

MESTRADO

POLÍTICAS SOCIAIS E DINÂMICAS REGIONAIS

ANGELA MARIA GOMES

**FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DO
CONTROLE SOCIAL**

ANGELA MARIA GOMES

**FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DO
CONTROLE SOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais da Universidade Comunitária Regional de Chapecó para obtenção do título de mestre em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais.

Orientador: Prof. Dr. Maria Elisabeth Kleba

Chapecó- SC, março de 2019


UNOCHAPECÓ

UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ
Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Políticas Sociais e
Dinâmicas Regionais

FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: ESTRATÉGIAS PARA O
FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL

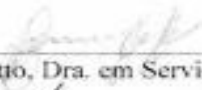
ANGELA MARIA GOMES

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do grau de
Mestre em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais
sendo aprovada em sua forma final.

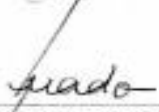


Prof. Maria Elisabeth Kleba, Dr. em Filosofia pela Universidade de Bremen, Alemanha
convalidado como Dra. Em Enfermagem - UFSC
Orientador

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dunia Comerlatto, Dra. em Serviço Social – PUC/RS



Prof. Marta Lenise do Prado, Dra. em Filosofia da Enfermagem - UFSC

Chapecó, 28 de março de 2019

FICHA CATALOGRAFIA

Catálogo elaborado por Roseli A. Teixeira CRB 14/631

G633f Gomes, Angela Maria
Formação em enfermagem: estratégias para o fortalecimento do
Controle social / Angela Maria Gomes; Maria Elisabeth Kleba
(Orientadora) -- Chapecó, SC, 2019.
114 f.: il. ; 30 cm.

Dissertação (Pós-Graduação em Políticas Sociais e Dinâmicas
Regionais) – Universidade Comunitária Regional de Chapecó,
2019.
Inclui bibliografias

1. Enfermagem. 2. Educação superior. 3. Controle social.
I. Título. II. Kleba, Maria Elisabeth.

CDD 23 – 610.73

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Sérgio e Eva, que humildemente me apresentaram à importância da educação e do amor ao próximo!

AGRADECIMENTOS

Iniciamos os agradecimentos por onde (a quem) tudo começou! À minha sempre mestre e amiga Liane Colliselli. Obrigada por me “apresentar ao controle social” ainda na graduação e plantar essa sementinha em meu coração. Além de amor e gratidão, tenho por ti um respeito e admiração imensa. É um exemplo de enfermeira e educadora.

Agradeço com todo meu coração à minha amada orientadora, Maria Elisabeth Kleba. Acima de tudo, agradeço pela imensa paciência que teve à mim durante essa caminhada de dois anos. Com sua amorosidade e sabedoria soube respeitar cada momento vivido nesse processo e com seu conhecimento soube me mostrar os horizontes no ato de pesquisar e refletir. Que eu possa, ao longo de minha caminhada, seguir aprendendo contigo!

Aos professores do Programa de Pós-graduação Stricto-Sensu em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais, que compartilharam seus ensinamentos sempre com carinho e disponibilidade. E ao Programa por permitir a muitas cabeças reflexivas, como está, a oportunidade de realizar uma prática acadêmica comprometida com as realidades sociais que lhes cercam.

Às professoras da banca de qualificação e defesa da dissertação, por terem aceitado o convite para participarem de ambos os momentos, e pelas pertinentes contribuições que auxiliaram na qualificação desse estudo.

À Coordenação do curso de Enfermagem Universidade Federal da Fronteira Sul, na figura da Prof^a Eleine Maestri, pelo carinho, disponibilidade e receptividade ao acolher um sonho de umas das egressas desse curso.

Aos sujeitos ativos dessa pesquisa: Flor, Práxis, Orquídea, Silvana e Borboleta. O que tenho a dizer a vocês é que todo o produto construído aqui eu devo-lhes de alma e coração. Seguem sendo lindas e amorosas inspirações de pessoas e profissionais.

À Unochapecó pela oportunidade de realizar este mestrado com bolsas de estudos dos programas de UNIEDU e PROSUP.

Aos colegas de mestrado pelos momentos compartilhados e pelos companheiros científicos, foi bom ter com quem contar e se apoiar nos períodos difíceis.

Às minhas colegas de trabalho, Daniela Sbeghen e Gelcir Stocco. Foram duas pessoas essenciais para que pudesse chegar ao final dessa caminhada. Sempre dispostas a me auxiliar nas atividades diárias para poder me ausentar e dedicar-se ao mestrado, me apoiando, aconselhando e estendendo suas mãos (e braços) amigas. Mais que colegas, duas grandes amigas!

À Deus por me guiar, iluminar, me abençoar, me dando serenidade para seguir em frente com os meus objetivos, bem como ter sido meu amparo nos momentos de dificuldades.

Aos meus pais e irmã. Vocês são meus exemplos de ser humano e maiores incentivadores para chegar até aqui. Tudo o que sou e todas as minhas conquistas é para vocês e por vocês.

Ao meu companheiro Rodrigo Seidel, pela disposição em caminhar comigo diariamente. Manteve-se calmo e me acalmando, me aconselhando, me apoiando e me dando o carinho necessário, para que pudesse passar por esse caminho de maneira mais leve. Você é o lado leve da vida!

À aquele serzinho pequenininho que fez sua passagem curta porém tão intensa pela minha vida. Meu bebê, que chegou exatamente durante a coleta de dados da dissertação e partiu muito antes de eu dar início às minhas reflexões nesse estudo. Você me apresentou a sentimentos nunca antes experimentados e despertou meu desejo de ser mãe. Sou mãe!

À toda minha família, sogro, sogra, cunhados e cunhadas. Pois em muitos momentos de família foi preciso que me fizesse ausente para que esse objetivo fosse concretizado.

Meu imenso carinho à todos, afinal, ninguém vence sozinho!

*Ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho, os homens se libertam em
comunhão.
(Paulo Freire)*

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Frequência dos participantes nos encontros da pesquisa.....	47
QUADRO 2 – Conceito de controle social e seus grupos de síntese.....	54
QUADRO 3 – Relação do conceito de controle social com as estratégias de ensino.....	57
QUADRO 4 –Proposta de intervenção no ensino a partir da matriz curricular do curso de Enfermagem	63
QUADRO 5 – Proposta de intervenção para o fortalecimento do controle social como conteúdo e prática do Curso de Enfermagem da UFFS.....	65

RESUMO

Introdução: Ante o modelo de atenção à saúde constituído a partir da implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil, faz-se necessário a reorientação da formação de profissionais de saúde, por meio de currículos integrados, baseados na interdisciplinaridade para o enfrentamento de problemas inerentes à uma realidade complexa. A Enfermagem como uma das profissões com maior força de trabalho e que melhor consegue promover o vínculo dos usuários com a equipe de saúde, não pode ter uma formação e atuação profissional extrínseca às transformações que a sociedade sofre, bem como à construção de políticas públicas. Isso implica em oportunizar ao estudante conhecer, desde o início de sua formação, a realidade, o funcionamento e as necessidades dos serviços de saúde e, a partir dessa relação, comprometer-se e agir como atores sociais orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, com destaque à descentralização, integralidade e participação da comunidade. **Objetivo:** Para tanto, este estudo possui como objetivo analisar de que forma o controle social tem sido abordado como componente do ensino na formação do enfermeiro em uma universidade pública do Oeste Catarinense, com vistas a desenvolver a capacidade de o acadêmico implementar práticas que fortaleçam o exercício da participação social. **Metodologia:** O referencial metodológico deste estudo é a Pesquisa Convergente Assistencial - PCA. Essa metodologia vem sendo progressivamente utilizada pela enfermagem e outras categorias da saúde, por contribuir na proposição de modelos de cuidados e propor, durante o processo investigativo, a lógica indutiva-dedutiva e uma relação próxima com a prática. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, sob o Parecer nº 2.633.125. Operacionalmente, a coleta de dados ocorreu no período de julho a outubro de 2018, envolvendo um grupo de docentes de um curso de Graduação em Enfermagem de uma universidade pública do Oeste Catarinense. Foram realizados quatro encontros com um intervalo de duas a três semanas entre esses. Com vistas a atingir os objetivos, para cada encontro utilizou-se de estratégias que possibilitassem: 1) troca de informações a partir dos conhecimentos prévios e vivências dos participantes, 2) promoção de reflexões, sugestões, indagações, identificação de potencialidades e fragilidades, e 3) a proposição de construção de novos conhecimentos e práticas. **Resultados e Discussões:** Para o primeiro encontro objetivou-se perceber a compreensão dos docentes acerca do controle social, associada à diretriz do SUS relativa a participação da comunidade. Dessa forma, utilizou-se como estratégia disparadora de reflexões o Mapa Conceitual. Este encontro possibilitou construir um conceito de controle social comum à todos os participantes da pesquisa, bastante amplo e coerente aos princípios e diretrizes do SUS. Deixam claro que a forma como o controle social é abordado na formação vai refletir na atuação profissional dos enfermeiros. No segundo encontro, o foco foi identificar em que situações e de que forma a temática do controle social tem sido abordada (ou não) no processo formativo dos acadêmicos do Curso de Enfermagem. Identificamos diferentes iniciativas que se evidenciam como pedagogicamente reflexivas, predominantemente nas fases iniciais do Curso, como por exemplo a participação dos estudantes em reuniões do conselho de saúde. Os docentes conseguem identificar lacunas existentes, principalmente nas fases mais adiantadas do Curso, onde o foco do processo ensino-aprendizagem se volta para conteúdos mais centrados na clínica e no desenvolvimento de habilidades técnicas. Os participantes sinalizam a necessidade de disseminar e incorporar o conteúdo teórico sobre o controle social nas práticas em campos de estágio dos acadêmicos e incentiva-los a incluir objetivos no diagnóstico situacional e no Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvidos no último ano do Curso, que considerem o exercício do controle social no campo de prática. Por fim, no

terceiro e quarto encontro, buscou-se identificar possibilidades de ampliar a inserção do controle social como conteúdo teórico e prático nos componentes de ensino para esse Curso. Para isso, utilizou-se de atividades em grupo, com apoio de recorte e colagem de materiais produzidos pelo grupo e pesquisadora nos encontros anteriores. Estes dois momentos oportunizaram construir propostas de intervenção, construídas pelos participantes, viáveis e factíveis no Curso de Enfermagem, com possibilidades de ampliar e fortalecer a inserção do controle social como conteúdo na formação do enfermeiro. Considerando a formação do profissional enfermeiro, buscamos com esta pesquisa contribuir com a comunidade acadêmica nas discussões sobre o processo de formação do enfermeiro e fornecer subsídios para efetivar as DCNs de Enfermagem nos cursos da região Oeste Catarinense. **Considerações Finais:** Em síntese, percebe-se que os participantes do estudo expressam uma compreensão sobre controle social como um processo complexo, contínuo e essencial à formação do enfermeiro. Destaca-se que, ainda, o reconhecimento dos participantes em relação a importância do controle social para uma formação em Enfermagem comprometida com o SUS e seus ideais, embora manifestem preocupações sobre como o controle social tem sido reconhecido, valorizado e, conseqüentemente, (pouco) abordado no curso, principalmente, pelo conjunto dos docentes. Destacam-se como limitações do estudo, a pouca adesão dos docentes à pesquisa, o que nos impossibilitou de fazer uma análise mais abrangente sobre a realidade do Curso, cenário de estudo, bem como de extrair propostas mais aderentes em termos de sua transferibilidade ao processo de formação. Esses limites apontam para a necessidade de desenvolver novos estudos que possam fomentar o interesse, o conhecimento e o compromisso dos docentes em relação ao tema do controle e da participação da comunidade como diretriz e princípio central na efetivação do SUS.

