

CECILIA MARIN

**CONHECIMENTOS E CONCEPÇÕES DOS ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE
O CONTROLE SOCIAL**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina,
como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Medicina.**

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2008

CECILIA MARIN

**CONHECIMENTOS E CONCEPÇÕES DOS ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE
O CONTROLE SOCIAL**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereira

Professor Orientador: Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2008

RESUMO

Introdução: O CS é um conceito batalhado pela Reforma Sanitária e está presente como diretriz do SUS. Com o CS a população tem o poder de atuar nas políticas públicas de saúde para sua comunidade, ser autônoma e ser empoderada de seus direitos.

Objetivo: Identificar as concepções de CS dos alunos de graduação dos cursos de medicina.

Metodologia: Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, através de entrevistas semi-estruturadas, com análise temática de conteúdo de fala, sendo o universo formado por uma amostra intencional, definida com a ajuda de informantes-chave, de seis alunos do curso de medicina.

Análise: Foram definidas quatro categorias. C1: CS como autonomia, onde as falas atingiram o conceito ampliado do CS, vendo o CS como autonomia, como forma de cidadania, de democracia; C2: CS como regulação, sendo o CS uma forma de regular o serviço de saúde, atuando nas decisões burocráticas; C3: CS como controle estatal, o conceito sociológico do CS, onde o Estado controlaria a sociedade; C4: Ensino do CS, a forma como esse conceito tem sido abordado durante a graduação de medicina.

Considerações Finais: Percebeu-se que há sim, um déficit no ensino desse conceito na graduação, sendo isso percebido pelos próprios alunos. E, que há diferentes níveis do conceito de CS entendido pelos alunos. Ponderamos então de que forma isso pode ser revertido para que o CS possa ser ensinado e entendido pelos alunos e assim possa ser exercido e problematizado pelos profissionais e, também, atingir seu objetivo de empoderar a população.

ABSTRACT

Introduction: The CS is a concept fought for the Sanitary Reformation and is present as line of direction of the SUS. With the CS the population has the power to act in the public politics of health for its community, to be independent and to be empowerment of its rights.

Objective: To identify the conceptions of CS of the students of graduation of the medicine courses.

Methodology: One is about a study with qualitative boarding, through half-structuralized interviews, with thematic analysis of content of speaks, being the universe formed of a intentional sample, defined with the informer-key aid, of 6 students of the medicine course.

Analysis: Four categories had been defined. C1: CS as autonomy, where what they said had reached the extended concept of the CS, seeing the CS as autonomy, as democracy, citizenship form; C2: CS as regulation, being the CS one forms of regulating the health service, acting in the bureaucratic decisions; C3: CS as state control, the sociological concept of the CS, where the State would control the society; C4: Education of the CS, the form as this concept has been boarded during the medicine graduation.

End Considerations: It was perceived that it really has, a deficit in the education of this concept in the graduation, being this perceived by the proper students. And that it has different levels of the concept of CS understood by the students. We ponder then of what forms this can be reverted so that the CS can be taught and understood by the students and thus it can be exerted and be problematizing by the professionals and thus to reach its objective of empowered the population.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CLS	Conselho Local de Saúde
CNS	Conferencia Nacional de Saúde
CS	Controle Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

Falsa folha de rosto.....	i
Folha de rosto.....	ii
Resumo.....	iii
<i>Abstract</i>	iv
Lista de Abreviaturas e Siglas	vi
Sumário.....	vii
1.Introdução.....	1
2. Referencial Teórico.....	3
2.1 Breve Histórico da Saúde.....	3
2.2 Histórico da Saúde no Brasil.....	4
2.3 O SUS , a Integralidade e o Controle Social.....	5
2.4 Reforma Curricular.....	7
3. Objetivo.....	9
4. Percurso Metodológico.....	10
4.1 Abordagem.....	10
4.2 Sujeitos da Pesquisa.....	10
4.3 Coleta de Dados.....	11
4.4 Análise dos Dados.....	11

4.5 Procedimento Ético.....	12
5. Resultado e Análise dos resultados.....	13
5.1 Categoria 1 – Controle Social como autonomia.....	13
5.2 Categoria 2 – Controle Social como regulação.....	16
5.3 Categoria 3 – CS como Controle Estatal.....	18
5.4 Categoria 4: Ensino do CS.....	19
6. Considerações Finais.....	22
Referências bibliográficas.....	24
Anexos 1.....	27
Anexo 2.....	28

1. INTRODUÇÃO

O profissional da saúde, como sua denominação diz, é responsável pelo cuidado á saúde de uma população. Vemos que nos últimos anos esse valor de saúde ficou um pouco esquecido, centrando-se a atividade profissional muito na doença, na suposição de que tratando as doenças da população estar-se-ia dando saúde á mesma.

Através de muito trabalho, muitos esforços, a Reforma Sanitária ganhou força em nosso país e conquistou o direito á saúde escrito em nossa Constituição Federal. O precedente para esta conquista foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 onde se discutiu e construiu um conceito de saúde amplo e abrangente.

A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, ..., devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas .¹

Outro direito adquirido em 1988 pela população com a Constituição foi a participação popular nas decisões em saúde. Esse direito se estabeleceu na prática pela homologação da Lei Orgânica 8.142 que define a efetivação do Controle Social (CS) no SUS.²

Como estudante percebo que na educação acadêmica no curso de medicina, e acredito que nos outros cursos da saúde também, o tema “ Controle Social” tem pouco espaço, não é abordado pelos professores e os alunos acabam saindo da academia sem o conhecimento de que isso é possível e, muitas vezes, que a participação da população é desnecessária para a prática de saúde.

Isso também se deve a herança do modelo Flexneriano que por tantos anos regeu e ainda permeia a educação na saúde das nossas universidades, que define a unicausalidade, o hospitalismo, o conhecimento centrado no médico e que este é detentor da verdade.³

Desta reflexão vem a necessidade de investigar os estudantes sobre o tema Controle Social, para assim analisarmos se esta impressão se confirma. E, se com a reforma curricular idealizada e implementada com o objetivo de formar médicos generalistas mais humanizados, com enfoque na Atenção Básica e com capacidade de resolução das principais necessidades da população, um médico que visasse à saúde, a promoção da saúde, assim como a prevenção e tratamento, e não somente focado em diagnosticar doenças, está sendo efetiva, cumprindo seu papel na prática.

