

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA - CICT
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO - GHC
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E
TECNOLÓGICA EM SAÚDE

**A informação científica e tecnológica em saúde e o cuidado
médico: por uma ação em defesa da vida**

Projeto de pesquisa apresentado como
requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Informação Científica e
Tecnológica em Saúde
Orientador: Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla

Jane Maria Réos Wolff

Porto Alegre, 20 de Setembro de 2005

*“Entretanto, seremos ainda cientistas, se nos desligarmos da multidão? (...)
Enquanto tropeça dentro de sua bruma luminosa de superstições e afirmações antigas,
ignorante demais para desenvolver plenamente as suas forças,
a humanidade não será capaz de desenvolver as forças da natureza que vocês descobrem.*

Vocês trabalham para quê?

Eu sustento que a única finalidade da ciência está em aliviar a canseira da existência humana. E se os cientistas, intimidados pela prepotência dos poderosos, acham que basta amontoar saber, por amor do saber, a ciência pode ser transformada em aleijão, e as suas novas máquinas serão novas aflições, nada mais. Com o tempo, é possível que vocês descubram tudo o que haja por descobrir, e ainda assim o seu avanço há de ser apenas um avanço para longe da humanidade”.

Bertold Brecht – A Vida de Galileu Galilei

SUMÁRIO

Justificativa.....	04
Cenário Conceitual.....	06
Objetivos.....	14
Proposta Metodológica.....	15
Cronograma.....	17
Referências.....	18
Apêndices e Anexos.....	22

JUSTIFICATIVA:

Este trabalho insere-se na proposta da II Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia, particularmente a resolução 109, letra “e” em que refere:

O Estado deve ter atuação destacada como regulador dos fluxos de produção e incorporação de tecnologias, incentivador do processo de inovação, orientador e financiador das atividades de pesquisa e desenvolvimento, em consonância com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde e com os indicadores epidemiológicos de cada região. Dentre as propostas de ação dessa política, nas quais o Estado tem papel primordial, estão: fomentar linhas de pesquisas de interesse do SUS. (Ministério da Saúde, 2003).

Suscitado e produzido no âmbito do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde, este estudo busca refletir sobre a dimensão cuidadora da assistência médica no Sistema Único de Saúde (SUS), focando o cuidado como tecnologia leve, conforme caracterizada por Mehry (1997). E tenciona conhecer como os profissionais constroem evidências para sua atuação no cotidiano dos serviços de saúde.

Os estudos das políticas de saúde, da organização e do funcionamento das redes e dos sistemas de forma macroinstitucional, têm constituído um arsenal teórico importante, ressignificando a prática das instituições e de trabalhadores em saúde. Entretanto Luz (2003) reporta-se à necessidade de realizar outra tipologia de análise sobre as políticas de saúde, ou seja, no plano microinstitucional, sobretudo no que diz respeito aos princípios doutrinários e organizacionais relacionados com o cuidado à saúde de um indivíduo ou de uma população. Portanto, os pressupostos citados anteriormente, criaram o campo de condições para que as práticas do dia-a-dia fossem tomadas, não somente como insumos para aferição das teorias e dos conhecimentos formais, mas como uma dimensão que pode produzir conhecimentos no cotidiano. Essa corrente vem tomando o tema da integralidade para as formulações, com base em práticas de gestão, de atenção e de controle social e tem produzido importantes inovações no cenário da Saúde Coletiva (Pinheiro, Ferla e Silva Jr., 2004).

A abordagem nas práticas de saúde e de aprendizagem pode ser um forte dispositivo para mudanças na formação dos profissionais de saúde. De acordo com as análises

acadêmicas e com a prática diária dos serviços, percebe-se que o perfil dos médicos com que se trabalha na rede básica está muito aquém das necessidades deste modo de atenção. Mas por quê?

Por ser médica e ter vivido diversas experiências de trabalho: como médica de família atuando em UBS (na assistência e coordenação); como docente (contratação temporária) da graduação da Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); na gestão como assessora e gerente distrital de saúde, credencia-se portanto a reconhecer de vários lugares o sistema de saúde e a ação e formação médicas. Com base nessa experiência profissional, a autora crê na necessidade de uma reformulação que tenha capacidade de redesenhar as práticas cotidianas dos profissionais de saúde, ampliando o compromisso ético e político dos mesmos com a qualidade da saúde da população. A produção acadêmica que propõe situa-se precisamente nesse patamar, qual seja: o de analisar e avaliar as vivências, no que refere-se à organização do cuidado à saúde, de estudantes de medicina durante o estágio curricular em Medicina de Família e Comunidade da graduação do curso de Medicina da UFRGS, numa Unidade Básica de Saúde (UBS) de Porto Alegre, serviço de saúde do território em que a autora atua, provocando reflexões e ajustes.