Palavras-chave: Enfermagem. Educação Superior. Controle Social.

ABSTRACT

Introduction: In view of the health care model established since the implementation of the Brazilian Unified Health System, it is necessary to reorient the training of health professionals, through integrated curricula based on interdisciplinarity to deal with inherent problems to a complex reality. Nursing as one of the professions with the greatest work force and that can best promote the users' bond with the health team, can not have a formation and professional performance extrinsic to the transformations that society suffers, as well as the construction of public policies. This implies giving the student an opportunity to know the reality, functioning and needs of health services from the beginning of their training and, from this relation, to commit themselves and act as social actors guided by the principles and guidelines of the Unified Health System, with emphasis on decentralization, integrality and community participation. **Objective:** This study aims to analyze how social control has been approached as a component of teaching in the training of nurses in a public university in the West of Santa Catarina, aiming to develop the capacity of the academic to implement practices that strengthen the exercise of social participation. **Methodology:** The methodological reference of this study is the Convergent Care Research - PCA. This methodology has been progressively used by nursing and other health categories, since it contributes to the proposal of care models and proposes, during the investigative process, the inductive-deductive logic and a close relationship with the practice. The research was submitted and approved by the Ethics Committee of the Community University of the Region of Chapecó, under Opinion No. 2,633,125. Operationally, the data collection took place from July to October 2018, involving a group of teachers from a Nursing Undergraduate course at a public university in the State of Santa Catarina. There were four meetings with a two to three week interval between them. In order to achieve the objectives, the following strategies were used for each meeting: 1) exchange of information based on previous knowledge and experiences of the participants; 2) promotion of reflections, suggestions, inquiries, identification of potentialities and weaknesses; 3) the proposition of building new knowledge and practices. **Results and Discussion:** For the first meeting, the objective was to understand the teachers' understanding of social control, associated with SUS guideline regarding community participation. In this way, the Conceptual Map was used as a triggering strategy for reflections. This meeting made it possible to construct a concept of social control common to all participants of the research, quite broad and consistent with SUS principles and guidelines. They make it clear that how the social control is approached in the training will reflect in the professional performance of the nurses. In the second meeting, the focus was to identify in which situations and in what way the issue of social control has been approached (or not) in the training process of the Nursing Course students. We identified different initiatives that are evidenced as pedagogically reflexive, predominantly in the initial phases of the Course, such as the participation of students in meetings of the health council. Teachers are able to identify existing gaps, especially in the more advanced stages of the Course, where the focus of the teaching-learning process turns to content more focused on clinical and technical skills development. Participants indicate the need to disseminate and incorporate the theoretical content on social control into practices in the field of academic training and encourages them to include objectives in situational diagnosis and Situational Strategic Planning (PES), developed in the last year of the course, who consider the exercise of social control in the field of practice. Finally, in the third and fourth meeting, we sought to identify possibilities of expanding the insertion of social control as theoretical and practical content in

the teaching components for this Course. For this, group activities were used, with support of clipping and collage of materials produced by the group and researcher in the previous meetings. These two moments made it possible to construct intervention proposals, built by the participants, feasible and feasible in the Nursing Course, with possibilities to expand and strengthen the insertion of social control as content in the nurses' training. Considering the training of the nurse practitioner, we seek with this research to contribute with the academic community in the discussions about the process of training of nurses and to provide subsidies to effect the Nursing DCNs in the courses of the West region of Santa Catarina. **Final Considerations:** In summary, the study participants express an understanding about social control as a complex, continuous and essential process for nurses' training. It is worth noting that the participants' recognition of the importance of social control for a Nursing training committed to SUS and its ideals, although they express concerns about how social control has been recognized, valued and, consequently,) addressed in the course, mainly, by all teachers. The limitations of the study, the low adherence of the teachers to the research, made it impossible for us to make a more comprehensive analysis about the reality of the Course, study scenario, as well as to extract more adherent proposals in terms of their transferability to the process of formation. These limits point to the need to develop new studies that can foster the interest, knowledge and commitment of teachers in relation to the subject of control and community participation as a guideline and central principle in the implementation of SUS. **Keywords:** Nursing. College education. Social Control.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	14
2.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
2.1.	O controle social e suas contribuições na construção das políticas públicas.....	21
2.2.	Compreendendo o exercício de controle social a partir de paulo freire	27
2.3.	Formação da enfermagem: avanços e desafios na prática	30
2.4.	A enfermagem e seu protagonismo na construção das políticas públicas	34
2.5.	Avanços e desafios da enfermagem no fortalecimento do controle social	37
3.	METODOLOGIA	40
3.1.	Percurso metodológico da pesquisa convergente assistencial	40
3.2.	Aspectos éticos	46
4.	RESULTADOS.....	47
4.1.	Primeiro encontro: momento de perceber (os participantes, um conhecimento, uma realidade)	49
4.2.	Segundo encontro: momento de refletir sobre a prática	52
4.3.	Terceiro encontro: percebendo desafios.....	58
4.4.	Quarto encontro: a reflexão leva a ação/ transformação.....	63
5.	DISCUSSÕES	69
5.1.	A compreensão dos docentes de enfermagem acerca do controle social.....	70
5.2.	Percebendo como o controle social tem sido abordado na formação do enfermeiro.....	75
5.3.	O produto final – saberes e propostas contruídas a partir da pesquisa	81
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
7.	REFERENCIAS	88
8.	APÊNDICES	95

1. INTRODUÇÃO

Durante as décadas de 70 e 80, o Brasil vivenciava um período de grandes mobilizações sociais com propostas de mudanças em diferentes setores da sociedade, como o setor agrário, administrativo, universitário e saúde (POLIGNANO, s/d; PAIM, 2012). Reconhecia-se a necessidade de transformação da vida social e fortalecimento do protagonismo dos sujeitos, e não apenas na gestão e prestação de serviços de saúde. Para isso, era preciso haver mudanças mais amplas na sociedade em geral. Com esses ideais, surge o movimento denominado “Reforma Sanitária Brasileira”, cujas bandeira de luta foram sistematizadas e legitimadas durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986 (POLIGNANO, s/d; PAIM, 2012).

A partir daí, desempenhou-se esforços para traduzir os ideais da Reforma Sanitária em um modelo assistencial que incorporasse e preconizasse o conceito ampliado de saúde, a atenção integral e humanizada, a descentralização dos serviços e a participação da comunidade nas decisões da gestão das políticas públicas, princípios e diretrizes traduzidos na institucionalização do Sistema Único de Saúde - SUS (GIL, 2006).

Esse novo modelo de atenção à saúde, implica na reorientação da formação de profissionais de saúde com currículos integrados, baseados na interdisciplinaridade para o enfrentamento de problemas inerentes à uma realidade dinâmica e complexa. Dessa maneira, pretende-se possibilitar ao estudante conhecer desde o início de sua formação a realidade, o funcionamento e as necessidades dos serviços de saúde e, a partir dessa relação, comprometer-se e agir como atores sociais, orientados pelos princípios e diretrizes do SUS (FEUERWERKER; SENA, 2002, p.38).

Ainda, esse novo modelo de formação em saúde tenciona a contribuir com o “fortalecimento da cidadania e da participação popular em saúde, ampliando o acesso da comunidade aos conhecimentos em saúde, às tecnologias, fortalecendo suas organizações próprias e sua capacidade de intervenção local”. (FEUERWERKER; SENA, 2002, p.38).

Em 2002, Feuerwerker e Sena analisaram estratégias de mudança e resultados de experiências de mudança na formação de profissionais da saúde, desencadeadas a partir do Programa Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade (UNI) na América Latina. O UNI foi um programa (ou movimento) inovador, impulsionado pelo “calor” das mobilizações e mudanças no ensino superior na saúde, lançado

pela Fundação Kellogg com o objetivo de produzir mudanças sincrônicas nas universidades, nos serviços de saúde e nas comunidades participantes de 11 países da América Latina, bem como nas relações entre esses (FEUERWERKER; SENA, 2002). Esse programa buscou promover a mudança no processo de formação profissional na saúde, incorporando conhecimento e tecnologias de aprendizagem ativa, a adoção de currículos flexíveis e interdisciplinares, capazes de desenvolver a capacidade crítica, por meio de investigação e contato do estudante com os problemas presentes em realidades complexas (FEUERWERKER; SENA, 2002).

As autoras identificaram que a incorporação desse modelo pedagógico foi diferente em cada universidade participante do Programa UNI, tanto nos aspectos conceituais, quanto metodológicos. Algumas incorporaram o modelo com facilidade, outras tiveram mais dificuldades; porém, um aspecto comum destacado entre todas foi o reconhecimento de que deveriam ocorrer transformações no cotidiano da prática pedagógica (FEUERWERKER; SENA, 2002, p.42).

A iniciativa latino-americano acima citada, aliada às mudanças no modelo de atenção à saúde e à necessidade de um novo perfil de profissionais, mobilizou discussões e orientou a criação de novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos no campo da saúde na década de 1990 no Brasil, incluindo a Enfermagem, que teve sua DCN institucionalizada em 2001 (MOREIRA; DIAS, 2015).