Saúde é muito mais que não estar doente, passa pela autonomia, pela participação, pelo reconhecimento de que a população tem o direito de junto construir a saúde e, de juntamente com os setores administrativos definir os programas e estratégias para promoção da saúde e para resolução dos problemas de saúde encontrados nesta determinada sociedade.

O questionamento é se a reforma curricular deu conta de dialogar e problematizar o conhecimento necessário para os acadêmicos, para que esses, ao serem os profissionais de determinada comunidade, possuam essa visão e contribuam para que o CS seja efetivo e possa cumprir seu objetivo de melhorar as condições de saúde.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Para se chegar aos objetivos deste trabalho precisamos voltar à história da saúde, primeiramente no mundo, depois no Brasil e também a história da saúde desta Universidade (UFSC).

2.1 Breve Histórico da Saúde

No final do Século XIX, com a descoberta das bactérias por Pasteur, a medicina social praticada até então, perde forças e as doenças começam a ser justificadas por uma única causa (modelo da unicausalidade), o indivíduo fica doente por que não teve higiene e por isso adquiriu a bactéria, passando a culpa de estar doente para o próprio indivíduo (culpabilidade), ou seja, o social não possui influência na saúde da população. ⁴

Esse modelo teve grande impulso principalmente nos EUA, já na Europa os dois modelos (unicausalidade e medicina social) ainda permaneceram por certo tempo. Nos EUA, em 1910 a Faculdade de Medicina Johns Hopkins patrocinada pela Rockefeller Foundation⁴ inaugura o chamado modelo biomédico de pensar e exercer saúde dos EUA. Esse modelo de educação, chamado flexneriano, é adotado em várias faculdades e foram os profissionais, principalmente médicos, visando a unicausalidade, voltado para o hospital, preocupados mais em diagnosticar e tratar doenças que promover saúde à população. Esse processo deu grande impulso para novas pesquisas, o estudo da medicina tinha sua ênfase na doença e privilegiava a tecnologia, o diagnóstico necessitava de equipamentos e exames, o local de trabalho era o hospital e o tratamento com muitos medicamentos, isso é o que chamamos de complexo médico industrial. ⁵

O modelo de Flexner, por estar alicerçado no biológico, investiu na formação através da separação do corpo em partes (fragmentação), da necessidade de vários exames complementares para se definir o diagnóstico, no uso de medicamentos industrializados para

cada doença, nas super especialidades, no ensino em hospitais e claro na unicasalidade das doenças, reduzindo muito e até abolindo dos currículos a Saúde Pública. Esse modelo iniciou no Brasil em 1954 na USP de Ribeirão Preto patrocinado pela Kellogg Foundation ⁶ e tomou força após a ditadura militar em 1964, quando o governo abriu as portas do país para incentivos norte-americanos para faculdades de medicina do Brasil, e apoiou esse, o modelo flexneriano como modelo de educação médica do país. ⁷

2.2 Histórico da Saúde no Brasil

O Brasil, a partir da década de 60, passou a formar médicos pelo modelo flexneriano e com incentivo do complexo médico industrial, sem atender às necessidades da população, fazendo medicina para aumentar o uso de equipamentos médicos, hospitais e medicamentos de grandes laboratórios. Os alunos terminavam o curso com uma visão biologicista, tendendo a se tornar um especialista, buscando residências que suprissem as faltas que o curso deixou, não se preocupando com o modelo de saúde existente ou com a condição de saúde da população. O papel do médico era diagnosticar através de vários exames para se certificar, pois a semiologia não era o foco do curso, e então instituir o tratamento, que era muitas vezes aquele repassado pela indústria farmacêutica, visto que a farmacologia também era matéria reduzida durante a formação acadêmica. ⁸ Esse modelo também foi adotado na implantação do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

È claro que juntamente com o modelo adotado pelas universidades, apoiou-se o modelo cultural que existe no país, que afirma a não importância da população nas decisões, da autoridade dos que “sabem mais”, e foi essa cultura do nosso país que possibilitou a permanência desse modelo por tantos anos.

A Reforma Sanitária veio então como um movimento contra-hegemônico, para propor um modelo de saúde e educação que atendesse às necessidades da população. Esse modelo tinha participação de várias frentes, como os Publicistas do Inamps, os Preventivistas, a Pastoral da Saúde, o Movimento dos Intelectuais da Medicina que criaram o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), o Movimento de Renovação Médica (REME), o Movimento Estudantil com os ECEMs (Encontro Científico de Medicina) e ainda as pioneiras Residências em Saúde Comunitária, com início em 1976. Apesar de separados, todos lutavam contra a ditadura e o complexo médico industrial e a favor de um sistema de saúde que integrasse os

Ministérios da Previdência e o da Saúde, e que fosse hierarquizado. Essas frentes se reuniram pela primeira vez em 1976 e depois de vários encontros, articulou-se o Movimento pela Reforma Sanitária.³

Em 1986 com a VIII CNS é que se deu a oportunidade de, juntamente com a população, definir as diretrizes para o futuro modelo de saúde do Brasil. Neste momento, deu-se um grande passo, pois se definiu o conceito de saúde que depois fez parte de um capítulo na Constituição Brasileira e deu bases para a criação do SUS. É importante ressaltar que em 1986, na VII CNS o Brasil chegou finalmente ao lema definido pelo Movimento de Medicina Social Europeu do século XIX: “Saúde: direito de todos, dever do Estado”.

2.3 O SUS , a Integralidade e o Controle Social

Dessa forma em 1988, com a aprovação da nova Constituição Brasileira, o SUS foi criado. Um modelo de saúde cujas diretrizes são: integralidade, universalidade, equidade, hierarquização e controle social.

A integralidade, essa diretriz tão importante e norteadora das demais diretrizes, tem sido reconhecida como expressão polissêmica, com seus muitos possíveis sentidos convergindo quanto a contraposição ao reducionismo, a fragmentação e objetivação dos sujeitos,⁹ que deve abranger tanto as ações assistenciais ou curativas quanto, e prioritariamente, as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças.¹⁰ Neste trabalho pretendemos nos deter as ações de promoção da saúde dentro da integralidade.