**O CENÁRIO CONCEITUAL E PRÁTICO DA PESQUISA:
cuidado em saúde, medicina moderna e a experiência do estágio em Medicina de
Família e Comunidade na rede municipal de Porto Alegre.**

O cuidado em saúde: origens, situação no modelo biomédico e perspectivas

A palavra “**cuidado**” origina-se, segundo Houaiss, do latim: *cogitatus*, “meditado, pensado, refletido”, sendo que o infinitivo, *cogitare*, significa, “agitar no espírito, remoer no pensamento, pensar, meditar, projetar, preparar”. O dicionário AURÉLIO da Língua Portuguesa (1993) refere-se a cuidado como atenção, cautela, desvelo, zelo; e cuidar, como imaginar, meditar, cogitar; aplicar atenção, pensamento, imaginação; fazer os preparativos. Alguns autores, segundo Boff (1999), relacionam a etimologia da palavra cuidado com o latim: *cura*, *coera*. Expressando atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação.

A dimensão do cuidado em saúde e o modelo biomédico

A assistência à saúde precisa resgatar a dimensão do cuidado em suas ações, segundo o que reivindicam usuários e apontam estudos com uma configuração mais crítica. A busca aos serviços de saúde, hoje, mais do que nunca, é a busca do cuidado: acolhimento, responsabilização e comprometimento dos trabalhadores em saúde, com o sujeito em seu sofrimento, consequência muitas vezes de sua vulnerabilidade social (Luz, 2003). O cuidado atua como ferramenta da atenção em saúde, para a cura, promoção e proteção da vida, mas não simplesmente para a retirada da doença ou do agravo, senão para potencializar a qualidade de vida dos sujeitos (Merhy, 2004).

Merhy quando correlaciona o cuidado à ação dos médicos refere-se ao cuidado médico como um processo de relações, o momento intersubjetivo (Merhy, 2004), de fala e de escuta, de confiabilidade e de responsabilização com o indivíduo que se apresenta ao médico. Vale resgatar Maturana (2004) onde refere-se a conversa como um entrelaçamento entre linguajar e emocionar. Portanto este encontro com o paciente mobilizará no médico

emoções e reações que precisam ser avaliadas e colocadas a serviço daquele ser humano com quem se depara. Entretanto, segundo Mehry, o modelo biomédico hegemônico secundariza e anula a dimensão cuidadora do trabalho do próprio médico. E como é constituído este agir médico?

O modelo biomédico organiza as práticas clínicas com base na idéia de um organismo humano assemelhado a máquinas. Capra (2001, p.114) avalia este modelo como consequência do paradigma cartesiano, que reduz os seres a máquinas físicas e bioquímicas, para que assim seus mecanismos tornem-se completamente explicáveis. A divisão entre corpo e mente, postulada por Descartes concentrou-se na máquina e relegou os aspectos psicológicos, ambientais e sociais da doença (Capra, 2001 p.119). Retomada na modernidade, esta divisão e valoração constituiu-se numa das bases da própria medicina. Mais do que isso, constituiu-se numa política e num padrão para a prática assistencial. Para isso, muito contribuíram as conclusões a que chegou o relatório Flexner (1), na primeira década de 1900, que embasaram a construção e/ou reforma das escolas médicas ocidentais, que seguem este modelo mecanicista. Desta forma a racionalidade médica, desde início do século XX, segundo Luz (2003), tem a doença como categoria central, norteando, até hoje, sua forma de intervenção na sociedade. Reflete-se desta forma o direcionamento da pesquisa médica, que centraliza nos mecanismos moleculares, os seus quesitos. Os achados fisis-patológicos, os meios diagnósticos, o mecanismo do medicamento, sempre em dimensões universais e padronizadas, anulando as particularidades de cada situação, a subjetividade dos sujeitos que estão interagindo (tanto o profissional quanto o usuário). É o conhecimento sistematizado, arquivado e disponível – associado ao “trabalho morto”, nos dirá Merhy (2004) em oposição ao trabalho criativo e inventivo, que gera conhecimento e qualifica o cuidado - para que se busque a melhor evidência relacionada a esta doença ou síndrome (conjunto de sinais e sintomas). Essa norma geral é tão verdadeira que, há duas décadas pelo menos, diante de uma crise importante de eficácia e de legitimidade da atenção médica, um forte movimento para o fortalecimento da racionalidade científica vem permeando a formação e a prática médicas: a Medicina Embasada em Evidências. Segundo os dados de revisão sobre o assunto (Ferla, 2002), no nosso meio, esse *movimento* esteve fortemente associado à tentativa de diminuição das incertezas no processo clínico e buscou reconfigurar a decisão clínica, afastando-a da idéia de uma “experiência clínica” (individual

na aplicação, mas coletiva na construção, derivada de um processo de subjetivação no qual a formação é dispositivo fundamental) e aproximando-a de uma prática embasada em códigos mais efetivos de disciplinamento da ação desses profissionais. Fundamentalmente previa a diminuição do componente individual – da experiência própria do profissional – na tomada de decisão, substituindo-o por evidências com base em estudos e pesquisas validados e reconhecidos pela ciência.