As DCNs cumprem o papel de orientar os currículos dos cursos de graduação na saúde e auxiliar as instituições de ensino superior (IES) do Brasil a construir seus projetos pedagógicos (NIEMEYER; SILVA; KRUSE, 2010). Contudo, segundo colocação de autores, a aprovação das DCNs não é suficiente “para que seus eixos norteadores sejam incorporados ao ensino, porque isto vai se dar na prática da implantação de cada currículo, em cada escola, e na forma como vai ser avaliado o resultado dessas mudanças” (ROSSONI; LAMPERT, 2004, p. 87).

Percebe-se que, mesmo após 16 anos da criação das DCNs, a discussão sobre os currículos dos profissionais da saúde se faz muito atual. Estudos têm demonstrado currículos fechados com grande carga horária dedicada a disciplinas que não abordam dimensões socioeconômicas e socioculturais no cuidado (SILVA; SANTANA, 2014).

De encontro a isso, no contexto da Enfermagem, preconiza-se a formação de profissionais críticos, reflexivos, comprometidos com o seu papel social, que atuem como

sujeitos ativos na realidade em que estão inseridos e contribuam para a construção de políticas públicas pautadas nos princípios do SUS (PIRES et. al., 2014; BARLEM et.al., 2012).

Frente a esse cenário da formação superior brasileira para a saúde, a Política Nacional da Atenção Básica apresenta dentre as competências comuns à todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da Atenção Básica buscar identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações interdisciplinares e o dever de promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados. Tais conselhos são constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, para a viabilização do controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2017).

Portanto, compreendemos que é necessário que os projetos pedagógicos dos cursos de Enfermagem no país busquem desenvolver processos formativos que aproximem os acadêmicos aos contextos socioculturais, econômicos e políticos, aos quais estejam inseridos, para que esses desenvolvam capacidades de implementar práticas relacionadas coerentes, principalmente no que tange ao senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

É ao encontro desse senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania que buscamos aqui definir o exercício do controle social. Na saúde, as Conferências e Conselhos de Saúde são as instâncias legalmente instituídas para o exercício do Controle Social, com funções de deliberar, fiscalizar, propor e avaliar a política de saúde nos três entes federados (BRASIL, 1990). Ou seja, a articulação, a mobilização e a interferência da sociedade civil no planejamento, implementação, avaliação e controle das ações do Estado têm sido favorecidas e viabilizadas por meio dessas instâncias.

Nessa perspectiva, o propósito que se apresenta neste estudo, é refletir o controle social como processo de envolvimento do indivíduo/cidadão com a sociedade, visando a redistribuição de poder na perspectiva de atingir maior equidade e justiça social (ABERS; KECK, 2008). Como diferentes autores refletem, “trata-se da concepção de cidadania ativa, na qual os representantes são politicamente iguais e capazes de trazer para o interior dos fóruns de participação as diversas ‘expressões de diversidade’ da sociedade” (ABERS; KECK, 2008; apud COSTA; VIEIRA, 2013, p. 9). Portanto, abordaremos o controle social não somente como espaços de inclusão e igualdade, mas também de promoção de autonomia e corresponsabilidade dos atores sociais.

Frente ao cenário da formação superior brasileira para a saúde, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), desde 2006, apresenta como competência de todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da Atenção Básica o dever de promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social (BRASIL, 2012). No novo texto da PNAB (2017), além de reforçar essa atribuição dos profissionais da equipe de saúde da Atenção Básica, a participação da comunidade aparece como um princípio estruturante (BRASIL, 2017).

No Oeste Catarinense, existem atualmente três cursos de graduação em Enfermagem, inseridos em três distintas Instituições de Ensino Superior (IES), duas dessas são universidades públicas estatais (federal e estadual) e a terceira, comunitária, constituindo assim um importante polo de formação dessa profissão.

Nesse cenário, onde entram as inquietações da pesquisadora? Minha trajetória acadêmica em Enfermagem na possibilitou conhecer diferentes dimensões da prática do enfermeiro – tais como gestão, ensino, pesquisa e assistência - para atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio dos componentes curriculares previstos no Projeto Pedagógico do Curso e, principalmente, através de atividades extracurriculares.

Essa caminhada me permitiu ter contato com projetos de extensão, monitoria e de iniciação científica, bem como participar de eventos científicos com temáticas voltadas às políticas públicas e saúde coletiva. Entretanto, foi a partir das aulas teórico-práticas, meu envolvimento no movimento estudantil, bem como na construção e na implementação do projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) Oeste Catarinense que permitiram conhecer e desenvolver o que compreendo como uma das principais atribuições do profissional de enfermagem, que é a de promover a participação social e participar na construção de políticas públicas.

Em relação às atividades extra-curriculares na graduação, cito algumas principais experiências que me conduziram até o mestrado e à esta dissertação. A primeira, trata-se de um projeto de extensão na qual foram realizadas capacitações na região Oeste de Santa Catarina, envolvendo mais 90 conselheiros municipais de saúde. Esse projeto oportunizou a aproximação e domínio da legislação normatizadora do controle social em saúde no Brasil, bem como perceber uma realidade e um público na Região bastante carente de informações e conhecimento.

A segunda experiência, trata-se das vivências no Projeto VER-SUS, como vivente, facilitadora, membro da comissão organizadora e articuladora. Esse projeto possibilitou envolvimento com o “mundo” da participação social, permitindo compreender a saúde de maneira mais crítica e comprometida com a consolidação do SUS. Essa foi a segunda iniciativa em busca da realização de edições do VER-SUS em Chapecó e Região¹, e um dos meus maiores orgulhos nessa caminhada é ter feito parte da equipe que consolidou esse projeto na região. Onde eu conheci o VER-SUS?! No 10º Congresso Internacional da Rede Unida², no ano de 2011, no Rio de Janeiro. Desde então, tenho colocado os congressos da Rede Unida na minha agenda como um espaço de trocas e inquietações importantes para minha formação como pessoa e profissional.

Outra experiência extremamente relevante, foi o meu Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem, por meio do qual, foi realizada uma Pesquisa Convergente Assistencial com conselheiros municipais de saúde do município de Planalto Alegre/SC, minha cidade natal e espaço onde atualmente atuo como conselheira de saúde, representando o segmento de profissionais da saúde.

Durante essas aproximações com a realidade dos espaços de prática e vivências extracurriculares foi possível perceber que, apesar de existir um papel social da Enfermagem na sociedade, na prática, raramente os profissionais evidenciam a competência de promover o exercício do controle social nos seus espaços de atuação.

Para dar sustentabilidade ao estudo, realizou-se uma revisão integrativa da literatura com base nos termos “Enfermagem” AND “formação” OR “educação em enfermagem” AND “controle social” OR “participação social”, na qual se identificou que há poucas publicações referentes ao exercício do controle social no âmbito de atuação e no ensino da Enfermagem.

¹ A primeira edição do VER-SUS em Chapecó ocorreu em 2004, promovida pela Secretaria da Saúde em parceria com a Unochapecó. Após, em 2011, o projeto, em nível nacional, passou por uma reformulação, ganhando novos parceiros e formas. Em 2014, uma nova iniciativa para realizar edições do projeto na região de Chapecó ganhou força, oriunda de uma parceria das quatro instituições de ensino localizadas em Chapecó (UFFS, UDESC, Unoesc e Unochapecó) e a Universidade Federal de Santa Catarina (instituição financiadora).

² A Rede Unida foi criada em 1985 a partir da mobilização de um grupo de docentes, pesquisadores e profissionais de saúde brasileiros, e influenciado pela Fundação W.K. Kellog, com o objetivo de transformar o modelo de atenção sob a ótica de um conceito ampliado de saúde. Teve participações importantes no fortalecimento da Reforma Sanitária Brasileira e da criação do SUS. Atualmente denominada de Associação Brasileira Rede Unida. Em 1989 aconteceu o 1º Congresso da Rede Unida e a partir de então os congressos acontecem anualmente objetivando reunir projetos, instituições e pessoas interessadas com a mudança da formação dos profissionais de saúde e consolidação dos princípios do SUS (REDE UNIDA, 2019).

Por outro lado, de maneira geral, os estudos colocam o enfermeiro como o integrante da equipe de saúde que melhor consegue promover o vínculo dos usuários com a equipe, trazendo-os até a unidade de saúde e contribuindo para o fortalecimento da participação social na Atenção Básica, justamente por esse profissional estar mais próximo da população, cotidianamente (ZAMBON; OGATA, 2011; MARTINS; SANTOS, 2012).

Entretanto, apesar de o enfermeiro ocupar espaços em conselhos de saúde, especialmente como representante dos trabalhadores da saúde, a categoria profissional ainda pouco se apropria do espaço de controle social no SUS (ZAMBON; OGATA, 2011). Autores ainda sinalizam que isso pode ser decorrente da formação em Enfermagem que ainda é muito incipiente para esta temática (ZAMBON; OGATA, 2011; MARTINS; SANTOS, 2012).

Reconhecemos que a formação e a atuação profissional do enfermeiro não podem estar extrínsecas às transformações que a sociedade sofre, muito menos se deixar orientar pelos princípios capitalistas e se tornar uma profissão elitizada. Por esse motivo, questiona-se como tem ocorrido a abordagem do controle social na formação de Enfermagem na Região Oeste Catarinense, em especial, em uma universidade pública.

Ainda, a Universidade, foco do estudo, originou-se a partir da organização de entidades públicas, Organizações Não-Governamentais e movimentos sociais da Mesorregião Grande Fronteira do Mercosul, da qual emergiu, em 2005, o Movimento Pró-Universidade Federal. A partir de então, percorreu-se uma caminhada de intensa mobilização da sociedade civil e entidades públicas, até a criação da Universidade, em 2009.

Nesse sentido, considerando a sua história de criação em estreita relação com a participação da comunidade e o seu papel de formar cidadãos críticos e reflexivos sobre sua realidade social, poder-se-ia esperar que essa instituição atuasse na perspectiva de promover competências para a implementação do controle social por meio de suas atividades fins (ensino, pesquisa e extensão), e um campo propício para fomentar esse aprendizado. Isso reforça a justificativa de realizar o presente estudo com o Curso de Enfermagem.