Este termo, promoção da saúde, foi definido em 1986 na Conferencia em Otawa, Canadá, como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo, reforçando a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde.¹¹ A promoção da saúde busca modificar condições de vida para que sejam dignas e adequadas; aponta para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão,¹² o que chamamos de processo de autonomia, empoderamento. Esse processo de autonomia deve ser buscado pela população e à medida que os indivíduos vão adquirindo esse empoderamento, adquirindo autonomia, começam a lutar por seus direitos á saúde, pelo direito nas decisões da saúde de sua comunidade, e esse é o conceito de Controle Social, outra diretriz do SUS, garantida na Constituição.

No entanto, apesar de constar na Constituição, isso não significou que tudo estava pronto e que agora finalmente a população iria ter um sistema de saúde que atendesse suas necessidades, nem que teria saúde plenamente, como o conceito escrito neste documento. Mesmo hoje, 20 anos após a criação do SUS, ainda temos que fazer e lutar para alcançarmos tal sonho.

Para que esses conceitos fossem exercidos na prática, em 1990 conseguiu-se a aprovação das Leis Orgânicas (8.080 e 8.142), mas é somente em 1992 na IX CNS, que se definem as Normas Operacionais Básicas (NOB) para colocar o SUS em funcionamento de fato.⁴

Com a Lei 8.080 ficou estabelecido de que forma o SUS iria atuar na promoção, prevenção e recuperação da saúde da população e como seria o funcionamento dos serviços prestados pelo SUS. A participação popular, no entanto, não foi citada e então, no final do mesmo ano de 1990, decretou-se a Lei 8.142 que estabelece a participação popular no SUS.
2,13

Nesta Lei 8.142 fica definido que nas três esferas do governo (Município, Estado e União) a participação da população se dará através de Conferências de saúde e Conselhos de Saúde. As Conferências de Saúde serão convocadas em determinados períodos para avaliar e propor novas diretrizes para as políticas de saúde nos seus níveis correspondentes. Os Conselhos de Saúde terão, ao contrário, caráter permanente e deliberativo, com representantes dos vários setores da comunidade e atuará na formação das estratégias e no controle de execução das políticas públicas em cada esfera de Governo. A composição partidária nos conselhos foi discutida na IX CNS e confirmada da seguinte maneira na Lei 8.142: 50% dos participantes devem ser representantes dos usuários do SUS, 25% trabalhadores da saúde e os 25% restantes, representantes do governo e prestadores de serviços de saúde.²

Desta forma, a população pode atuar na elaboração das políticas públicas principalmente do município, e tem o dever de fiscalizar se essas ações estão sendo executadas de maneira prevista. Como já vimos, não foi o suficiente colocar no papel para que tudo estivesse resolvido, acreditando que há muito que se estudar, que se aprender, tanto pelos profissionais da saúde quanto pelos governantes e pela população. Assim, informadas dos

direitos e deveres de cada um, a participação e controle nas ações de saúde serão mais efetivos, e o sonho do SUS e da saúde para todos de forma igualitária será de fato alcançado.

2.4 Reforma Curricular

Antes mesmo da organização da VII CNS, muitos profissionais e professores perceberam que para se mudar um sistema de saúde é necessário mudar a formação dos futuros profissionais. E como a Reforma Sanitária lutava pela integralidade e a participação popular no SUS, essas diretrizes constitucionais também devem ser tomadas como determinantes na formulação da política do SUS para a mudança na graduação.¹⁴

“A evocação trazida, então, busca configurar uma análise da integralidade da atenção á saúde como eixo norteador da necessidade de mudança na formação dos profissionais dessa área de conhecimento e contribuir á formação de políticas do SUS para a mudança na graduação das profissões de saúde”¹⁴

Apesar de o modelo flexneriano ser o adotado pelas faculdades da área da saúde em todo país, diversas pequenas iniciativas foram sendo tomadas, com a intenção de reverter o modelo até então usado para um modelo que atendesse as necessidades da população. Sendo esse modelo formado por médicos generalistas, que vissem as pessoas inseridas em sua comunidade, com seus problemas e dificuldades.

“...experiências de mudança na formação de profissionais de saúde revelam que o mais potente eixo integrador dos processos educativos (que possibilita articular conteúdos e campo disciplinares distintos, incluindo as contribuições da área social) são as práticas profissionais organizadas a partir das necessidades de saúde da população”¹⁴

Uma das experiências ocorreu nesta instituição, pela iniciativa do Departamento de Saúde Pública da UFSC, na Costeira do Pirajubaé, onde alunos e professores se reuniram com a população para discutirem e juntos resolverem seus principais problemas de saúde. A partir daí, começou a discussão sobre a necessidade de uma reforma pedagógica no currículo dos cursos da saúde. Em 1997, houve a iniciativa com a criação do Internato em Saúde Coletiva e, em 2003, com incentivo federal através do Promed iniciou-se a reforma curricular no curso de medicina da UFSC, que posteriormente passou a receber financiamento do Prosaúde, que também financiou a reforma de outros cursos da saúde. Visando tornar os estudantes profissionais com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitando-os atuar, com princípios éticos, no processo saúde-doença, capazes de atuar nos diferentes níveis de

atenção, com ações de promoção de saúde e prevenção, recuperação e reabilitação de doenças, na perspectiva da integralidade da assistência, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania, em prol da saúde integral do ser humano.⁷

Foi através do estudo desta história e a percepção da reforma curricular da UFSC que o questionamento que embasou este trabalho se deu, para entender como a reforma curricular está atuando na formação acadêmica, com relação ao CS. Questiona-se como a reforma curricular está consolidando o conhecimento deste tema e investigar se os estudantes compreendem a importância da participação popular na saúde da população e como ela pode ou deve se comportar na prática do SUS.

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

Identificar as concepções de CS dos alunos de graduação do curso de medicina.