Ora, para além das questões que podem ser levantadas relativamente ao cuidado, à subjetividade, à diversidade particular de cada situação, fica evidenciada uma tendência de reduzir o “efeito” do encontro entre profissional e usuário, suscetível que é de tensionamentos com a tecnologia sistematizada e o conhecimento formal, em fortalecimento de um conhecimento universal, produzido no âmbito da racionalidade científica vigente. Para efeitos do que se quer investigar nesta produção, essa é uma questão fundamental. Poderíamos dizer, como o faz Ferla (2002 e 2004), que se produz uma oposição valorada entre uma “experiência clínica” universal, renovada por novos dispositivos de disciplinamento em direção à racionalidade moderna da medicina, em detrimento de uma “experiência vivencial”, que é necessariamente local e articulável com outras de mesma natureza. Essa oposição é similar àquela proposta por Merhy, ao classificar as naturezas tecnológicas do trabalho em saúde, entre o “trabalho morto”, que se associa às tecnologias duras e leveduras, e o “trabalho vivo em ato”, que produz e utiliza-se de tecnologias leves (Merhy, 2004), como se verá a seguir. No âmbito desta investigação, essa diferenciação gera um desdobramento operacional de importância fundamental, relativo ao uso da informação na decisão clínica: de um lado, a grande relevância da informação local – seja dos sistemas gerais de informação ou de recursos próprios de captura e tratamento de dados no momento do encontro -, da interpretação criativa e aplicada, gerando habilidades práticas demonstráveis no encontro entre o profissional e o usuário ou o coletivo; de outro, o uso de conhecimentos sistematizados, a pouca relevância da análise crítica das informações disponíveis, já que o embasamento considerado de maior relevância é aquele derivado do conhecimento produzido pela aplicação sobre a informação de recursos metodológicos que estão fora do momento do encontro que pode constituir uma experiência de cuidado.

O cuidado como tecnologia leve

Os encontros, que se dão entre dois indivíduos, são produzidos em um espaço intersessor (Merhy, 1997a) no qual uma dimensão tecnológica do trabalho em saúde, clinicamente evidente, sustenta-se: a da tecnologia das relações, território próprio das tecnologias leves (Merhy, 1997b).

A tecnologia faz uma ponte entre os descobrimentos científicos e sua lei para usufruto da sociedade na produção de artefatos e artifícios. Tecnologia também é conhecida como ciência do trabalho produtivo; como a capacidade de perceber, compreender, criar, adaptar e produzir insumos, produtos e serviços (Silva, 2000).

Merhy (1997b) resgata um sentido mais amplo para o conceito de tecnologia, criando três “naturezas” específicas para os recursos tecnológicos utilizados na atenção à saúde: (1) tecnologia dura, são máquinas, equipamentos, ferramentas que se utiliza na assistência à saúde; (2) tecnologia levedura, conhecimentos sobre as formas de saberes bem-estruturados, bem organizados, bem protocolados, normalizável e normalizado; (3) uma terceira definida como tecnologia leve, como um saber adquirido e inscrito na forma de pensar e atuar no processo cotidiano do trabalho. Segundo esse autor, no pólo das tecnologias duras, tem-se o que caracteriza como o predomínio de um “trabalho morto”, sem envolvimento criativo, restrito à aplicação das técnicas já sistematizadas; no pólo das tecnologias leves, por outro lado, essencialmente um “trabalho vivo em ato”, eminentemente criativo, que deveria ser característico do cuidado em saúde (Merhy, 2004).

O núcleo cuidador opera a produção dos atos em saúde onde atuam os processos relacionais do campo das tecnologias leves, com uma razão essencialmente prática, centrada no indivíduo que está sob cuidado e no encontro entre este e o profissional e/ou a equipe que o recebe.

Necessário referir a importância do equilíbrio entre os três tipos de tecnologias: para uma maior defesa da vida, um maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema, e ações que produzam um maior grau de autonomia. (Merhy, 2003).

A escola médica

Reconhecer este sujeito que demanda o atendimento e que apresenta esta síndrome, como ele próprio adoece e reage aos insultos a que se expõe, é um desafio que atravessa os atendimentos em saúde. Dar conta desta demanda, que é colocada cotidianamente nas consultas médicas de um serviço de saúde configura-se num desafio a que muitos se têm confrontado, e estudado. A escola médica deve formar médicos competentes para atuar numa realidade complexa e fragmentada; que possa compreender as ações de saúde como impacto sobre a qualidade de vida do indivíduo e da comunidade; capaz de adequar-se às necessidades sociais em saúde.

Campos (2005) discute o tipo de formação médica necessária para intervir na realidade brasileira, e propõe que seja no cenário da rede básica, onde oitenta por cento dos problemas de saúde são resolvidos, uma realidade complexa e desafiadora, para construção de um profissional voltada para o ser humano integral.

entrar em contato com essa complexidade, com a obrigação de trabalhar em equipe e de fazer um seguimento longitudinal, possibilita que o aluno se aproprie de competências essenciais para o exercício da profissão. (Campos, 2005).

