruturas de poder e desigualdades no acesso à saúde, se é confrontado com questões complexas que moldam a compreensão da medicina contemporânea. Nessa produção textual, intenciona-se examinar como a relação médico-paciente e a disparidade no acesso à atenção médica estão profundamente enraizadas na prática da medicina tradicional.

A medicina tradicional frequentemente estabelece uma relação hierárquica entre médicos e pacientes. Nesse contexto, os médicos são detentores do conhecimento e da autoridade, enquanto os pacientes se veem submissos às decisões médicas. Esta hierarquia pode limitar a comunicação aberta e a participação ativa dos pacientes no processo de cuidado em saúde. As complexidades da terminologia médica frequentemente obstruem o entendimento dos pacientes, criando uma disparidade de poder na relação. O paciente, em geral, carece do conhecimento necessário para tomar decisões informadas sobre seu tratamento, reforçando assim a posição dominante do médico.

A disparidade no acesso à medicina tradicional também está intrinsecamente ligada a fatores socioeconômicos. Pessoas com recursos financeiros limitados enfrentam obstáculos consideráveis na obtenção de cuidados médicos clínicos tradicionais devido ao alto custo dos procedimentos e consultas. Enquanto isso, aqueles com maior capacidade financeira podem usufruir de tratamentos de alta qualidade, muitas vezes com atendimento imediato. O SUS, apesar de ser uma tentativa de mitigar essa desigualdade, frequentemente não consegue suprir a demanda em um prazo adequado, o que perpetua a discrepância no acesso à saúde com base na condição financeira.

Além disso, é importante salientar que, ao longo da história, grupos marginalizados, como grupos étnicos e indivíduos de baixa renda, têm enfrentado obstáculos significativos no que tange ao acesso à medicina tradicional, uma vez que esses têm sido afetados por preconceitos arraigados na sociedade e estereótipos que remontam a períodos históricos longínquos. Esses preconceitos, que permeiam tanto a esfera social quanto a médica, têm como consequência a manutenção de desigualdades persistentes de saúde entre distintos estratos sociais. Historicamente, essas disparidades têm raízes profundas da colonização na segregação racial, discriminação econômica e injustiças estruturais que moldaram os

sistemas de cuidados de saúde em muitas sociedades. Tal realidade, portanto, desencadeia um ciclo pernicioso no qual a medicina tradicional, por um lado, reflete as desigualdades sociais e, por outro lado, as perpetua. Conseqüentemente, essa perpetuação resulta em uma notável restrição no acesso aos cuidados médicos para determinados grupos.

Outrossim, uma característica marcante da medicina tradicional é seu foco na cura de doenças já existentes, em detrimento da prevenção e promoção da saúde. Essa abordagem reativa pode ser prejudicial para aqueles que não têm acesso regular a serviços de saúde, já que a detecção precoce e a prevenção de doenças são muitas vezes negligenciadas.

Em resumo, o papel da medicina tradicional na perpetuação de hierarquias de poder e desigualdades no acesso à saúde é uma questão complexa e multifacetada. Isso exige uma análise aprofundada de questões filosóficas e políticas que moldam a natureza da medicina, o poder médico e a justiça social. Por isso, “avançar, evoluir, progredir” significam, também, questionar e reavaliar essas estruturas em busca de uma atenção médica mais equitativa e inclusiva.

À medida que se analisa a medicina tradicional e suas implicações nas hierarquias de poder e no acesso desigual à saúde, somos confrontados com questões de ordem filosófica que transcendem os limites da prática clínica. A medicina tradicional, arraigada em sistemas de conhecimento e cosmovisões específicas, cria um paradigma ontológico que não apenas molda a abordagem médica, mas também estabelece as bases para a perpetuação de poder e desigualdade.

Ao argumentar, utilizando a fundamentação ontológica da medicina tradicional, essa muitas vezes se baseia em sistemas de conhecimento enraizados em culturas e tradições específicas, com um viés altamente norte americano e eurocêntrico. Esses sistemas podem ser percebidos como representantes da diversidade ontológica, onde diferentes cosmovisões humanas dão origem a diferentes práticas médicas. No entanto, a imposição de sistemas médicos dominantes pode ser vista como uma tentativa de controlar essa diversidade e impor uma visão única de realidade, consolidando o poder nas mãos daqueles que detêm o conhecimento médico convencional. Tal fato pode ser exemplificado pelo desdém do corpo médico positivista com práticas alternativas de medicina, como acupuntura, aromaterapia, homeopatia e técnicas da medicina tradicional chinesa.