3.2 Objetivos Específicos

1. Identificar a percepção do estudante de medicina de como o CS acontece no cotidiano da prática em saúde.
2. Identificar a percepção dos estudantes do papel dos profissionais no CS.
3. Identificar a percepção do estudante da importância da participação da sociedade no CS.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Abordagem

A metodologia empregada foi qualitativa. Optou-se por esta abordagem, visto que já tinha o conhecimento de que este tipo de pesquisa – qualitativa – visa analisar opiniões e qualidades e então poderia atingir meu objetivo de estudar a percepção dos estudantes sobre controle social e sobre a participação popular no processo de saúde.

A pesquisa qualitativa se preocupa com nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes ou que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos. ¹⁵

A pesquisa qualitativa permite uma abordagem subjetiva, trabalha com mensagens, com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade para compreender e explicar a dinâmica das relações sociais, que por sua vez, são depositários de crenças, valores, atitudes e hábitos. ¹⁵

4.2 Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram selecionados por um critério de intencionalidade. Alunos do próprio curso de medicina foram os informantes chaves. A intencionalidade se deu na busca de dois grupos de pessoas com concepções distintas. Um com concepções mais próximas á saúde pública, saúde coletiva, medicina de Família e Comunidade; e outro mais voltado para especialidades, hospitalismo. O critério se deu pelo conhecimento dos informantes chaves e meu sobre os alunos. Foram entrevistados estudantes de medicina das últimas fases após uma reforma curricular. Assim se deu por ser nosso objetivo analisar a influência do novo currículo sobre o conhecimento e as concepções dos estudantes sobre o CS.

Foram entrevistados três alunos da segunda turma pós reforma curricular e três da primeira turma pós reforma curricular. Segundo Bardin a pesquisa qualitativa fundamenta-se

na presença (ou ausência) de elementos, e não na frequência de sua aparição¹⁶ podem, portanto funcionar sobre corpus reduzidos e estabelecer categorias mais discriminantes.¹⁷

4.3 Coleta de Dados

Após a seleção, os alunos foram contatados e se realizou individualmente as entrevistas semi-estruturadas com respostas abertas, que se iniciava com a apresentação de uma situação problema (ANEXO 2), sob a qual se faziam as perguntas. Optou-se pela entrevista semi-estruturada, visto que esta permite dialogicidade, aprofundamento, esclarecimento, que está apoiada em teorias e hipóteses, que interessam á pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo á medida que se recebem as respostas do informante¹⁰. A situação problema foi utilizada por entender que assim o entrevistado teria uma visão melhor da realidade e assim poderia dar respostas mais próximas a sua visão do CS e não somente um conceito pré-estabelecido. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. O tempo médio das entrevistas foi de 20 minutos, sendo a mais breve de 8 minutos e a mais longa de 45 minutos.

A pesquisa se deu em dois momentos: a primeira, chamada piloto, com a finalidade de testar a situação problema e o questionário semi-estruturado, que foi realizada com uma aluna da sétima fase do curso de medicina, e a segunda, chamada pesquisa definitiva, que foi a pesquisa de fato.

4.4 Análise dos Dados

A análise se deu através da técnica de análise de conteúdo temático de fala.

A análise de conteúdo não se limita a descrever o conteúdo das mensagens segundo procedimentos sistemáticos e objetivos. Além de descrever, a análise de conteúdo analisa significados contidos nas mensagens... o interesse não reside na descrição de conteúdos, mas sim no que estes nos poderão ensinar após serem tratados (por classificação, por exemplo), relativamente a “outras coisas””.¹⁶

Segundo Bardin, a análise de conteúdo considera o continente, isto é, trabalha com vestígios presentes nas entrevistas, no questionário para evidenciar os indicadores, que permitem inferir, ou seja, deduzir de maneira lógica, conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre seu meio.¹⁶

Segundo, Triviños, não é possível que o pesquisador detenha sua atenção exclusivamente no conteúdo manifesto dos documentos. Ele deve aprofundar sua análise tratando de desvendar o conteúdo latente que eles possuem.¹⁸

Na medida em que faz uma articulação entre a superfície dos textos, descrita e analisada, e fatores que determinam essas características, deduzidos logicamente, a análise de conteúdo é a busca de outras realidades através das mensagens, para isso utiliza a palavra como objeto de estudo.¹⁶

Dessa forma, não se pode ignorar o fato de que a análise muda conforme quem analisa as falas, no entanto Minayo não caracteriza isso como interferência, mas sim como uma característica do conhecimento, que é influenciado pelo momento histórico e social onde ocorre.¹⁵

“Isto não implica em uma visão maniqueísta, onde o pesquisador reconstrói a realidade com “segundas intenções políticas”, mas sim uma característica intrínseca do conhecimento científico: ele é sempre histórica e socialmente condicionado. O pesquisador opera escolhas (mesmo sem ter percepção clara disto), tendo como horizontes sua posição social e mentalidade de um momento histórico concreto.”¹⁵

4.5 Procedimento Ético

O projeto desta pesquisa está registrado no SISNEP e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, e os entrevistados assinaram um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1), onde tomavam conhecimento da pesquisa e ficavam cientes de poderem desistir de participar da pesquisa a qualquer momento e do sigilo dos dados coletados.

5. RESULTADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise das falas seguiu a seguinte ordem:

1. Visão horizontal: durante a transcrição e depois em uma leitura flutuante, se teve uma visão geral, horizontal, das falas e fez-se um reconhecimento do material coletado.
2. Seleção das unidades de registro mais significativas para a identificação de categorias: seleção das frases.
3. Categorização propriamente dita: expressões e até mesmo palavras, que exprimissem estudar opiniões, atitudes, valores.
4. Identificação, se emergente, das subcategorias.
5. Classificação ou agrupamento das categorias por aproximação temática: agrupamento das falas de acordo com caracteres comuns entre eles.
6. Análise inferencial: análise baseada nos pressupostos do pesquisador, aonde se vai inferir, ou seja, deduzir logicamente os dados obtidos.

Através desse processo de análise, foram definidos quatro categorias: Categoria 1 – CS como autonomia; Categoria 2 – CS como regulação; Categoria 3 – CS como controle estatal e Categoria 4 - Ensino do CS.

5.1 Categoria 1 – Controle Social como autonomia

E2: - a sociedade tivesse tendo participação na criação dos postos.