O conhecimento técnico e fragmentado, construído no modelo biomédico, dificulta uma compreensão integral do ser humano, e conseqüentemente o fragmenta, num processo desumanizado (no sentido de desencarnar a vida do corpo, de aproximá-lo da idéia de uma máquina). O resgate do que Merhy (1997) classifica como a “alma” da atenção à saúde, ou seja, o cuidado como um conjunto de recursos tecnológicos predominantemente do âmbito das tecnologias leves, pode ressignificar esta compreensão da totalidade e melhorar a ação clínica. A formação médica tem privilegiado o núcleo duro, o conhecimento técnico, a medicina baseada em evidências, em detrimento do núcleo do cuidado como uma tecnologia leve. A competência médica tem sido medida pelo conhecimento específico de uma determinada área, a dominação dos conteúdos de ordem teórica: farmacologia, meios diagnósticos, as novidades produzidas, a melhor evidência; entretanto observa-se que há uma certa dificuldade apresentada pelos formadores e pelos formandos e formados, no que se refere ao cuidado. Há um grande comprometimento com o diagnóstico e a terapêutica; mas a cura, a promoção e a proteção da saúde, tanto individual como coletiva é relegada,

faz parte de um outro arsenal. Alguns médicos desenvolvem este arsenal por conta própria, de uma forma individual, com pouco espaço para este tipo de debate e que impacta seriamente sobre a resolubilidade, o vínculo, enfim, a cura dos pacientes.

Há alguns anos, diversas iniciativas têm buscado recuperar a dimensão vivencial da atenção à saúde, perdida e subsumida pela “experiência clínica” universal e pelas tecnologias duras. No âmbito da formação, vem se observando a busca crescente por espaços de aprendizagem que, sendo próximos à realidade tal qual se apresenta para as práticas profissionais, desenvolva nos profissionais a capacidade de respostas eficazes para os problemas que se apresentam no cotidiano dos serviços – embasadas na melhor evidência científica -, mas também profundamente mergulhadas no que há de subjetivo, vivencial e particular de cada situação; combinando, portanto, recursos das diferentes naturezas tecnológicas (Ferla, 2002). Há um suposto de que a diversidade e a adversidade são componentes da realidade complexa da saúde e devem ser dispositivos para a aprendizagem. Esse é um suposto fundamental para algumas das novas políticas de âmbito nacional, como a Educação Permanente em Saúde, as mudanças da formação dos profissionais da saúde e a Humanização.

A implantação de dispositivos de Acolhimento(1), inserido na Política Nacional de Humanização (Humaniza-SUS) em serviços de saúde em Porto Alegre, enfrentou muitas dificuldades e entre elas o modelo médico neoliberal, muito bem descrito por Mehry (2004) onde aponta que “este modelo impera nos serviços de saúde e relega o cuidado a um status irrelevante. A lógica médica submete os outros profissionais, também tornando irrelevante seu núcleo cuidador”. Muitos pacientes são freqüentadores sistemáticos dos serviços de saúde, pacientes “cativos”. Apresentam-se com queixas inespecíficas e demandam assim exames complementares, consultas especializadas e medicamentos. Mas não se tem como medicar questões relacionadas a problemas sociais e econômicos. Nesse caso prescreve-se um benzodiazepínico, pois o paciente não se enquadra no saber baseado em evidências.

1 Esses dispositivos são, essencialmente, a inclusão de critérios técnicos de classificação de risco na recepção dos usuários na Unidade de Saúde, em substituição às tecnologias burocráticas de recepção com base em horários de chegada e outras lógicas que não dialogam com a gravidade da procura, bem como com a incorporação de conceitos de responsabilidade sanitária, ambiência, horizontalização das relações na equipe de saúde, entre outros. Esse dispositivo prevê mudanças em relação “a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão” (Ministério da Saúde, 2004: 8).

Como se pôde verificar, a análise das modalidades de uso da informação no atendimento à saúde pode ser uma fonte potencial de evidências para analisar a formação dos profissionais, em particular dos médicos. Buscar-se-á, por meio de instrumentos e técnicas que analisem e avaliem quais os usos que fazem os estudantes que estão atuando no serviço local de saúde, num pequeno fragmento do seu tempo/espço de formação, com o objetivo de construir tecnologias que permitam avaliar o efeito desse momento no processo geral de formação desses profissionais. Para contextualizar ainda mais o cenário onde se desenvolverá a pesquisa, uma breve descrição do serviço de saúde onde ela será desenvolvida e a caracterização dos sujeitos que farão parte da mesma.

A Unidade Básica Santa Cecília e o estágio em atenção básica

A Unidade Básica Santa Cecília caracteriza-se por ser uma unidade docente-assistencial, viabilizada por meio de convênio entre Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA) e Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O convênio tem por finalidade estabelecer, em regime de cooperação mútua entre os partícipes, um Programa de Parceria na Assistência à Saúde, integrando a Unidade Básica de Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no âmbito do Sistema Único de Saúde de Porto Alegre. O Programa de Parceria na Assistência à Saúde compreende a atuação coordenada dos Convenientes no campo da atenção básica à saúde no Distrito Centro, em especial à população residente no entorno do Hospital. Este convênio busca avançar na construção da Política de Qualificação e Humanização da Atenção à Saúde no município, ampliando o acesso, a equidade e a integralidade das ações (Anexo 3).