Também, justifica-se a realização deste estudo pelo alinhamento à linha de pesquisa “Políticas Públicas e Desenvolvimento” do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais, a qual visa reunir investigações e propostas de intervenção com foco na atuação do Estado, na interlocução com a sociedade, relativas ao planejamento, gestão ou governança.

Considerando o exposto acima e a relevância em conhecer como o projeto pedagógico de um curso de graduação em Enfermagem de uma IES pública considera e aborda o controle social, teve-se o propósito de realizar essa pesquisa de caráter participativo relacionada a temática, contemplando as seguintes perguntas: De que forma o controle social tem sido trabalhado na formação do enfermeiro em uma universidade pública do Oeste Catarinense, com vistas a desenvolver a capacidade de o acadêmico implementar práticas que fortaleçam o exercício da participação social na gestão pública em saúde? Como o controle social é abordado nos componentes do ensino nesse Curso? Que estratégias desenvolvidas no ensino promovem a oportunidade de o acadêmico desenvolver capacidades de implementar práticas relacionadas à temática do controle social?

Para responder as questões norteadoras, orientamos o estudo a partir do seguinte objetivo:

- Promover um espaço dialógico-reflexivo para docentes analisarem de que forma o controle social pode ser abordado na formação do enfermeiro em uma universidade pública do Oeste Catarinense, com vistas a desenvolver a capacidade de o acadêmico implementar práticas que fortaleçam o princípio de participação da comunidade do SUS.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. O CONTROLE SOCIAL E SUAS CONTRIBUIÇÕES NA CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Jairnilson Paim (2007), em seu debate acerca da Reforma Sanitária, coloca que essa precisa ser encarada como proposta resultante de um longo e intenso movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia e dos direitos sociais. Esse movimento se transforma em projeto a partir da 8ª Conferência Nacional da Saúde em 1986, e que, desde então se encontra em processo de constituição (PAIM, 2007). O que ele quer dizer é que a Reforma Sanitária não se resume somente à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), afinal ela não foi um movimento setorial e sim um movimento da sociedade, levando à compreensão de que os ideais desse movimento ainda não foram atingidos em sua totalidade (PAIM, 2007).

Não podemos deixar de considerar, entretanto, que a institucionalização do SUS tem revelado a “aproximação do nosso marco jurídico aos princípios do chamado Estado de Bem-Estar-social (*Welfare State*), contraposto à perspectiva liberal e neoliberal, que defende a redução do papel do Estado na garantia das condições de vida (e saúde) da população brasileira” (TEIXEIRA, 2011, p. 1).

A nossa Carta Magna, Constituição da República Federativa do Brasil, constitui a política de saúde e a organização do SUS no Brasil, deixando explícito no seu artigo nº 196 (1988) que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A constituição de 1988, também, apresenta como diretrizes do SUS a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade (BRASIL, 1988). Desta maneira, vamos buscar aqui refletir e compreender de que maneira estes princípios são especiais para o exercício do controle social, ou seja, compreender o que queremos expressar sobre controle social neste estudo.

Além da Constituição, as Leis nº 8.142/90 e 8.080/90 trazem como princípios normativos do sistema a universalidade, a igualdade e a integralidade da assistência à saúde, e

como diretrizes organizativas e estruturantes a descentralização, a hierarquização (regionalização) e a participação social (BRASIL, 1990).

Conforme Teixeira (2011) refere,

a descentralização da gestão do sistema implica na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal para os estados e municípios. Esta transferência ocorre a partir da redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de governo com relação à condução político administrativa do sistema de saúde em seu respectivo território (nacional, estadual, municipal), com a transferência, concomitante, de recursos financeiros, humanos e materiais para o controle das instâncias governamentais correspondentes. (TEIXEIRA, 2011, p.6).

Assim, é possível perceber e entender o sentido de “poder” que essa diretriz implica, uma vez que a instância federal transfere para os estados e municípios o “poder” e prerrogativa de gerenciar o sistema de saúde local. Embora isso possa aparecer apenas como possibilidade de conferir maior eficácia e eficiência ao aparato estatal (na lógica do Estado mínimo), a descentralização também está associada à democratização, à centralização, à desconcentração, à autonomia, ao modelo de organização, ao princípio federativo e até mesmo à privatização (SCATENA; TANAKA, 2001). E para a saúde, esta diretriz foi pensada visando

a constituição de Sistemas Locais de Saúde que respondam adequadamente às demandas e necessidades da população adscrita, mas que, ao invés de se caracterizarem como sistemas isolados e autônomos, sejam elementos e elos dinâmicos de Sistemas Estaduais, que conformam um Sistema Nacional. Neste sentido, a descentralização - e a centralização - têm que coexistir, de forma pactuada, para garantir o fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde e não a atomização dos Sistemas Locais (SCATENA; TANAKA, 2001, p. 51).

Nesse sentido, objetivando promover o diálogo sobre a gestão do sistema de saúde entre os entes federados, foi necessário a implementação de políticas públicas descentralizadas (em que cada gestor local poderia adequar as suas realidades) e o desenvolvimento de diversos instrumentos de negociação e decisão, voltados a inclusão de diferentes atores, que até então não atuavam no processo de tomada de decisão (DUARTE, s.d.).

Todavia, Scatena e Tanaka (2001) colocam que, apesar de essa transferência de poder entre as esferas de governo e a inclusão de novos atores nas decisões representarem um aumento da democracia e do exercício da cidadania, é preciso compreender que a descentralização "é a concretização de princípios democráticos nas instituições políticas de

cada nível de governo” (p. 52). Outros autores apresentam que essa diretriz por si só, não tem conseguido determinar transformações significativas no modelo assistencial adotado nas regiões, repetindo, na escala municipal, erros anteriores (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004). Nesse sentido,

A transferência de poder há que se somar minimamente a constituição de instituições representativas, a incorporação de princípios democráticos, o exercício da (e a educação pela) prática democrática, através da participação, tudo isto em um ambiente amplo - nacional - de democracia (SCATENA; TANAKA, 2001, p. 53).

Com relação à integralidade, autores colocam que essa reflete diferentes perspectivas, pois tem efeito tanto na organização do serviço de saúde, garantindo a continuidade nos diferentes níveis de atenção à saúde, quanto na prática dos profissionais, as quais necessitam traduzir o conceito ampliado de saúde em ações multiprofissionais abrangentes. Além disso, a integralidade implica em estratégias governamentais, orientadas pelas políticas públicas, que visam resolver os problemas da população, mediante parcerias com outros setores da administração pública e com a comunidade (PAIM; SILVA, 2010; SILVEIRA; NÓBREGA, s.d.; FAGUNDES; NOGUEIRA, 2014; PINHEIRO, s.d.).

Como Paim e Silva (2010) contextualizam, o termo integralidade surgiu no Brasil, inicialmente, com a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e das Ações Integradas de Saúde (AIS), articulando prevenção e assistência do cuidado. Posteriormente, toma forma nas discussões da 8ª Conferência de Saúde, sendo promulgada na Constituição de 88 como uma diretriz organizativa para o SUS, que define integralidade como: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, Art. nº 198, Inciso II).

Os autores colocam que é possível extrair pelo menos cinco condições de adoção da integralidade: cuidado, prática, programa, política e sistema; fazendo dela uma característica do sistema, instituições e práticas (PAIM; SILVA, 2010).

Com relação ao **cuidado** integral, refere-se a assistir a pessoa no seu todo, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais, valorizando as interações entre os sujeitos e a construção de vínculos na atenção entre usuários do cuidado e cuidadores (PAIM; SILVA, 2010). No que concerne à **prática** integral, é a organização e articulação dos processos de trabalho e tecnologias distintos, possibilitando que trabalhos parcelares resultem numa intervenção mais abrangente e completa.

No que se refere à **programa**, para considera-lo integral, aliam-se “objetivos, recursos e atividades, contemplando necessidade de diversas ordens inclusive os determinantes socioambientais de uma dada situação, embora com uma atuação predominantemente setorial” (PAIM; SILVA, 2010, p.5).

Em relação à política e sistema considera-se

Políticas públicas integradas ou integrais implicam a articulação de políticas, programas e projetos, exigindo ação intersetorial e gestão compartilhada e pactuada, a exemplo da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do SUS, bem como de iniciativas recentes de “sistemas únicos” de assistência social (SUAS) e de segurança pública (SUSP).

O **sistema** integral permite o entrosamento de políticas, programas, práticas e cuidados. O caráter sistêmico e integral do conjunto das intervenções contribuiria para assegurar maior efetividade, pois poderia atuar sobre as manifestações (PAIM; SILVA, 2010, p.6).

Por último, contemplamos a diretriz organizativa participação da comunidade, considerada uma das maiores conquistas do SUS, pois se constitui na garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

Adota-se, neste estudo, participação da comunidade como sinônimo de participação social, compreendida como compartilhamento de poder político entre o Estado e a sociedade, como diálogo entre esses no processo decisório das políticas públicas (CACCIA-BAVA; ROCHA, 2012). De forma que, “entender a participação como processo significa perceber a interação contínua entre os diversos atores que são ‘partes’, o Estado, outras instituições, políticas e a própria sociedade” (TEIXEIRA, 2011). No sentido de ser ‘partes’, Bordenave (1994) reflete que a participação é fazer parte, tomar parte, ter parte.

Em acordo à Silva, Jaccoud e Beghin (2005), a participação social não se restringe somente ao setor saúde pois ela passa a representar um elemento estruturante nas políticas sociais; desde o período pós-constituinte até a formulação das atuais políticas públicas, ela tornou-se uma estratégia para o enfrentamento das questões sociais. Esses autores colocam que a participação social exerce papel importante tanto no que diz respeito à expressão de demandas à democratização da gestão quanto na execução das políticas públicas e tem se consolidado a partir de diversos mecanismos, como os conselhos de políticas públicas. Esses conselhos representam uma nova forma de expressão de interesses e de representação de

demandas e atores junto ao Estado. Da mesma forma, difundem outras formas de participação social na prestação de serviços e na própria gestão social.

Quando nos remetemos ao SUS e as três diretrizes organizativas, estamos nos remetendo à uma ampliação da assistência e do acesso a saúde para a coletividade e para um novo olhar sobre as práticas, as ações e serviços prestados, do mesmo modo que abrem espaço para a sociedade civil participar das decisões que englobam a política de saúde no país.