E3: - a oportunidade de ter voz... promover políticas de saúde...

E3:- participar ativamente desses processos, desses espaços para desenvolver políticas ou trocar idéias e participar da realidade que ela vive.

E4: - o CS deveria ser a população, que é sociedade como um todo que muda e aí muda o CS, é o reflexo, o CS é o espelho da sociedade.

E4: - se a população soubesse que ela tem autonomia, mais possibilidade de intervenção,... , terem consciência que elas fazem parte do SUS...

E4: - mas a população sentir a necessidade de fazer parte..., tem a discussão, se consegue mobilizar.

E4: - tentar fazer com o que eles estão reivindicando se torne uma luta concreta e possa ser resolvido com CS.

E4: -... é uma formação crítica pra ta problematizando a realidade, pra ta tentando levar as discussões e encontrando soluções...

Vemos que nessa categoria o CS tem uma definição ampla, atuando como um espaço de voz para a população, onde a sociedade teria a oportunidade de discutir ações, problematizar e desenvolver uma formação crítica da situação da saúde e a partir daí propor ações de saúde.

Para Eugenio Vilaça Mendes esse conceito permeia o conceito de cidadania, de processos de conquistas coletivas e implica na reivindicação e a defesa dos direitos sociais.¹⁹

“É, aí, que o processo das políticas sociais é também um processo de constituição de cidadania, em que os benefícios e impactos, além do lado assistencial, só podem ser concebidos como processo fundamental de uma dialética de construção de cidadania”¹⁹

Essa categoria explícita, o que o processo de Reforma Sanitária lutou e que tinha em mente ao incluir a participação popular, ou CS, na Constituição Federal de 1988. Que esse conceito permeia o conceito ampliado de saúde, definido na VII Conferência Nacional de Saúde, em 1986.²⁰

“... a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho... É, assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção,..., devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.”²⁰

Na Carta de Ottawa, definiu-se promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”¹¹

As atividades de promoção da saúde estariam,..., mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido, num sentido amplo, por meio de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades (*empowerment*).²¹

Empoderamento tem sido entendido como o sentimento de poder próprio, e autodeterminação, que motiva as pessoas e por consequência a sociedade, a buscar conhecimento sobre seus direitos e deveres, e lutar por eles. Tomado neste sentido, o empoderamento se torna um processo que oferece possibilidades às pessoas de autodeterminar suas próprias vidas, efetivando sua inserção nos processos sociais e políticos, a partir de sua integração na comunidade e da articulação com outras organizações.²²

Assim, podemos inferir que o conceito de saúde, de promoção da saúde e do CS estão todos interligados, e se completam. Quando uma pessoa tem autonomia, questiona, problematiza e participa da construção e das políticas públicas de saúde de seu município, estado ou país, esta está promovendo essa mesma autonomia à sociedade em que vive, e dessa forma mais saúde seria promovida e o nível de saúde, no conceito ampliado, seria encontrada dessa população.

Desta categoria percebemos a necessidade de aprofundar algumas expressões utilizadas pelos alunos, que encontram-se citadas anteriormente, e formar subcategorias.

...ter voz...

Percebemos que aqui, o conceito de CS está diretamente vinculado ao conceito de democracia. Mas não essa democracia, que simplesmente vai às urnas votar, mas uma democracia de realmente ter direito à voz, ter direito a construir junto, ter direito a reivindicar, discutir aquilo que é melhor para a comunidade, de ser ouvido, de problematizar, para juntos, democraticamente, encontrar a melhor solução para os problemas daquela comunidade.

...CS é o espelho da sociedade.

Essa expressão nos faz refletir. Se o CS é o espelho da sociedade, e compartilho com essa opinião, podemos entender porque o CS não é exercido como autonomia, como empoderamento. Nossa população não é autônoma, busca soluções mais fáceis, sem discutir, sem problematizar, nossa sociedade não é crítica, não se sente parte do SUS. Dentro dos CLS percebemos relações de poder, que são existentes na sociedade de hoje e podemos até dizer que nossa sociedade é corrupta, então o que encontraremos no CS?

Podemos ponderar também qual é o fluxo que o empoderamento segue. É a partir do CLS que conseguiremos empoderar nossa sociedade, ou é através de pessoas autônomas, empoderadas, que vamos empoderar a sociedade e então o CLS será um veículo para exercer esse empoderamento. Acredito que a segunda opção seja a melhor, a que trará resultados reais, de real mudança da sociedade e não somente uma obrigação de ter os CLS, e de maneira até impositiva “empoderar” as pessoas.

...luta concreta...

Aqui vemos o CS como um espaço de luta, um espaço onde podemos reivindicar mobilizar, participar. Espaço onde nossas concepções, nossos valores, nossos ideais podem ser discutidos e ali poderemos lutar por uma sociedade mais saudável, uma sociedade mobilizada, capaz de lutar pelos seus direitos, por aquilo que acredita ser capaz de sonhar e acreditar que através de muita luta esse sonho pode vir a ser realidade.

...encontrando soluções...

Espaço onde se podem buscar soluções, onde se podem encontrar pessoas mobilizadas, solidárias, com união, que apesar de distintas, muitas vezes até politicamente, mas com o mesmo objetivo de melhoria da comunidade. Espaço onde as pessoas tenham a confiança de discutir, problematizar, buscar, estudar e assim encontrar caminhos que podem ser seguidos para solucionar, ou talvez amenizar os problemas da sociedade.

5.2 Categoria 2 – Controle Social como regulação

E4: - regulamentando os serviços, controlando, auxiliando melhor o funcionamento dos serviços.

E4: -... garantisse que você exigindo, você vai conseguir os profissionais ...é papel do CS exigir isso...

E6: - saber como a população gostaria de marcar as consultas...

E7: -... ter um feedback da população, o que ta precisando, na parte de saúde, o que tá em déficit na comunidade, o que precisa, quais são as ações, o que precisa fazer...