A discussão sobre o formato desta UBS passou por ampla discussão no conselho municipal de saúde (CMS), e o controle social foi fundamental para que este convênio fosse firmado. Historicamente, esta Unidade é uma demanda do núcleo de Atenção Primária à Saúde (APS) do Departamento de Medicina Social (DMS), da Faculdade de Medicina (FAMED) da UFRGS, com o objetivo de consolidar a Atenção Primária à Saúde na formação acadêmica, em vista das alterações curriculares na área de graduação, promovendo inserção precoce de alunos em atividades de atenção à saúde e criação de estrutura própria do HCPA para Atenção Primária à Saúde, garantindo à UFRGS maior

autonomia neste setor. Esta UBS iniciou suas atividades em 18 de Outubro de 2005, incorporando outro serviço da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a UBS Santa Cecília, que estava instalada num local cedido pelas Irmãs Franciscanas e com um espaço físico muito restrito e incorporando a clientela adscrita e seus recursos humanos. Esta UBS oferece assistência básica à população de uma área, geograficamente delimitada, com aproximadamente 35.000 habitantes, estabelecida de acordo com o processo de territorialização definido pela SMS - PMPA. A clientela adscrita apresenta o seguinte perfil: prevalência de idosos, de classe média, com alta escolaridade do chefe de família e existência de áreas com população carente e de grande vulnerabilidade social nestas áreas. O estágio de MFC que tem como local a UBS Santa Cecília, acontece a partir do décimo semestre da graduação de medicina. Apresenta-se como um dos estágios do internato, com duração de três meses, em que os doutorandos desempenham as atribuições de um médico de família, referentes à promoção, prevenção, educação, assistência, vigilância e reabilitação primária em saúde.

OBJETIVOS

Geral:

Identificar e analisar o efeito que tem um estágio curricular em MFC, sobre a formação médica, relacionado ao quanto de tecnologia leve, o cuidado médico, é incorporado por acadêmicos da graduação de medicina durante este internato.

Específicos:

1. Identificar o acesso a fontes de informação nacional, realizadas pelos acadêmicos.
2. Identificar que tipo de informação os acadêmicos buscam no contato com seus pacientes durante a assistência médica.
3. Identificar e analisar o uso que fazem os acadêmicos nos momentos prévio e posterior ao estágio em MFC das informações dos sistemas nacionais e daquelas originadas no contato com o paciente para a decisão clínica.
4. Definir o espaço que ocupa o cuidado médico na formação acadêmica atual, pré e pós-estágio em internato de MFC;
5. Identificar o valor que é dado a este tipo de tecnologia na formação médica;
6. Relatar o impacto que o estágio de MFC causa na formação médica acerca do cuidado médico;
7. Analisar qual a perspectiva que o cuidado médico tem na formação destes acadêmicos.

PROPOSTA METODOLÓGICA

Este será um estudo qualitativo, de caráter descritivo e exploratório, que investigará o estágio em MFC por meio dos acadêmicos de medicina, através de uma amostragem intencional com informantes-chave, que segundo Thiollent (1992) caracteriza-se por um pequeno número de pessoas que são escolhidas de forma intencional em função da relevância que elas apresentam em relação a um determinado assunto.

Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas, utilizando-se para o tratamento dos dados categorias pré-estabelecidas e categorias formuladas a partir de dados coletados. Segundo Minayo et al, 2000:

A palavra categoria, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. (...) As categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso.

Além das entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave, também será utilizada a técnica de grupos operativos. Serão trabalhados grupos operativos com entrevistas semi-estruturadas, com alunos que iniciam e finalizam o estágio da graduação de MFC, para avaliar os efeitos de uma disciplina que busca uma visão integral, usuário-centrada, na incorporação de tecnologia leve, mais especificamente referente ao cuidado médico.

Por fim, será utilizada a técnica da observação participante, registrada por meio de caderno de campo, nas atividades desenvolvidas na preceptoria do estágio.

O mix de técnicas será utilizada tendo em vista tratar-se de um processo complexo, que envolve diversos dispositivos de disciplinamento, o que tende a alocar comportamentos e iniciativas inovadores em momentos muito sutis das práticas cotidianas. O resultado dessa combinação de técnicas e recursos será uma cartografia, no sentido que lhe atribuem Ceccim e Ferla (2005: 254):

A cartografia (...) vai registrando as transformações da paisagem, combina e integra a geografia e a história dos elementos do

percurso; os contornos e sua transformação. Utilizamos, para tanto, uma diversidade de recursos e técnicas mais ampla do que a investigação tradicional, bem como de abordagens que podem gerar estranhamento à pesquisa tal qual vem se apresentando desde a modernidade.

Com essa combinação de técnicas será possível identificar evidências dos efeitos do estágio em questão e propor ajustes ainda necessários para que amplie a potência que pretende ter na formação mais humanista dos profissionais médicos, ampliando sua capacidade de intervenção na qualidade de vida das pessoas e da coletividade.