Relacionando o tema à ética médica e à autonomia, a medicina tradicional estabelece uma estrutura hierárquica na qual o médico assume o papel de detentor do conhecimento, enquanto o paciente, na maioria das vezes, desempenha um papel passivo no processo de tratamento. Isso suscita preocupações profundas sobre o respeito à autonomia do Outro de si e o direito à livre escolha. A dinâmica de poder na relação médico-paciente pode ser interpretada como uma questão de agência pessoal, na qual a medicina tradicional pode prejudicar a capacidade do paciente de tomar decisões bem-informadas em relação à sua própria saúde.

A análise filosófica da medicina tradicional nos leva além dos limites da clínica tradicional. Ela nos desafia a repensar as estruturas de poder e autoridade, a explorar a diversidade ontológica na prática médica e a garantir que a ética médica seja exercitada; no mínimo, que os princípios beneficência e respeito à autonomia sejam confrontados em tomadas de decisão médica (Beauchamp; Childress, 2002). Além disso, a análise filosófica encoraja a examinar as implicações sociais e políticas da medicina tradicional e a buscar justiça social na saúde.

Para finalizar a argumentação sobre a clínica tradicional, é necessário trazer sua relação com a corrente de pensamento positivista. O positivismo, desenvolvido por Auguste Comte, é uma corrente filosófica que defende o conhecimento baseado apenas “em dados observáveis e mensuráveis”, rejeitando especulações metafísicas (Campos; Aguiar; Belisário, 2012, p. 886). Na prática clínica, essa abordagem se traduz em uma ênfase na objetividade e na quantificação dos fenômenos de saúde e doença. Assim a clínica tradicional, fortemente influenciada por tal paradigma, busca explicar fenômenos de saúde e doença por meio de modelos lineares e generalizados, priorizando a tecnicidade e a replicabilidade dos resultados. Nessa abordagem, a doença é frequentemente concebida como uma entidade isolada, desvinculada até mesmo do seu próprio sujeito, de seu contexto, de sua historicidade.

De acordo com o positivismo, o conhecimento válido é aquele baseado na observação empírica e na mensuração quantitativa, o que pode levar à simplificação e à padronização das experiências de saúde e doença. A subjetividade do paciente é desconsiderada, e o foco recai principalmente nos aspectos biológicos e fisiológicos da doença, negligenciando-se as dimensões emocionais, psicológicas e histórico-sociais (Campos; Aguiar; Belisário, 2012).

Uma das críticas fundamentais à abordagem positivista na clínica é sua tendência a reduzir a complexidade das experiências humanas a modelos simplificados e universais, ignorando a diversidade de trajetórias individuais e contextos socioculturais. Ao se concentrar apenas nos aspectos biológicos da doença, a clínica tradicional muitas vezes falha em reconhecer a interação dinâmica entre o contexto da experiência e as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais na determinação da doença.

A reflexão sobre essa falha traz à tona uma questão etimológica referente à língua universal da ciência – a inglesa. No inglês, existem três expressões para definir um processo de: “*disease (a doença tal como ela é apreendida pelo conhecimento médico), illness (a doença como é experimentada pelo doente) e sickness, (um estado muito menos grave e mais incerto que o precedente [...] de maneira mais geral, o mal-estar)*” (Laplantine, 1991, p.16-17). Sobre isso, imagina-se um médico que, ao diagnosticar um paciente com diabetes, se concentra apenas nos aspectos fisiopatológicos da doença, ignorando completamente a experiência pessoal e emocional do paciente. Esse cenário é um reflexo dessa abordagem tradicional da medicina, que busca explicar fenômenos de doença por meio de modelos objetivos e quantificáveis, negando a complexidade das experiências individuais. Nesse

sentido, pouco se discute durante a terapêutica o contexto da experiência do adoecimento, o sofrimento que nele subjaz. Assim, ao ignorar a “illness” e “sickness”, que incorporam a experiência subjetiva e o mal-estar geral do paciente, o médico pode perder de vista a dimensão social que influencia o curso da doença e a recuperação do paciente. Por exemplo, para esse paciente com diabetes, questões como acesso a alimentos saudáveis, moradia estável, suporte familiar, acesso aos medicamentos, tipo de temperamento e apoio psicológico para enfrentar o diagnóstico desempenham um papel significativo na gestão da doença.

Na jornada da medicina, cada paciente carrega consigo não apenas sintomas físicos, mas também uma narrativa única de sua existência. O diagnóstico de uma condição como o diabetes não deve ser visto apenas como uma informação clínica, mas sim como um ponto de inflexão na história de vida de alguém. É nesse momento que a medicina transcende seu papel puramente técnico e se torna uma ciência social.