Percebemos nesta categoria, o CS como regulador do serviço de saúde, entrando na pauta dos Conselhos Locais de Saúde questões como contratação de pessoal, convênios e compra de ambulância, e Marcelo Rasga^{*1} aponta isso como uma distorção na atuação do conselheiro, que acaba tendo que ser o agente fiscalizador. Ele tem a função de fiscalizar, mas será que é a mesma coisa que ser agente fiscalizador? Pra mim, esse papel de detetive não cabe ao conselheiro.²³

Já Soraya Varga^{*2}, afirma que os conselhos mais ativos têm conseguido controlar as decisões do governo.²³

Assim percebemos que mesmo entre pesquisadores do tema esse conceito do CS como regulador, controlador das ações do Estado e das políticas públicas é controversa. Ao mesmo tempo em que o CLS, representando o CS, deve fiscalizar as políticas públicas implantadas, esse é somente uma parte de suas atribuições. Mas o que percebemos pelas respostas e falas dos alunos entrevistados é que eles e, podemos inferir que a população também tem essa visão e espera essas ações do CLS. Acaba que o CS é exercido de forma parcial, sem atingir seu objetivo maior de empoderamento da população, devido à percepção simplista de que sua função é resolver questões como as citadas nas entrevistas de falta de profissional, horário de marcação.

Marcelo Rasga ainda sugere que para amenizar essa situação, a criação de uma rede de CS, que envolva os CLS, o Ministério Público, o Tribunal de Contas, a Controladoria Geral da União e organizações não-governamentais. Isso resolveria parte da questão, mas o conceito permaneceria o mesmo.²³

¹ Coordenador da pesquisa Monitoramento e apoio á gestão participativa do SUS, Ensp/FioCruz.

² Pesquisadora do CS e participou do painel: Conselhos de Saúde: O falso dilema entre democratização e institucionalização, no 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.

O que precisa para mudar essa visão do CS como regulador simplesmente? É a pergunta que me faz refletir. Quando conseguirmos resolver essas questões, então a sociedade vai fazer essa reflexão e então começará a desenvolver autonomia para construir as ações governamentais de forma a buscar sua cidadania e não somente como um agente fiscalizador, como cita Rasga.²³

É papel do médico, dialogar, problematizar, esse e outros temas com a população de forma que esta entenda seus direitos, entenda que tem participação na construção da saúde e se sinta empoderada, com autonomia. Mas se os próprios estudantes possuem essa visão simplificada, o que fazer na formação desses profissionais para que através desses haja uma reflexão na sociedade sobre o CS.

È principalmente na graduação que os estudantes precisam aprender a questionar, a problematizar, a entender o processo de construção do SUS para assim entender o verdadeiro sentido do CS, e se sentirem atores na construção do SUS, na saúde de determinada sociedade e na construção dessa autonomia. Mas o que podemos constatar pelas falas dos alunos entrevistados, que isso não ocorre, que apesar da mudança curricular voltada para uma visão de médico generalista, voltado a saúde coletiva, não está cumprindo seu papel.

5.3 Categoria 3 – CS como Controle Estatal

E2: Do sistema sobre a comunidade, ..., do governo sobre a sociedade...

E7: assistência que o governo tem que ter, um gerenciamento melhor da estruturação do SUS...

Na sociologia, o termo CS tem significado o oposto ao que lhe atribui o campo jurídico, constitucional e de cidadania. O primeiro designa o Estado controlando a sociedade; o segundo, a sociedade controlando o Estado.²³

Segundo Antonio Ivo^{*3} CS, na sociologia, está associado à idéia de domar, de conter as forças e dar certa homogeneidade á população, mas ao longo do tempo, o termo ganhou designação pluralista, que inspirou as formas mais recentes do controle do Estado pela sociedade.²³

³ Médico sanitário, diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca Ensp/Fiocruz.

Podemos ver, que o termo CS causa certa confusão, pois seu conceito sociológico é oposto ao conceito usado constitucionalmente. A própria semântica da palavra causa esta confusão, e esse não é o termo utilizado na constituição, mas sim participação popular, que traz a idéia mais clara do que se pretende com o termo CS.

Mas a ambigüidade desse termo pode fazer muitos profissionais pensarem e até agirem, com esse conceito, de que o profissional, no caso médico, tem poder sobre o paciente, já que o governo também exerce essa autoridade. Que o governo deve ditar as normas de saúde, de controle de natalidade, por exemplo, e a população tem que acatar.

Dessa forma, entendo que seria apropriado usar a expressão, participação popular, como se encontra na constituição, no lugar de CS. Pois, participação popular, traz sim, o conceito de que a população estaria participando na construção do sistema de saúde e da própria saúde da população.

5.4 Categoria 4: Ensino do CS

E3: pelas coisas que eu já li...

E3: a gente tem a Interação Comunitária como eixo, entre aspas, porque atualmente eu acho que ela não é o eixo do currículo, mas a realidade não é outra, o CS é pouquíssimo abordado na faculdade,...

E4: eu acho que a gente não tem formação nenhuma,..., é abordado SUS, mas as pessoas que estão ali à maioria não vão trabalhar no SUS, ou vão trabalhar sim, mas não tem a visão de que querem ajudar a construir o SUS...

E4: principalmente porque a gente só tem aula no hospital, totalmente intervencionista...

E5: é uma parte do curso que a gente não trabalha, então seria interessante a inserção do estudante no conselho, nas ações na interação comunitária.

E5: ...se teve foi uma aula sobre o SUS, ..., isso a gente nunca teve.

E6: Acho que quase nada. Se foi falado eu não me recordo, não sei se por falta de interesse minha, pode ser, ou se realmente foi pouco falado.

E6: principalmente diante de uma reforma curricular, onde a tendência de formação é essa, saber como funciona o sistema, se sentir dentro do sistema...

E7: a gente sabe que as aulas de saúde pública às vezes ficam até um pouco repetitivas, mas acabam não enfocando, e dando essa visão pro estudante que a gente deveria, a gente fica “fosforilando” sobre outros assuntos, em algumas aulas de saúde pública e a gente não tem essa parte.

E7: acho eu muita coisa errada, o currículo mudou, mas as pessoas não mudaram, as idéias não mudaram...

E7: Não ficar falando tanto discussões que não levam a lugar nenhum,..., algumas aulas,..., as discussões são válidas, fazem a gente pensar mesmo, é até na quarta fase que a gente abre um pouco os olhos pra saúde pública.