Assim, chegamos ao crucial: compreender do que se trata o exercício do controle social e porque esse se faz importante na gestão das políticas públicas.

Este termo, controle social, pode ter significados ambíguos: expressa o controle do Estado sobre a sociedade, ao mesmo tempo em que pode expressar o controle de setores organizados na sociedade sobre as ações do Estado (CACCIA-BAVA; ROCHA, 2012). Na sociologia, o termo é tratado por diversos autores como “os processos da sociedade (ou do coletivo) sobre o indivíduo” (CARVALHO, 1995, p.9; apud CORREIA, 2000, p. 53). No Brasil, considerando a Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde e as políticas públicas, “o controle social envolve a capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade” (CORREIA, 2000, p. 53).

Usualmente, o controle social é entendido como sinônimo de participação social. Concordamos com Carvalho (1998), quando esse coloca a participação social como a construção de espaços que criam interconexões entre sociedade e gestão pública, de forma que essa pode assumir diferentes formatos, como exemplo: partidos, sindicatos, movimentos sociais, conjuntos representativos, entre outros. Na saúde, a participação social se traduz, predominantemente, no exercício do controle social nos conselhos e conferências de saúde.

Ainda, entendemos o controle social não somente como o ato de deliberar (fiscalizar e controlar) traduzido nas instâncias formais (conselhos e conferências de saúde), mas sim como a ação de se refletir no real poder da população em modificar planos, políticas e realidades (CORREIA, 2000). Dessa forma, consideraremos, para este estudo controle social como “um processo, em permanente construção, que comporta avanços e recuos, e, por muitas vezes, depende de ampla mobilização da comunidade na defesa de seus direitos” (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013, p.143).

Nesse sentido, apesar de participação social e controle social serem termos com significados e implicações diferentes, eles necessitam um do outro para que o processo democrático instituído na saúde seja efetivo.

Rolim, Cruz e Sampaio (2013) consideram essa perspectiva “uma das formas mais avançadas de democracia, pois determina uma nova relação entre o Estado e a sociedade”, pois proporciona a oportunidade de negociação entre sociedade e Estado sobre as decisões e, conseqüentemente, resulta em ações que condizem com diferentes realidades de saúde da população (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013, p.140).

As políticas públicas, em especial na saúde, têm avançado no sentido de orientar e implementar na prática profissional os princípios e diretrizes do SUS, bem como fortalecer o exercício do controle social, superando desafios da saúde pública que emergem das diversas realidade construídas e vivenciadas pela população brasileira.

Em especial, a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB tem evoluindo nesse sentido. Desde a sua primeira edição, em 2006, a PNAB apresenta a participação e o controle social como um dos seus fundamentos e, como competência comum de todos os profissionais da Atenção Básica, destacado sua responsabilidade de promover a mobilização e a participação da sociedade no seu território de atuação (BRASIL, 2006).

Do mesmo modo, o Pacto pela Saúde, assinado em 2006, representa mais um esforço do Ministério da Saúde em busca de efetivar os princípios do SUS e o controle social como prática cotidiana no SUS, criando novos mecanismos de gestão participativa (Colegiados de Gestão Regional) e estabelecendo metas e ações a serem desenvolvidas para fortalecer o processo de participação da sociedade nesses espaços (BRASIL, 2006).

A partir disto, as políticas públicas na saúde têm caminhado nessa perspectiva; algumas dessas sendo frutos da mobilização de entidades e movimentos sociais, como por exemplo, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e das Florestas, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a Política Nacional de Saúde Integral das Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, entre outras.

Todo esse processo de mudanças no modelo assistencial no Brasil, também demanda uma transformação do perfil dos futuros trabalhadores da saúde. Para esse novo modelo de formação, Winters e colaboradoras (2016) nos situam, conforme preconizado pela Lei nº 8.080/90, a necessidade de adotar estratégias dirigidas ao campo da formação e

desenvolvimento dos profissionais, construídas com base nos princípios e diretrizes do sistema público de saúde, além de fundamentadas no conceito ampliado de saúde; na utilização de metodologias que considerem o trabalho em saúde como eixo estruturante das atividades; no trabalho multiprofissional e transdisciplinar; na integração entre o ensino e os serviços de saúde; e no aperfeiçoamento da atenção integral à saúde da população (WINTERS; PRADO; HEIDEMANN, 2016, p. 249).

2.2. COMPREENDENDO O EXERCÍCIO DE CONTROLE SOCIAL A PARTIR DE PAULO FREIRE

Vale ressaltar que o SUS, desde de sua instituição na Constituição de 1988, está ancorado nos princípios e diretrizes da universalidade, integralidade, participação da comunidade, equidade e descentralização.

Esses princípios encontram-se em consonância aos ideais de Paulo Freire, uma vez que “ressaltam a necessidade de construir coletivamente processos de empoderamento de cidadãos, tomando como horizonte o respeito às diferenças e considerando os múltiplos contextos e histórias de vida dos sujeitos” (CHIARELLA; et al, 2015, p. 419), reforçando dessa forma, a perspectiva do controle social.

Além do mais, em sua práxis pedagógica, Paulo Freire defende a dimensão política da educação, onde a educação é encarada como um processo de auto(transformação) e auto(reflexão), à medida que reconhece homens e mulheres destinados a vocação ontológica de “Ser Mais” (DICKMANN, 2017). Ser educador “implica tornar-se um agente de transformação social a partir do diálogo sobre a realidade concreta com os educandos/as entendendo-os como sujeitos no processo de construção de conhecimento” (DICKMANN; DICKMANN, 2017, p. 28). Assim como entendemos que é a partir do conhecimento que se constrói soluções aos problemas sociais. Então, como alguns autores colocam, um educador é também um líder popular, e vice-versa, pois sua tarefa nunca será neutra e sim política (DICKMANN; DICKMANN, 2017). Em palavras de Freire, ele coloca que “ a educação não vira política por causa da decisão desse ou daquele educador. Ela é política” (FREIRE, 2004, p. 110). Em outras palavras estamos aqui falando do processo de exercício do controle social, uma vez que ele é feito por pessoas que carregam consigo a dimensão política de sua prática profissional.

Conforme Gomes e colaboradores colocam (2018), o exercício do controle social requer que os conselheiros de saúde disponham de informação adequadas e suficientes para atuar de forma efetiva nos processos decisórios, uma vez que os conselhos deliberam sobre as políticas públicas, com consequências na produção da realidade. Além disso, “uma participação ativa está ligada à capacidade de mobilização dos sujeitos, o que implica no empoderamento dos sujeitos, imprescindível para o exercício efetivo do controle social” (GOMES, et.al. 2018, p. 544).

Para Paulo Freire a educação é libertação, à medida que

se baseia na indissociabilidade dos contextos e das histórias de vida na formação de sujeitos, que ocorre por meio do diálogo e da relação entre alunos e professores. Freire enfatiza que ambos, professores e alunos, são transformados no processo da ação educativa e aprendem ao mesmo tempo em que ensinam, sendo que o reconhecimento dos contextos e histórias de vida neste diálogo se desdobra em ação emancipadora. (CHIARELLA; et al, 2015, p. 419).

Isso se refere ao que Freire (1979) chama de “teste de realidade”, a conscientização. Essa implica em uma relação entre consciência e mundo, na qual os sujeitos se reconheçam no mundo e com o mundo e, em que, na possibilidade de transformar o mundo, ocorre uma transformação de si mesmo. Quanto mais conscientizados somos, mais somos capazes de refletir e tomar decisões (FREIRE, 1979).

Por esta mesma razão, a conscientização não consiste em “estar frente à realidade” assumindo uma posição falsamente intelectual. A conscientização não pode existir fora da “práxis”, ou melhor, sem o ato ação – reflexão. [...] Desta maneira, o processo de alfabetização política – como o processo lingüístico – pode ser uma prática para a “domesticação dos homens”, ou uma prática para sua libertação (FREIRE, 1979, p. 15-16).

A conscientização se constitui em um processo, no sentido que, quanto mais o homem se conscientiza, mais “desvela” a realidade a ser analisada. Essa é a práxis que Paulo Freire tanto defende. Dessa forma, a educação pode ser uma prática para a “domesticação dos homens”, mantendo-os sob controle e dependentes, ou uma prática para sua libertação, promovendo sua autonomia e seu protagonismo.

Por isso, o exercício do controle social pode significar um processo de conscientização dos sujeitos, como pode evidenciar relações de opressão.

Outro desafio no ato de exercer o controle social é o diálogo. Dialogar, para Freire, se constitui muito mais em um ato de escutar o outro.

Somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala *com ele*. Mesmo que, em certas condições, precise de falar a ele. O que jamais faz quem aprende a escutar para poder falar com é falar *impositivamente*. Até quando, necessariamente, fala contra posições ou concepções do outro, fala com ele como sujeito da escuta de sua fala crítica e não como objeto de seu discurso. O educador que escuta aprende a difícil lição de transformar o seu discurso, às vezes necessário, ao aluno, em uma fala com ele (FREIRE, 1996, p. 43).

Dialogar é estar disposto a respeitar as diferenças e ser coerente sobre o que fala e o que faz.

Quando falamos em respeitar as diferenças, nos remete, também ao que Paulo Freire defende como “o saber de experiência feito” (FREIRE, 1996), a qual significa valorizar a “leitura de mundo” dos educandos. Esse conceito pode nos dizer muito sobre o exercício do controle social e sua importância na formação de enfermeiros.

Nesse processo, Paulo Freire coloca

A curiosidade ingênua, do que resulta indiscutivelmente um certo saber, não importa se metodicamente desrigoroso, é a que caracteriza o senso comum. O saber de pura experiência feito. Pensar certo, do ponto de vista do professor, tanto implica o respeito ao senso comum no processo de sua necessária superação quanto o respeito e o estímulo à capacidade criadora do educando. Implica o compromisso da educadora com a consciência crítica do educando cuja “promoção” da ingenuidade não se faz automaticamente (FREIRE, 1996, p. 16).

Ainda, conforme autores situam, respeitar o “saber de experiência feito” não é permanecer nele e sim, a partir dele, construir novo saber.