O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, conforme determinação das normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde. Um termo de consentimento livre e esclarecido será apresentado aos sujeitos da pesquisa (Anexo 2).

CRONOGRAMA:

Formulação do tema, justificativa, problema, objetivos, primeira versão do documento.	Janeiro a Maio de 2005
Ampliação do marco conceitual e revisão do primeiro documento	Junho e Julho de 2005
Desenho da metodologia	Agosto de 2005
Redação do Projeto e entrega para banca	Setembro de 2005
Apresentação do Projeto	Novembro de 2005
Coleta de dados	Janeiro a Março de 2006
Análise de dados	Abril a Agosto de 2006
Elaboração de relatório da pesquisa	Setembro a Dezembro de 2006
Elaboração de artigo para publicação	Janeiro a Fevereiro de 2007

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **RAP**, Rio de Janeiro, vol. 34, n. 6, p.11-34, nov./dez. 2000

ANDERSON, Maria Inez Padula, et alli. Medicina de Família e Comunidade : Especialista em Integralidade. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. Minas Gerais, vol. 8, n. 1, p. 61-67, Janeiro–Junho de 2005

AYRES, José Ricardo. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, vol. 6, p. 117-120, Fevereiro, 2000

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar**: ética do humano - compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1999.

CAPRA, Fritjof. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Ed. Cultrix, 22 ed., 2001.

CAMPOS, Gastão W. da S. **Diretrizes para o Ensino Médico na Rede Básica de Saúde**. Documento preliminar – Abril de 2005: ABEM

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Notas cartográficas sobre escuta e escrita: contribuição à educação das práticas de saúde. Em: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (orgs.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – ABRASCO, 2005.

FERLA, Alcindo Antonio. Humanização na Saúde e Cidadania: o Caminho para o SUS. **VER-SUS Brasil Caderno de Textos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do

Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, p. 263 -273.

FERLA, Alcindo Antonio. **Clínica nômade e pedagogia médica mestiça**: cartografia de idéias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas. 2002. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, 2002.

FERLA, Alcindo Antonio. Pacientes, Impacientes e Mestiços: cartografia das imagens do outro na produção do cuidado. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araujo (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2004. p. 171-186

FOUREZ, Gerard. **A Construção das Ciências**. São Paulo: Editora UNESP, 1995.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde e Doença**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 2º edição, 1994.

HOUAISS, Antonio. **Dicionário Eletrônico Houaiss de Língua Portuguesa** (Versão 1.0) Dezembro de 2001- copyright 2001 Instituto Antônio Houaiss.

LUZ, Madel T. **A Arte de curar versus a ciência das doenças: História social da Homeopatia no Brasil**. São Paulo: Dynamis editorial,1996.

LUZ, Madel T. et all. Práticas Eficazes X Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade. Em: PINHEIRO, Roseni, et alli. **Construção da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS – UERJ - ABRASCO, 2003.

MATOS, Izabela, et alli. Curandeirismo e Saúde na Família: Conviver é Possível? **Revista de Atenção Primária à Saúde**. Minas Gerais, vol. 8, n. 1, p. 4- 14, Janeiro–Junho de 2005

MATURANA, Humberto, et alli. **A árvore do Conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana**. São Paulo: Ed. Palas Athena, 2001.

MATURANA, Humberto, et alli. **Amar e Brincar**. São Paulo: Ed. Palas Athena, 2002.

MERHY, Emerson Elias. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. Em: MINISTÉRIO da Saúde. **VER-SUS Brasil: Caderno de Textos / Ministério da Saúde**, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, p. 108-136.

MINAYO, Maria Cecília. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro. Hucitec/Abrasco. 1993.

MINAYO, Maria Cecília, et alli. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Rio de Janeiro. Vozes, 15º edição. 2000.

MINISTÉRIO da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

MINISTÉRIO da Saúde. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

OLIVEIRA, Gilson Saippa; KOIFMAN, Lílian; MARINS, João J. A Busca da Integralidade nas Práticas de Saúde e a Diversificação dos Cenários de Aprendizagem: o direcionamento do curso de Medicina da UFF. Em: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2004. p. 307 - 319

QUEIROZ, Marcos de Souza, CAMPOS, Gastão Wagner de Souza e MERHY, Emerson Elias. **Rede básica de serviços de saúde: médicos e suas representações sobre o serviço**. Rev. Saúde Pública, fev. 1992, vol.26, no.1, p.34-40. ISSN 0034-8910.

RANGEL, Ângela Maria Hygino. Saúde e Doença: um enfoque antropológico. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, vol.21, n. 3, p. 984 – 990, Maio – Junho, 2005

SILVA, Ana Maria et alli. A Unidade Básica de Saúde e seu Território. Em: ANDRADE, Selma M. et alli. **Bases da Saúde Coletiva**. UEL/ABRASCO, 2001

SILVA, Cassandra Ribeiro de O. e. **Metodologia e Organização do projeto de pesquisa: Guia prático**. Ceará: CEFET/UFC, 2004.