Ao receber um diagnóstico de diabetes, um paciente pode se sentir como se estivesse perdendo o controle sobre sua própria vida. A incerteza do futuro, a necessidade de mudanças na sua rotina diária e o medo do desconhecido podem abalar profundamente a sua identidade e autoestima. Nesse momento de vulnerabilidade existencial, é essencial que não se ofereça apenas tratamento, mas também uma escuta atenta e solidária. É essencial afetar-se pelo paciente. A verdadeira arte da clínica reside na capacidade de enxergar além dos sintomas físicos, na habilidade de ouvir as histórias não contadas e nos silêncios carregados de significado. Cada paciente é um universo de experiências, valores e desejos únicos, e é, ou deveria ser, responsabilidade dos médicos honrar essa individualidade e apoiá-los na sua jornada de cura e no seu processo de autodescoberta.

Portanto, a Clínica tradicional tem seu valor na alta complexidade do SUS, sobretudo, em unidades de terapia intensiva, em que o risco de morte exige deliberações rápidas. A seguir, discute-se o conceito de Clínica ampliada, os benefícios incorporados ao meio médico-científico, bem como a relação médico-paciente e os impactos sociais decorrentes dessa abordagem.

SOBRE A CLÍNICA AMPLIADA

A Clínica ampliada emergiu como uma resposta à necessidade de humanizar a atenção médica e a própria Atenção Básica, em um cenário de domínio cultural da clínica tradicional (Brasil, 2009). O reconhecimento de que as necessidades de saúde são seu objeto é um de seus princípios mais importantes. Esta evolução na prática clínica – do empirismo da doença às necessidades de saúde do portador da doença – oferece uma plataforma para a discussão dos benefícios incorporados ao meio médico-científico e dos impactos que ela acarreta, representando uma transição, da Clínica tradicional para a Clínica ampliada, crucial na jornada da medicina contemporânea.

O artigo “Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito”, de autoria de Rubens Bedrikow e Gastão Wagner de Sousa Campos (2011), apresenta o conceito de “clínica” e estabelece uma reflexão sobre a divergência de princípios entre a abordagem tradicional e a ampliada no campo da medicina, considerando questões sociais e políticas que influenciam a prática médica. Enquanto a Clínica tradicional se concentra principalmente nos aspectos biomédicos, a ampliada busca abranger a dimensão ético-política e a subjetividade de cada paciente, respeitando a singularidade de cada caso.

De acordo com a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004), lócus da gênese da Clínica ampliada, essa abordagem tem como objetivo promover a autonomia do usuário dos serviços de saúde, bem como de suas famílias e comunidades, conforme citação a seguir: “[...] 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” (Brasil, 2010). Clínica ampliada é uma clínica dialógica, acolhedora, contextualizada, histórica, mais resolutiva, em âmbito longitudinal (Brasil, 2009).

A proposta de autonomia na Clínica ampliada representa um modelo em constante evolução no âmbito médico e social. Isso envolve a capacidade dos profissionais de saúde em praticar uma escuta ativa dos pacientes, reconhecendo que indivíduos e coletividades têm o direito de fazer escolhas relacionadas às suas condições de vida, priorizando a participação ativa e a possibilidade de diferentes opções de cuidado de acordo com as necessidades do paciente.

Diante disso, é possível fazer uma reflexão do modo como as políticas macroeconômicas podem comprometer a prática da Clínica ampliada. De início, é importante destacar que tais políticas englobam uma série de estratégias e medidas adotadas pelo governo para influenciar a economia em grande escala, visando metas como o controle da inflação e a redução do desemprego (Sicsú; Castelar, 2009).

As políticas macroeconômicas podem ser classificadas em três categorias principais, entre elas a política monetária, a fiscal e a cambial (Sicsú; Castelar, 2009).

A política monetária, que engloba a regulação da massa monetária em circulação e das taxas de juros, exerce uma influência direta sobre o poder aquisitivo da sociedade. A manutenção da estabilidade de preços desempenha um papel essencial na garantia do acesso a bens de necessidade primordial e, por conseguinte, na preservação da saúde dos indivíduos. A título ilustrativo, o recrudescimento da inflação pode diminuir drasticamente o poder de compra e afetar a aquisição de produtos alimentares e itens de higiene pessoal, tendo como desdobramento possíveis implicações na saúde, como complicações decorrentes da falta de asseio pessoal. A título de exemplo, cáries e infecções em diversas partes do corpo.

No âmbito da política fiscal, que abrange as despesas governamentais e a tributação, também se delinea um papel de relevância no contexto da saúde pública. A limitação de recursos destinados ao sistema de transporte público pode impedir o acesso aos serviços de saúde, gerando impedimentos ao exercício do direito inalienável de locomoção. Paralelamente, a escassez de aportes financeiros na área da saúde pode prejudicar a qualidade dos serviços oferecidos, acarretando insatisfação na comunidade e interferindo na oferta de postos de trabalho dentro do setor.