Esse é um ponto importante da proposta freireana: assume a concretude da luta política, rompendo com posturas metafísicas ou abstratas, ou seja, na luta contra a opressão devemos apre(e)nder as “armas” do(a) opressor(a). Nesse sentido, valorizar e partir do “saber de experiência feito” não significa idealizá-lo e, sobretudo, ficar nele. Por isso, a proposta político-pedagógica de Freire não aceita o basismo no momento mesmo que nega igualmente o academicismo. Sugere, assim, o trabalho em nível da práxis (teoria e prática em relação dialética), não criando falsas dicotomias que apenas reproduzem preconceitos arraigados (PEREIRA, 2017, p. 116).

Levando todo o acima exposto, defende-se que a formação do enfermeiro também precisa ser libertadora, para atuar profissionalmente como sujeitos críticos, reflexivos e autônomos e que sejam capazes de dialogar democraticamente com sua realidade de mundo, e assim, gerar transformações.

2.3. FORMAÇÃO DA ENFERMAGEM: AVANÇOS E DESAFIOS NA PRÁTICA

O nosso ponto de partida começa no século XIX, com o surgimento da Enfermagem Brasileira, mais especificamente em 1922, quando foi criada a primeira Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, hoje conhecida como Escola Anna Nery (RIZZOTTO, 1999). Conforme a literatura coloca, “a atuação da Enfermagem naquele momento visava predominantemente a saúde pública, por meio de práticas primárias de saúde preventivas, realizadas fora do ambiente hospitalar e vinculadas ao Estado” (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006, p. 132), surge assim a enfermeira-visitadora com o papel de ser uma educadora sanitária. Esse movimento forçou um processo de formação de enfermeiras-visitadoras pelo país, assim conforme autores colocam

em viagem aos Estados Unidos, o então diretor geral do Departamento, Carlos Chagas, pôde observar os serviços de Higiene e Medicina Preventiva norte-americanos, e solicitou, a cooperação e assistência do serviço Internacional de Saúde da Fundação Rockfeller para organização, no Brasil, de um serviço de enfermeiras de Saúde Pública que pudesse auxiliar no progresso das várias atividades do Departamento, mediante controle dos pacientes tratados nos dispensários do Rio de Janeiro (LIMA; BAPTISTA, 2000, p.199).

Assim, pela primeira vez a Enfermagem se organizava no Brasil para se tornar uma profissão, criando a primeira Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública – hoje Escola Anna Nery. Na época, desembarcaram no Brasil 13 enfermeiras americanas da Missão Técnica, seis delas para realizar esse processo formativo (LIMA; BAPTISTA, 2000). Porém, apesar das pretensões em relação a formação de enfermeiras-visitadoras “as disciplinas que faziam parte de seu Programa de Ensino, em sua maioria, privilegiavam o conhecimento voltado para a atuação individualista e curativista no campo hospitalar” (RIZZOTTO, 1999, p. 24).

As influências americanas no país não se deram somente na profissionalização da Enfermagem, mas também no modelo de saúde hospitalocêntrico, no qual o médico era o detentor do saber e da cura e as demais profissões, em especial a Enfermagem, auxiliares desse profissional no processo de tratamento e cura (RIZZOTTO, 1999).

Com o passar do tempo, a necessidade de profissionais de enfermagem pelo país foi aumentando, conseqüentemente, amplia-se a criação de novas escolas de enfermagem. Na década de 1950, ocorre a regulamentação da profissão a partir da Lei 2.604, de 17 de

setembro de 1955, que regula o Exercício da Enfermagem Profissional no Brasil (GASSEN; CARVALHO; GOES, 2013).

Percebe-se que a Enfermagem foi aos poucos conquistando espaço e se profissionalizando. No entanto, nessa época, além da formação fortemente influenciada pelo modelo norte-americano, também sofria forte influência religiosa (PAIM, 2013). Com a Reforma Universitária na década de 1960, esse cenário foi se modificando, conforme Paim coloca

Uma explicação pode ser acessada no levantamento publicado pelo Ministério da Educação (MEC) [...] o qual mostra que o ensino superior de Enfermagem no Brasil tinha seus Cursos de Graduação em Enfermagem, até 1975, situados predominantemente em instituições privadas de vinculação religiosa. Aventura-se dizer que a minimização da presença dominante de cursos com esse caráter de subordinação privado-religiosa, entre outras influências, como a já citada Reforma Universitária [...] favoreceu a diminuição da influência religiosa na formação de Enfermeiros no Brasil. (PAIM, 2013, p.40).

Ainda, apesar de Wanda Horta ter defendido a Teoria de Enfermagem baseada nas necessidades humanas básicas, na década de 1960, somente após a década de 1980, os enfermeiros brasileiros passam a dar maior atenção a essa Teoria e, com a institucionalização do SUS, buscam a sistematização da assistência, direcionando-se para o Processo de Enfermagem (GASSEN; CARVALHO; GOES, 2013).

Além do mais, desde 1990, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde são orientadores no processo de trabalho dos profissionais da saúde, trazendo a Atenção Básica (AB) como base do sistema e as especialidades e o hospital como atenção secundária e terciária. A partir do SUS, a assistência deve ser integral e holística, considerando o indivíduo, família e comunidade, em todos os pontos de atenção da rede de cuidados (BRASIL, 1990). Nessa perspectiva, a configuração das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Brasil, incorpora a concepção do princípio da integralidade como prática integral, à medida que orienta a organização e articulação de distintos processos de trabalho e tecnologias, possibilitando uma intervenção mais abrangente e completa (Paim e Silva, 2010).

Nesse sentido, para refletirmos acerca dos avanços e desafios atuais na formação em Enfermagem, nosso marco inicial são as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de Enfermagem. As DCNs orientam para uma formação de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, generalista, humanista, crítica e reflexiva; e um perfil profissional capaz de atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da

saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001). Além do mais, enfatizam a importância de as IES criarem mecanismos de aproveitamento de conhecimentos pelo estudante por meio da conexão entre ensino, pesquisa e extensão/assistência (BRASIL, 2001).

Estudos sinalizam que a articulação entre teoria e prática nesse contexto é crucial para que o enfermeiro em formação compreenda realmente o SUS e os contextos sociais em que, quando profissional, irá atuar (WINTERS; PRADO; HEIDEMANN, 2016). É nesse ponto que a Enfermagem tem enfrentado dificuldades e lacunas na formação, apresentando predominantemente vertentes tecnicista e biologicista, currículos fechados com grande carga horária dedicada a disciplinas que não abordam dimensões socioeconômicas e socioculturais no cuidado (PIRES et. al., 2014; BARLEM et.al., 2012; OLIVEIRA et.al, 2008).

Concordamos com Winters, Prado e Heidemann (2016), quando colocam que pensar na transformação das práticas em saúde é uma necessidade para a melhoria da qualidade de vida da população. Ao se trabalhar somente a prática, o indivíduo se torna um ativista; ao articular teoria e prática, o indivíduo procura exercer a práxis, isto é, a prática refletida e transformadora (WINTERS; PRADO; HEIDEMANN, 2016, p. 251). Silva e colaboradores contextualizam que enfrentar os desafios contemporâneos da sociedade requer uma reestruturação pedagógica, no sentido de formar profissionais com capacidade de “aprender a aprender, aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver junto e aprender a ser, garantindo a capacitação de enfermeiros com competência para atuar com autonomia e discernimento”, garantindo a integralidade da assistência prestada com qualidade, resolutividade e eficiência (SILVA et.al., 2010, p.181). Os autores defendem que uma

formação fundamentada nesses pilares tem como perspectiva o desenvolvimento de atividades de educação para o SUS, de interação entre ensino, serviço e controle social em saúde, pautado num projeto pedagógico inovador, construído coletivamente e com forte inserção nas necessidades de saúde da população na sua concepção ampliada e na concepção social de cuidado de enfermagem (SILVA et.al., 2010, p.181).

Contudo, um dos principais desafios encontrados tem sido aprofundar as discussões e tornar claro à universidade, que o desenvolvimento de habilidades passa pela apropriação de conhecimento por meio de disciplinas e outras atividades curriculares formais, porém, também, e principalmente, passa pelo desenvolvimento de competências relativas a atuação prática, bem como a capacidade de desenvolver e aplicar o pensamento crítico no cotidiano profissional. Assim, não somente estar-se-ia formando profissionais tecnicamente competentes, mas também, cidadãos “capazes de responder aos constantes desafios impostos

pela sociedade e, mais especificamente, pelo setor saúde, promovendo oportunidades de reflexão sobre o trabalho/fazer pedagógico na saúde e na enfermagem” (SILVA; FERNANDES; TEIXEIRA; SILVA, 2010, p. 182).

Antes de avançarmos no debate, é preciso compreender o que se entende por competência profissional e como esse conceito está implicado na prática profissional de Enfermagem. Camelo e Angerami (2013) colocam que esse termo sofreu processos de ressignificação com o passar do tempo e isso está relacionado às transformações do mercado de trabalho. A partir de análise da literatura, os autores constataram que o significado de competência profissional estaria relacionado à capacidade de o indivíduo mobilizar suas capacidades individuais para atendimento às demandas da organização, que formam as competências intelectuais, técnico-funcionais, comportamentais, éticas e políticas, de maneira a gerar resultados reconhecidos individual ou coletivamente (CAMELO; ARGEMANI, 2013). Na saúde, a formação para aquisição e fortalecimento de competências requer a articulação de diferentes saberes para a construção de uma prática profissional pautada em atitudes pessoais e coletivas que visam a concepção de um projeto comum para a transformação e melhorias das condições de saúde (CAMELO; ARGEMANI, 2013).

Para a Enfermagem, o desenvolvimento de competências está diretamente ligado ao cuidado prestado por esse profissional e, conforme Camelo e Argemani (2013) contextualizam, são muitas as competências exigidas do enfermeiro em sua prática profissional e desenvolve-las tem se tornado um grande desafio, tanto para as instituições de ensino quanto para o serviço. Para isso, além de uma formação que inclua a reinserção do enfermeiro no contexto institucional, é necessário estreitar laços entre ensino e serviço, “no sentido de ampliar a valorização de competências para além da dimensão técnica contemplando as dimensões comunicativas, ética, política e de desenvolvimento da cidadania” (CAMELO; ARGEMANI, 2013, p. 558).