SOUZA, Alicia Navarro. Formação Médica, Racionalidade e Experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 6, n. 1, p. 87-96, 2001

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. In: PINHEIRO, Roseni, et alli. **Construção da Integralidade: Cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. 228p.

TESTA, Mário. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. São Paulo. Cortez. 1992.

VASCONCELOS, E.M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. Petrópolis: Vozes, 2002.

ANEXO 1

Questionário

- 1) Você utiliza o sistema de informação em saúde nacional e como você o utiliza?
- 2) Como você entende que deva ser o atendimento a um paciente que procura a UBS?
- 3) Onde e como você busca as informações para se instrumentalizar para o atendimento em MFC?
- 4) O que é mais importante quando você está diante de um paciente?
- 5) Que tipos de conhecimentos são acessados quando você está com um paciente?
- 6) O que você pode considerar que aprendeu ou irá aprender com este estágio em MFC?

ANEXO 2

Consentimento livre e esclarecido para participar da pesquisa:

Esta pesquisa tem por objetivo identificar e analisar o efeito que tem um estágio curricular em Medicina de Família e Comunidade, sobre a formação médica, relacionado ao quanto de tecnologia leve, o cuidado médico, é incorporado por acadêmicos da graduação de medicina durante este internato. A sua participação neste estudo é voluntária. Mesmo que você decida participar, você tem plena liberdade para sair do estudo a qualquer momento sem trazer nenhum prejuízo para o seu internato.

Você participará de uma entrevista individual, gravada e transcrita para posterior análise. Será utilizado um questionário semi-estruturado.

Você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessário antes de concordar em participar do estudo ou a qualquer momento durante a entrevista ou posterior a ela. A sua identidade será mantida como informação confidencial e os resultados do estudo podem ser publicados.

Eu li e entendi todas as informações sobre este estudo e todas as minhas perguntas foram respondidas a contento. Portanto, consinto voluntariamente em participar deste estudo.

Nome do sujeito da pesquisa: _____

Assinatura: _____

Local / Data: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura: _____

Local / Data: _____

ANEXO 3

MINUTA DO CONVENIO ENTRE PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE E HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE

CONVÊNIO N.º ____/2004

CONVÊNIO QUE ENTRE SI FIRMAM O MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, COM A INTERVENIÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E O HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, VISANDO O DESENVOLVIMENTO CONJUNTO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

Aos Dezoito dias do mês de Outubro do ano de dois mil e quatro, na sede da Secretaria Municipal de Saúde, presentes, de um lado, o **MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**, pessoa jurídica de direito público interno, -----, neste ato representado por seu Procurador-Geral, Sr. Rogério Favreto – com a interveniência da **Secretaria Municipal de Saúde**, representada neste ato por sua Titular, Sra. Sandra Maria Sales Fagundes – doravante denominado **MUNICÍPIO**, e de outro lado, o **HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**, empresa pública federal, com sede em em Porto Alegre, situada na -----, CNPJ/MF -----, representada legalmente por -----, doravante denominado **HOSPITAL**, resolvem firmar o presente Convênio, com fulcro no art. 196, da Constituição Federal, Leis n.º 8.080 e 8.142/90 c/c o art. 116 e §1º e incisos, da Lei Federal n. 8.666/93, e alterações, regido pelas cláusulas e condições que seguem:

Cláusula Primeira – Do Objeto

O presente convênio tem por finalidade estabelecer, em regime de cooperação mútua entre os partícipes, um Programa de Parceria na Assistência à Saúde integrando a Unidade Básica de Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no âmbito do Sistema Único de Saúde de Porto Alegre.

Parágrafo Primeiro: O Programa de Parceria na Assistência à Saúde compreende a atuação coordenada dos Convenentes no campo da atenção básica à saúde no Distrito Centro, em especial à população residente no entorno do Hospital.

Parágrafo Segundo: O presente Convênio busca avançar na construção da Política de Qualificação e Humanização da Atenção à Saúde no município, que amplie o acesso, a equidade e a integralidade das ações.

Cláusula Segunda – Das Atribuições

Constituem atribuições dos Convenentes a programação, em conjunto, das ações e atividades a serem desenvolvidas, avaliação periódica dos resultados das ações e atividades conveniadas, bem como constituir Colegiado Gestor do Convênio, e ainda:

I – São atribuições do Primeiro Convenente:

1 – lotar recursos humanos técnicos e de nível auxiliar, conformando no mínimo duas equipes de saúde, constituídas, cada uma, de 1 médico generalista, 1 enfermeiro, dois técnicos/auxiliares de enfermagem e 3 a 4 agentes comunitários de saúde, além de 1 odontólogo para a cobertura assistencial das 2 equipes, para atuarem junto à Unidade Básica de Saúde/HCPA, nos moldes do Programa de Saúde da Família;

2 – prover recursos materiais e os insumos necessários para as atividades assistenciais, como medicamentos, material médico-hospitalar e de enfermagem, material de escritório e impressos, etc;

3 – inserir a UBS/HCPA em todas as atividades de desenvolvimento e capacitação técnica e gerencial, integrando a sua equipe no modelo assistencial desenvolvido no SUS municipal;

4 – inserir a UBS/HCPA no Sistema Municipal de Saúde, integrando-a no Colegiado Distrital;

5 – garantir os meios para a integração da UBS/HCPA na rede de informação em saúde da Secretaria Municipal de Saúde, dotando-a de equipamentos e rede lógica de dados para o acesso aos sistemas informatizados utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde;

6 – Indicar representante para compor o Colegiado Gestor do Convênio;

7 - Acompanhar e fiscalizar a operacionalização das ações e atividades conveniadas;

8 – apresentar trimestralmente, ao Conselho Municipal de Saúde, os resultados de avaliação das ações desenvolvidas em conjunto, previstas neste Convênio.