A política cambial, por fim, possui a capacidade de impactar a segurança econômica, o poder de compra e a disponibilidade de produtos no país. A preferência de empresários por exportar em detrimento do abastecimento do mercado interno pode ocasionar insegurança alimentar e afetar a saúde física dos indivíduos, ocasionando alterações nos dados antropométricos (estatura e peso) de uma parcela da população por exemplo (Moraes *et al.*, 2014), e a saúde mental da população, podendo causar ansiedade e depressão em alguns indivíduos.

Consequentemente, políticas macroeconômicas deficientemente elaboradas podem prejudicar a implementação da Clínica ampliada ao impactar de modo direto a disponibilidade de serviços de saúde de excelência, o acesso a eles e o bem-estar dos cidadãos.

Ademais, faz-se pertinente a reflexão de como as políticas macroeconômicas bem estruturadas podem contribuir para o desenvolvimento de uma atenção médica humanista e, com efeito, uma AB mais justa.

Uma macroeconomia bem estruturada desempenha um papel central na instituição de um SUS mais equitativo e humanista, além de investir nas demais esferas sociais, como educação e segurança, que tem relação direta com as necessidades de saúde do usuário. Isso ocorre através de uma série de mecanismos interconectados que afetam a disponibilidade, a acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde.

Primordialmente, uma macroeconomia estável permite que o governo aloque recursos adequados para o setor de saúde. Isto compreende investimentos em infraestrutura médica, aquisição de equipamentos, edificação de hospitais e clínicas em áreas de cuidado e capacitação de profissionais de saúde. Tais investimentos asseguram que a infraestrutura de saúde seja capaz de satisfazer as necessidades da população, melhorando a experiência do paciente e possibilitando que este seja tratado de forma mais humana e integral.

A estabilidade de preços desempenha um papel crucial na gestão financeira das clínicas e hospitais, garantindo que os custos operacionais não aumentem de forma descontrolada. Além disso, a estabilidade de preços confere segurança financeira aos indivíduos, permitindo-lhes adquirir itens essenciais, como alimentos, bens duráveis e investir em lazer, contribuindo para a saúde mental.

A geração de empregos representa outro benefício das políticas macroeconômicas bem estruturadas. A criação de oportunidades de emprego melhora a qualidade de vida das pessoas, fornecendo uma fonte regular de renda para atender às necessidades básicas, como alimentação e moradia. Isso contribui para a estabilidade financeira, reduzindo o estresse financeiro e, consequentemente, a incidência de doenças como a depressão.

Em síntese, políticas macroeconômicas bem estruturadas podem disponibilizar recursos apropriados para o sistema de saúde, garantir a estabilidade de preços e criar oportunidades de emprego, todos essenciais para o desenvolvimento de um sistema de saúde mais justo e humanista. Isso possibilita que a clínica ampliada alcance seus objetivos de oferecer cuidados integrais e de considerar a **saúde, em seu sentido ampliado**: “[...] **um poder** por meio do qual realizamos o nosso projeto de vida social” (Berlinguer, 2011, p. 70).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 51 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

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. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Biblioteca Virtual de Saúde**. *Dicas de Saúde*. 2010. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/dicas/201_clinica_ampliada.html#:~:text=A%20cl%C3%ADnica%20ampliada%20%C3%A9%20uma,da%20fam%C3%ADlia%20e%20da%20comunidade. Acesso em: 18 mar. 2024.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios da ética biomédica**. (trad. Luciana Pudenzi). 5ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BEDRIKOW, Rubens; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. **Revista Associação Médica Brasileira**, Campinas, v. 6, n. 57, p. 610-613, jan. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/pDT8dGNS6nZbZPLdKVVsQN/>. Acesso em: 18 mar. 2024.

BERLINGUER, Giovanni. **Storia della Salute**. Firenze: Giunti Ed., 2011.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T.; BELISARIO, S. A. **A formação superior dos profissionais de saúde**. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 885-910.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da Doença**. São Paulo: Editora Martins Fontes. 1991.

MORAIS, D. DE C. *et al.* Insegurança alimentar e indicadores antropométricos, dietéticos e sociais em estudos brasileiros: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1475-88, maio 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hTDB7QSGT5f6P9smKXkC3HR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 mar. 2024.

SICSÚ, J.; CASTELAR, A. (Org.). **Sociedade e economia**: estratégias de crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ipea, 2009. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3225/1/Livro_SociedadeeEconomia.pdf. Acesso em: 18 mar. 2024.