De encontro à isso, implementar as orientações estabelecidas pelas DCNs tem se demonstrado como outro grande desafio para as instituições de ensino, principalmente no que diz respeito à: forma como o acadêmico adquire e desenvolve suas competências e habilidades e como esse processo é avaliado; sair do ensino centrado no professor para o ensino centrado no acadêmico como sujeito do seu processo de formação; os conteúdos que são essenciais e que deverão ser priorizados; o desenvolvimento das práticas/estágios na realidade (a insuficiente integração ensino-serviço intra e extra-muros); a flexibilização

curricular com adoção de metodologias de ensino inovadoras que sejam capazes de expressar compromisso ético e político com o exercício da cidadania e qualidade de vida da população; a incorporação de atividades complementares ao eixo fundamental do processo formativo (a junção do ensino-pesquisa-extensão); e como operacionalizar a inter e transdisciplinaridade na formação do enfermeiro (SILVA et.al. 2010; FERNANDES; REBOUÇAS, 2013).

Percebemos que muitos dos desafios que atualmente a Enfermagem enfrenta se devem ao processo de sua institucionalização e influências que sofreu ao longo de sua trajetória profissional. É nesse sentido que acreditamos o quanto se faz necessário uma formação que engloba temáticas relacionadas à política pública, que possibilite o acadêmico se situar no cenário econômico, político, cultural e social de cada época.

Ainda, apesar dos desafios acima citados, a literatura coloca a concepção das Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem como um dos elementos fundamentais para a adoção dessas mudanças no processo de formação do enfermeiro, aliando às políticas públicas de educação e saúde, e que são transformações construídas gradativamente e coletivamente (FERNANDES; REBOUÇAS, 2013). Afinal, muitas IES têm buscado estratégias para superar esses desafios, como

discussão em oficinas pedagógicas sobre formação crítica e reflexiva e conceito de competências; formação de comissões permanentes de avaliação; inserção dos alunos em núcleos de pesquisa e orientação acadêmica, capacitação permanente de docentes; busca incessante de metodologias que articulem teoria prática, dentre outras. (SILVA et.al., 2010, p. 183).

A literatura, ainda, reconhece os programas de Reorientação da Formação profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) como exemplos de ferramentas que promovem a aproximação do acadêmico com realidade e proporcionam aprender e exercer competências para um atuar implicado com o SUS (MENEGAZ; LEOPARDI; BACKES, 2012).

2.4. A ENFERMAGEM E SEU PROTAGONISMO NA CONTRUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Vale refletir que, durante todo o período desde 1920 até a criação do SUS, as políticas sociais se orientavam pelo desenvolvimento da produção econômica do país e na ampliação

do assalariamento; somente quem contribuía tinha acesso à proteção social, o restante da sociedade estava condenado à pobreza (CARDOSO JR.; JACCOUD, 2005).

Após a Era Vargas, viveu-se um processo ao qual se denomina redemocratização seguido de mais um período ditatorial que perdurou por vinte anos. Nesse período de ditadura militar, um movimento de estudantes, médicos sanitaristas, sindicatos e demais representações da sociedade foi ganhando e se consolidando no Movimento de Reforma Sanitária das décadas de 70 e 80 (PAIM, 2012).

A enfermagem se insere nesses movimentos e a literatura cita a temática da Semana de Enfermagem de 1985 com o tema “Juventude: hora de buscar, hora de entender”, como um espaço que promoveu importantes discussões nesse sentido, e que nos parece em consonância com o momento político que se vivia no país (RIZZOTTO, 2006). No ano seguinte, a 8ª Conferência Nacional da Saúde, pela primeira vez com participação da sociedade civil organizada, orientada pelos princípios da Reforma Sanitária, discutiu a saúde como direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, reivindicando a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial (PAIM, 2013). Essas mobilizações promoveram a incorporação desses ideais na Constituinte de 1988 e na criação do Sistema Único da Saúde, trazendo como diretrizes estruturantes a universalidade, a descentralização e a participação da comunidade (PAIM, 2013). Nesse sentido, compreende-se o SUS como a política social e pública de saúde que ordena o fazer saúde, conseqüentemente maior campo de trabalho, que coordena as discussões acerca da formação dos profissionais de saúde.

Para compreender o que se entende por política pública, trazemos Celina Souza (2006), a qual refere:

Não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública. Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz (SOUZA, 2006, p.24).

Ainda, Celina Souza (2006) defende que “a política pública em geral e a política social em particular são campos multidisciplinares, e seu foco está nas explicações sobre a natureza da política pública e seus processos” (SOUZA, 2006, p.25). E por serem multidisciplinares,

sempre irão repercutir na economia e na sociedade, além de explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade (Souza, 2006).

Como já vimos no capítulo anterior, existe uma grande preocupação do SUS e de Instituições Superiores de Ensino (IES) em relação à formação de profissionais, em especial do enfermeiro, para que essa melhor se aproxime às realidades brasileiras e às políticas públicas atuais no país. Contudo, estudos sinalizam que colocar em prática esses princípios e formar profissionais que estejam engajados com as necessidades da população tem sido o grande desafio encontrado no processo formativo do enfermeiro (LUCCHESI; VERA; PEREIRA, 2010; MENEGAZ; LEOPARDI; BACKES, 2012; BACKES et.al.2012).

É observado que, embora a Enfermagem tenha participado diretamente do Movimento de Reforma Sanitária, no período de pré-institucionalização do SUS, as práticas no setor da saúde caminharam por algum tempo distantes dos programas de formação desse profissional (LUCCHESI; VERA; PEREIRA, 2010). Conforme autores colocam, um exemplo claro dessa situação se dá pelos próprios projetos pedagógicos acadêmicos dos cursos de Enfermagem que não se nortearam pelas necessidades de saúde da população (LUCCHESI; VERA; PEREIRA, 2010). Porém, essa não é uma responsabilidade somente das Instituições de Ensino, mas também das instâncias do SUS, através da articulação ensino-serviço.

Em uma pesquisa de abordagem qualitativa, realizada por Menegaz, Leopardi e Backes (2012) em uma universidade comunitária do Sul do país com acadêmicos de Enfermagem e Medicina, foram identificadas algumas lacunas na formação desses profissionais para as políticas públicas. Percebeu-se a existência de imprecisões conceituais acerca da temática, um desinteresse em compreender como o sistema e a organização do trabalho se dão, bem como, com relação às demandas da população. Os autores colocam que estratégias de aprendizagem inovadoras que oportunizem a troca de saberes, o diálogo, a transdisciplinariedade entre os diferentes saberes, favoreceria o entendimento da importância do estudo das políticas públicas, afinal, “é natural que os graduandos percebam a partir de suas vivências nos serviços de saúde a relevância e as relações de questões que os tocam diretamente população”. (MENEGAZ; LEOPARDI; BACKES, 2012, p.75).

No que tange a atuação política da Enfermagem, revela-se a Associação Brasileira de Enfermagem (Aben) como importante entidade representativa para articulação e participação da categoria na construção das políticas públicas no país (PAIM, 2013). Essa nasceu em cenário de grandes mudanças sociais no Brasil e no mundo, em 1962. Nesse período, o perfil

epidemiológico do país era marcado por doenças infecto parasitárias, verminoses, desnutrição e desidratação, tudo isso vinculado à hábitos decorrentes de mitos culturais e determinadas situações econômicas precárias, moradias insalubres e várias outras causas sociais (PAIM, 2013). Dessa forma, a Enfermagem brasileira se debruçou a realizar orientações em práticas educativas de saúde e participar ativamente das discussões e ações planejadas que buscassem combater a precariedade de saúde da população (PAIM, 2013).

Em Santa Catarina, esse movimento não foi diferente. No livro lançado em 2012 em memória aos 50 anos da Aben Seção Santa Catarina, é possível perceber a relação da Enfermagem brasileira e catarinense com aspectos políticos, econômicos, legais, sociais e de saúde da população (ABEN/SC, 2012). Junto com essas lutas, a formação de recursos humanos em Enfermagem, direitos trabalhistas, defesa do SUS e a valorização profissional são pautas que se destacam na construção histórica da profissão.

Nesse sentido, ao reconhecer que a Enfermagem tem contribuído efetivamente para a construção de diretrizes políticas no campo da saúde no país, reconhece-se a importância do conhecimento político e a “politicidade” do cuidado no contexto de atuação da Enfermagem, à medida que esses direcionam a prática profissional, “articulam atitudes, direitos, relações, com ênfase na ética e humanismo para auxiliar as pessoas que atuam na Enfermagem e aqueles que necessitam de cuidados a alcançarem a autonomia e emancipação”. (PERSEGONA et.al, 2009, p. 649). Essa colocação nos faz perceber que ser enfermeiro transcende os muros institucionais e impõe a necessidade de interação com o mundo ao redor dos serviços, adentrando nos territórios de produção da vida.

2.5. AVANÇOS E DESAFIOS DA ENFERMAGEM NO FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL

A partir do exposto, é possível perceber que cabe ao enfermeiro conhecer, participar, opinar, decidir e intervir sobre a dinâmica social e política inscrita no desenho das ações no âmbito da saúde (OLIVEIRA et.al., 2016). Essa dimensão política precisa estar incorporada à sua prática, o que requer que esse desenvolva a capacidade de mobilizar grupos sociais com vistas a construir e fortalecer uma assistência que atenda às necessidades de saúde da população (OLIVEIRA et.al., 2016).

Nesse sentido, estudos sinalizam que os enfermeiros até têm ocupado espaços de controle social como os conselhos gestores, representando o segmento dos profissionais de saúde, e entendem o Controle Social como a participação da sociedade nas políticas públicas (OLIVEIRA, et.al., 2016; MITTELBAACH; PERNA, 2014; LAVÔR; et.al., 2017; ARANTES; et.al., 2007). Contudo, a literatura apresenta que os desafios para a Enfermagem desenvolver o controle social como prática cotidiana, ainda, são muitos. A falta de informação ou compreensão qualificada e a falta de engajamento político tem sido os principais motivos (LAVÔR; et.al., 2017; GERALDI et.al., 2012; OLIVEIRA et.al., 2016; MITTELBAACH; PERNA, 2014; MARTINS; SANTOS, 2012).

Geraldi e colaboradores expressam uma preocupação nesse sentido, pois muitas vezes a população não busca pelo seu direito de participação por não estar ciente, justamente pela falta de orientação e esclarecimento que deve partir também dos profissionais enfermeiros (GERALDI et.al., 2012).