Com essas falas podemos perceber que os alunos entrevistados percebem o déficit de aulas e da qualidade das aulas sobre esse assunto, o CS, e sobre o SUS. Ponderam inclusive a mudança curricular, que acabou sendo somente no papel, pois como relata uma das falas, os professores e seus métodos não mudaram. Questionam também a vivencia prática deste tema, colocando que é papel da interação comunitária, que é o eixo do currículo, a responsável por essa experiência prática. Citam ainda, que muitas vezes, as discussões são vagas e que não levam a lugar algum.

As mudanças curriculares podem ocorrer de duas formas, como uma reforma, que busca substituir dimensões mais abrangentes do processo de formação do médico por outras que envolvam algum grau de reinterpretação das bases do modelo hegemônico; e outra de transformação, onde as mudanças introduzem uma nova ordem do processo de formação e em suas relações com a estrutura sócio-econômica, englobando todos os aspectos da concepção saúde-doença, envolve alterações do processo de construção do conhecimento, a construção de novos paradigmas e as determinantes histórico-sociais, além de inovação das relações técnicas coma criação de modelos contra-hegemônicos.²⁴

Então, conforme o que foi relatado pelos estudantes, o que ocorreu na UFSC foi somente uma reforma curricular, onde se mudou a ordem do aprendizado, mas se continua não atingindo seu objetivo de problematizar os conteúdos, para assim os alunos vivenciarem e

aprenderem realmente conceitos importantes para sua formação, como visa uma transformação curricular.

Aqui podemos inferir e até entender algumas das respostas dadas pelos estudantes. Se as aulas não problematizam, não atingem seus objetivos, não prendem os alunos, não conseguem passar a informação, não conseguem fazer com que o aluno perceba a realidade do tema, não existe uma aprendizagem significativa, os alunos terão conceitos equivocados sobre o tema. Como poderemos chegar então a uma sociedade que exerça o CS no seu conceito mais amplo, promova saúde e alcance saúde, se os próprios profissionais têm um conceito equivocado, ou pouco aprofundado do tema.

Questionamos porque após uma reforma curricular, onde o objetivo era mudar essa visão de medicina especialista, os alunos constatam que o tema CS não é abordado em aula, ou se é nem é lembrado pelos alunos. Sabemos que os professores que passam esse conceito são professores inseridos na Saúde Pública e conhecedores do tema, então não basta ter o conhecimento, tem que se ter a importância da prática do CS como uma realidade para a mudança da saúde da sociedade, como uma luta, pois só assim se consegue envolver outras pessoas no tema, é fazer com que essas entendam (e não somente conheçam) o conceito e percebam sua importância.

“Professores não sensibilizados não “seduzirão” alunos quanto aos pressupostos do Movimento da Reforma Sanitária. Os professores terão que entender sua responsabilidade social e exercê-la, para depois ensiná-la; deverão estar comprometidos com as mudanças curriculares e deverão sentir-se como atores reais destas mudanças.”²⁵

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças curriculares que estão ocorrendo nas universidades e ocorreu também na UFSC, nos fez questionar se os alunos de medicina estavam aprendendo de forma crítica e problematizada sobre o CS, e este estudo veio confirmar o que já imaginávamos, de que há um déficit no ensino da graduação sobre tal tema e que dessa forma os alunos possuem visões distintas do conceito e da atuação do CS.

A metodologia utilizada atendeu às necessidades da pesquisa, conseguindo atingir seu objetivo de investigar as concepções dos alunos sobre o tema, e a escolha da amostra de forma intencional também exerceu sua função, pois percebemos que os alunos com aproximação com os temas da Saúde Pública e Saúde Coletiva foram os alunos que mais se aproximaram do conceito de CS e que conseguiram relacionar esse conceito com outros como democracia. A análise utilizada nos proporcionou aprofundar as respostas dos alunos e inferir sobre elas, levando-nos a questionamentos e ponderações e assim chegarmos a possibilidades de mudanças para melhorias do ensino na graduação.

O estudo demonstrou que os alunos têm conceitos distintos e em níveis de profundidade diferentes. Percebo conceitos simplificados e superficiais vendo o CS somente como regulador do sistema de saúde e outros com conceitos ampliados, abrangentes, conseguindo relacionar com outros conceitos, como cidadania. O que não foi encontrado, e que era uma expectativa, foi a relação entre o conceito de CS e a relação que esse pode exercer com a saúde da população, os alunos referem que há uma contribuição, mas essa é superficial conseguindo enxergar somente as melhorias estruturais que o CS pode fazer na saúde, e não relacionam com autonomia, com empoderamento, com o conceito ampliado de saúde.

Pude, ainda, constatar com este estudo que o ensino do CS precisa ser revisto, pois percebo e os próprios alunos referiram o déficit existente no ensino desse e de outros temas relacionados com o SUS. Houve inclusive o questionamento sobre a reforma curricular, que teve esse objetivo, de melhorar o ensino e formar médicos com uma visão social importante,

capaz de mobilizar a sociedade para a construção do SUS, e que não está sendo percebido pelos alunos.

Como então podemos aprimorar o ensino desses temas na graduação? Foi sugerido pelos alunos a inserção desses temas na Interação Comunitária, a participação dos alunos nos CLS. Essa possibilidade está aberta, mas não vemos interesse dos alunos para participar espontaneamente dessas atividades. Acredito que para que os alunos tenham interesse em vivenciar na prática o funcionamento dos CLS, por exemplo, é necessário, que na teoria o aluno seja conquistado pelo tema, se envolva, se mobilize, veja sua atuação nesse e em outros espaços do CS. Cabe então aos professores estar envolvidos e “apaixonados” pelo SUS e CS, pois é somente dessa forma e com técnicas pedagógicas apropriadas que isso será possível.

Outra forma de inserir os alunos nas atividades dos CLS seria através de disciplinas optativas ou projetos de extensão. Ocorre hoje um projeto de extensão no departamento de Saúde Pública que envolve vários cursos e que busca inserir os alunos nas comunidades e problematizar temas como CS, promoção da saúde e educação popular para envolver tanto os alunos no seu aprendizado como a comunidade no seu processo de empoderamento.