II – São atribuições do Segundo Convenente:

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre, na condição de hospital-escola da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, dedicado prioritariamente à formação de recursos humanos para a área da saúde, será responsável por:

1 - disponibilizar toda a estrutura física necessária à execução dos objetivos deste Convênio, compreendendo:

- a) o prédio localizado na Rua São Manoel em terreno próprio do HCPA;
- b) os serviços de apoio à realização das atividades fins, como higienização e limpeza, conservação e manutenção predial e mobiliária, vigilância, fornecimento de energia elétrica, água e gases medicinais.

c) integrar a estrutura de equipamentos e rede lógica de dados da UBS/HCPA aos sistemas informatizados da Secretaria Municipal de Saúde, permitindo o acesso de dados on line.

2 – garantir apoio diagnóstico para as ações assistenciais desenvolvidas na UBS, especialmente:

- a) patologia clínica;
- b) radiodiagnóstico
- c) ecografia;
- d) métodos gráficos (ECG)

3 – contribuir para a formação de profissionais de saúde em nível de graduação, pós-graduação e educação permanente para atuação no Sistema Único de Saúde;

4 – possibilitar e estimular atividades de pesquisa e desenvolvimento tecnológico em saúde, especialmente na área da atenção básica;

5 – estimular o envolvimento em todas as atividades previstas neste Convênio, dos professores e alunos de graduação e pós-graduação da UFRGS, através de seus departamentos e cursos na área da saúde;

6 – promover integração da equipe assistencial da Secretaria Municipal de Saúde lotada na UBS/HCPA, das atividades de atualização técnica e de pesquisa desenvolvidas;

7 – Integrar a experiência acadêmico-assistencial ao sistema local, regional e municipal de saúde, com a participação do Controle Social.;

8 – Participar da avaliação contínua das ações previstas neste Convênio;

9 - Indicar representante para compor o Colegiado Gestor do Convênio;

Cláusula Terceira – Do Plano de Trabalho

As ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos deverão estar ajustados no Plano de Trabalho , parte integrante deste Convênio

Cláusula Quarta – Das Condições Gerais

O presente Convênio fica submetido às seguintes condições gerais:

1 – Os Convenientes definirão as questões e demandas operacionais necessárias à implementação das atividades de cooperação relativas ao objeto do presente instrumento mediante TERMOS OPERACIONAIS ESPECÍFICOS, que integrarão este Convênio sob a forma de anexos;

2 - a execução do presente Convênio se sujeita às normas do Sistema Nacional de Auditoria e Sistema Municipal de Auditoria do SUS;

3 - as atividades desenvolvidas, objeto deste Convênio, obedecerão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, especialmente aquelas ditadas pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Portaria do Ministério da Saúde nº 1695, de 23 de setembro de 1994;

4 – na execução das ações que lhe competem neste Convênio e que envolvem docentes, profissionais e acadêmicos da UFRGS, o HCPA respeitará o disposto na sua Lei de Criação nº 5604, de 02/09/70, nos estatutos de ambas as instituições e nos termos de convênio existentes com as Unidades de Ensino;

5 – será criado Colegiado Gestor do Convênio, de estrutura paritária, formado por membros da Secretaria Municipal de Saúde, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Controle Social.

Cláusula Quinta – Da Denúncia

A denúncia do Convênio obedecerá à disposição da Lei 8666/93 e suas alterações, no que for aplicável aos Convênios.

Parágrafo Único – Em caso de denúncia do Convênio por um dos Convenientes, se as atividades em andamento puderem causar prejuízos à população, será observado o prazo de 90 (noventa) dias para sua efetivação.

Cláusula Sexta – Do Prazo

O presente Convênio vigorará pelo prazo de 1 (um) ano, tendo como termo inicial a data da sua assinatura, podendo ser prorrogado por interesse dos participantes, desde que o prazo final não ultrapasse 60 (sessenta) meses.

Parágrafo único – Se um dos convenentes não se interessar pela prorrogação, deve denunciar o fato ao outro, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias.

Cláusula Sétima – Da Publicação

O presente Convênio será publicado, por extrato, no Diário Oficial do Município, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados de sua assinatura.

Cláusula Oitava – Do Foro

Os Convenentes elegem o Foro da Comarca de Porto Alegre para dirimir questões do presente Convênio que não puderem ser resolvidas de comum acordo.