No início deste estudo tinha uma expectativa e acreditava que ele poderia contribuir para o ensino do CS, no entanto no decorrer do estudo, a análise nos fez ponderar sobre assuntos como empoderamento, democracia, cidadania, sobre como este processo ocorre na sociedade, sobre como nossa sociedade tem percebido o CS e de como nossa sociedade está hoje. Esse estudo visa então convidar alunos e professores a fazerem este mesmo questionamento, para assim aprimorarmos o estudo-aprendizagem sobre o CS e outros temas relacionados ao SUS e assim sua vivência pelos profissionais e pela sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Constituição (1988) Constituição da República Federativa do Brasil; promulgada em 05 de outubro de 1988. 1988.
2. Ministério da Saúde, Lei Federal 8.142/90.
3. DA ROS, M.A. Estilos de Pensamento em saúde Pública: um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FioCruz entre 1984 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck. Tese de doutorado em Educação e Ciência. Florianópolis: CED, UFSC, 2000.
4. DA ROS, M.A. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. A Saúde em debate na educação física – V.2. Blumenau: Nova Letra, 2006.
5. DA ROS, M.A. A Ideologia dos Cursos de Medicina.
6. CUTOLO, L.R.A. Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC. Tese de doutorado em Educação. Florianópolis: CED/UFSC, 2001.
7. DA ROS, M.A. Uma visão da reforma curricular a partir do movimento sanitário. Da proposta à ação: Currículo integrado do curso de Medicina da UFSC. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 2005.
8. GROSSEMAN, S. Um olhar sobre o processo de mudança curricular do curso de Medicina: do contexto global ao contexto da Universidade Federal de Santa Catarina. Da proposta à ação: Currículo integrado do Curso de Medicina da UFSC, Florianópolis: Ed. Da UFSC, 2005.
9. DE MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde / Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos, organizadores. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. 180p. ISBN 85-89737-34-9.

10. ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Inteface* (Botucatu), Set/Fev 2005, v. 9, no 16, p. 39-52.
11. Carta de Ottawa. 1ª conferência internacional sobre promoção da saúde. Canadá, 1986.
12. BUSS, P.M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. *Promoção da Saúde, conceitos, reflexões, tendências*. Czeresnia, Dina (org). Rio de Janeiro: editora FioCruz, 2003.
13. Ministério da Saúde. Lei Federal 8.080/90.
14. CECCIM, R.B. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, no 5, p. 1400 – 1410, Rio de Janeiro, set-out, 2004.
15. MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3ª Edição. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1994.
16. BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: 70/LDA, 1997.
17. GAMA, L.A.--- Educação Popular em Saúde: Reflexões sobre os conceitos e a prática do estudante de medicina da UFSC. Trabalho de Conclusão do curso de graduação em Medicina. Florianópolis: CCS/UFSC, 2003.
18. TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução á pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em Educação*. Ed. Atlas, 1987.
19. MENDES, E.V. *Uma Agenda para a Saúde*. Hucitec, São Paulo, 1996. Texto parcialmente publicado, com autorização da editora, Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF9371.pdf
20. Ministério da Saúde. *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*, Brasília, 1986.
21. CZERESNIA, D. (org) *O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção*. *Promoção as Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. FioCruz, 2003.

22. WENDHAUSEN, A.L.P. Empoderamento e Recursos para a Participação em Conselhos Gestores. *Saúde e Sociedade* v.15 n.3 p. 131-144, set – dez 2006.
23. Radis, *Comunicação em Saúde*. No 53, p. 12 – 19, Jan de 2007.
24. CUTOLO, L.R.A. Percepção dos Alunos dos Cursos de Graduação em Medicina da UFSC Sobre a Concepção Saúde Doença das Práticas Curriculares. *Arquivos Catarinenses de Medicina* V.32, no 4 , p. 75 – 88, de 2003.
25. CUTOLO, L.R.A. Desenvolvimento de Competências em saúde da Criança nos Cursos de Graduação em Medicina. *Arquivos Catarinenses de Medicina* v. 35, no 3, p. 94 – 98, de 2006.

ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal de Santa Catarina

Centro de Ciências da Saúde

Meu nome é Cecilia Marin e, sob orientação dos professores Marco Da Ros e Luiz Roberto Agea Cutolo, estou desenvolvendo a pesquisa “Concepções e Conhecimentos dos Estudantes de Medicina sobre o Controle Social”, com o objetivo de verificar se o controle social é conhecido e praticado pelos estudantes de medicina e a importância que estes dão a participação popular no SUS. Nosso questionamento leva à necessidade deste estudo para investigar se a reforma curricular deu conta de passar o conhecimento necessário para os acadêmicos. Para isso, estou convidando você a participar de uma entrevista, simples e rápida, que não trará riscos ou desconfortos. Esperamos que este estudo contribua para a concretização do SUS e melhoria da saúde da população. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone (48) 3225 1722/ 99741475. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que todas as informações pessoais serão mantidas em segredo e só serão utilizadas neste estudo.

Assinaturas:

Pesquisadora Principal: _____

Cecilia Marin

Pesquisador Responsável: _____

Luiz Roberto Agea Cutolo

Eu, _____, fui esclarecido sobre a pesquisa “Concepções e Conhecimento dos Estudantes de Medicina sobre o Controle Social” e concordo que as informações que eu fornecer sejam utilizadas na realização da mesma.

Florianópolis, / /08

Assinatura: _____ RG: _____

ANEXO 2

Situação Problema

Dona Benta chega numa UBS de Florianópolis, e é mal recebida, mal entendida e não consegue agendar sua consulta por que as vagas acabaram. Diz ainda que nunca consegue vagas por que só pode ir ao posto no período da tarde, que é quando os filhos estão na creche e escola, de manhã não tem vaga na creche e as crianças tem que ficar em casa. Fala mal do SUS, reclama do atendimento, da fila e o médico da Unidade concorda, dizendo que o SUS nunca vai funcionar, que os governantes não pensam no povo, que ele tem toda razão e que o povo não tem voz.

Essa situação foi usada por um professor de Saúde Pública em sala de aula e o professor disse que isso poderia ser resolvido com Controle Social.