É possível perceber que o enfermeiro, por vezes, reconhece o papel de espaços de participação, como os conselhos de saúde, se percebe como motivador para o exercício do controle social. Contudo, nos estudos encontrados na literatura, ele ainda não se percebe como integrante desses espaços representando uma categoria profissional e defendendo os trabalhadores da saúde. Exatamente como Mittelbach e Perna (2014) sintetizam

É na condição de trabalhador de saúde que ele deve agir politicamente, tendo em vista as suas necessidades, uma vez que elas são parte substancial da qualidade final que se espera da assistência. Antes de incentivar a participação dos usuários – o que é importante - a Enfermagem está desafiada a avaliar o potencial estratégico do CS como campo da explicitação de conflitos e contradições que, na cotidianidade dos serviços, tendem a ficar invisibilizados. (MITTELBAACH; PERNA, 2014, p. 288).

Os autores ainda contextualizam que esse é um importante campo de atuação política e que requer amadurecimento e preparo do profissional, o que inclui formar alianças, defender interesses de outros grupos, saber quando recuar ou recusar pressões. E é isso que vai capacitar melhor o profissional, tanto para a sua atuação como para orientar a população, e “não simplesmente induzi-los a uma participação para cumprir a prescrição legal”. (MITTELBAACH; PERNA, 2014, p.288).

Embora os estudos nos apresentem desafios, eles também nos indicam caminhos. O de maior destaque é a indicação dos espaços e processos de formação para fomentar uma atuação

profissional politizada do enfermeiro (LAVÔR; et.al., 2017; GERALDI; et.al., 2012; OLIVEIRA; et.al., 2015; MITTELBACH; PERNA, 2014).

Ainda, Oliveira e colaboradores colocam que

Sugere-se ainda o investimento na educação permanente, que constitui um espaço necessário para que os enfermeiros e demais profissionais da ESF possam construir uma práxis que lhes possibilite avançar na consolidação da participação popular. (OLIVEIRA et.al., 2015, p. 426).

3. METODOLOGIA

3.1. PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

Considerando os objetivos do estudo e do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais, de caráter interdisciplinar e profissional, optou-se em utilizar como metodologia a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Trata-se de uma metodologia que vem sendo progressivamente utilizada pela enfermagem e outras categorias da área da saúde, que visa contribuir na proposição de modelos de cuidados, propondo, durante o seu processo de construção, a lógica indutiva-dedutiva e uma relação direta com a prática (ROCHA; PRADO; SILVA, 2012).

Esse processo é caracterizado por dois delineamentos. O primeiro por propor o desenvolvimento de conhecimento técnico/tecnológico, a partir da vivência na prática, para a minimização de problemas e introdução de possibilidades, inovações e mudanças na prática. O segundo, é a necessidade de imersão do pesquisador na assistência (PAIM; TRENTINI, 2014).

Antes de conhecer o percurso metodológico da PCA, juntamente com suas fases, é preciso compreender as características essenciais dessa metodologia, as quais incluem a dialogicidade, expansibilidade, imersibilidade e simultaneidade (PAIM; TRENTINI, 2014).

Na PCA, o diálogo é instrumento primordial na concretização das mudanças na prática assistencial, uma vez que é através dele que as trocas acontecem (entre participantes e entre pesquisador-participantes) e o conhecimento se constrói. Portanto, conforme Paim e Trentini (2014, p. 24), “a dialogicidade faz, necessariamente, parte da convergência na PCA, o que torna indispensável a compreensão da existência da unidualidade” – pesquisa e prática. Isso exige do pesquisador paciência e valorização das falas dos participantes.

Com relação a expansibilidade, significa que “o propósito inicial do pesquisador vai sendo ampliado durante o processo dialógico entre a prática assistencial e a investigação” (PAIM; TRENTINI, 2014, p 25). Ao longo do processo investigativo, pode-se identificar novos temas e interesses a serem considerados, contudo, é preciso que o pesquisador tenha bastante clareza do que precisa ser mudado naquele contexto. Ou seja, conhecer os seus objetivos.

A imersibilidade trata-se da “imersão do pesquisador na assistência (prática) durante o processo investigativo, visando a construção de mudanças compartilhadas nesse lugar assistencial do cuidado em saúde” (PAIM; TRENTINI, 2014, p. 26). Isso significa que o pesquisador irá atuar como um agente da prática e não, simplesmente, adentrar em campo para coleta de dados com foco inflexível de sua pesquisa. A presença física do pesquisador no interior da situação estudada faz parte do aprendizado da prática assistencial como dado da PCA, requerendo um afastamento temporal e local para analisá-lo (PAIM; TRENTINI, 2014).

Por fim, a simultaneidade, considerada a característica fundamental e mais desafiante para o pesquisador. Trata-se de “praticar a assistência enquanto se desenvolve a investigação” (p. 27), sem uma sobrepor a outra (PAIM; TRENTINI, 2014). Ou seja, ambas precisam dialogar em suas informações, sem dominância, para que seja possível construir mudanças na prática.

Com relação ao percurso metodológico, a PCA é constituída por diferentes fases e considera-se muito importante não pular etapas, sendo elas: **concepção, instrumentação, perscrutação e análise** (TRENTINI; PAIM, 2014).

A fase de **concepção** é o momento de alinhamento entre escolha do tema do estudo, definição das questões de pesquisa e levantamento do referencial teórico acerca da temática (TRENTINI; PAIM, 2004). Trata-se de uma síntese do conhecimento em relação ao tema da pesquisa. “Os passos da fase de concepção precisam ser articulados de maneira a formar um ‘todo’, passando a denominar-se problema da pesquisa” (TRENTINI; PAIM, 2014, p 32). Neste estudo, esta fase emergiu de muita reflexão, envolvendo revisão da literatura e percepções da realidade, a qual se encontra descrita nos capítulos 1 e 2 do presente trabalho (introdução e revisão bibliográfica). Ainda, é preciso ter clareza que, em virtude da dialogicidade e expansibilidade da PCA, as questões definidas nessa etapa foram dialogadas com os participantes da pesquisa.

A segunda etapa é a fase de **instrumentação** que, conforme Trentini e Paim (2014), consiste no delineamento dos procedimentos metodológicos da pesquisa, ou seja, a escolha do cenário de estudo, participantes, negociação da proposta e definição das técnicas e instrumentos a serem utilizadas para coleta e análise dos dados.

É importante deixar claro que, essas duas fases (concepção e instrumentação) aconteceram durante a elaboração do projeto de pesquisa, período que antecedeu o seu desenvolvimento de fato.

Cenário de estudo

Este estudo foi realizado envolvendo o Curso de Graduação em Enfermagem de uma universidade pública do Oeste Catarinense. Além das justificativas descritas na introdução, a escolha deste cenário se deu pela relação da pesquisadora com o curso, na condição de acadêmica egressa turma 2017/1.

Como já mencionado na introdução, a universidade foi criada em 2009 e iniciou suas atividades acadêmicas em 2010. Originou a partir de muita mobilização da sociedade civil e entidades públicas dessa Região e, dentre seus princípios, tem estabelecido o de ser uma universidade pública e popular e comprometida com a formação de cidadãos conscientes e compromissados com o desenvolvimento sustentável e solidário da Região Sul do país.

O referido curso de enfermagem iniciou suas atividades no ano de 2010, com o compromisso de propiciar uma formação contemporânea, contextualizada e dinâmica, pautada na indissociabilidade do ensino, pesquisa, extensão e assistência, de maneira a gerar um enfermeiro generalista, crítico e apto para atuar em todas as dimensões do cuidado. Conforme o Projeto Pedagógico do curso (PPC),

os conteúdos essenciais do referido Curso apresentam elementos relacionados ao processo saúde-doença do indivíduo, família e comunidade, integrados à realidade epidemiológica e profissional, na perspectiva da integralidade das ações do cuidar, inserindo o acadêmico no atual contexto de discussões e reflexões sobre as políticas públicas de saúde e as repercussões na Enfermagem (UFFS, 2010, p. 19).

Atualmente, o curso é desenvolvido em período integral, com uma carga horária de 4.395 horas, com entrada anual de 40 acadêmicos, contabilizando atualmente cinco turmas de graduandos. Conta com um corpo docente de 33 professores, entre esses, 24 com formação em Enfermagem; desses, 20 com dedicação exclusiva, alguns em período de afastamento para doutorado ou licença maternidade.

A proposta foi inicialmente apresentada à coordenação do Curso e, após sua concordância, dialogada com os docentes em uma reunião do colegiado de Enfermagem, oportunidade em que foi exposta a intencionalidade de pesquisa e acordados os objetivos, metodologia e cronograma da pesquisa.

Participantes da pesquisa

Delimitamos como participantes da pesquisa os docentes do curso, considerando-se os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão: aceitar participar dos encontros/oficinas, conforme pactuação entre pesquisadora e participantes na reunião de colegiado, independentemente de sua formação ser específica em Enfermagem, saúde ou outras áreas. Justifica-se a escolha pela proximidade e envolvimento com a formação em Enfermagem do referido Curso, no qual a maioria dos atuais docentes efetivos participaram do processo de elaboração do Projeto Pedagógico vigente do Curso.

Critérios de exclusão: docentes efetivos do Curso de Enfermagem que se encontravam na condição de “pedido de afastamento” para doutorado, licença maternidade, entre outros motivos.

Ainda, com o intuito de divulgar a pesquisa, para perceber os interessados em participar da pesquisa e conhecer melhor os docentes do curso, foi elaborado um questionário (Apêndice I) para conhecer o perfil dos participantes e, posteriormente, planejar as etapas da coleta de dados. Esse questionário com perguntas objetivas e curtas, na sua maioria de apenas assinalar, foi disponibilizado via e-mail a todos os docentes do curso. O endereço eletrônico dos docentes foi disponibilizado pela coordenação do curso.

Instrumentos e técnicas de coleta de dados

As técnicas de coleta mais apropriadas na PCA são: entrevista (aberta e estruturada), observação e discussão de grupos. Para este estudo, adotou-se a discussão de grupo na modalidade de encontros de produção com os docentes.

Os encontros são uma estratégia metodológica que se caracteriza como “trocas dialógicas que permitem a visibilidade, construção e deslocamento de versões sobre a realidade” e se configuram como

Ferramentas ético-políticas privilegiadas, pois proporcionam a criação de espaços dialógicos de trocas simbólicas e a co-construção de outras possibilidades de sentidos acerca das temáticas discutidas, cujos efeitos [...] alertam para potenciais transformações nas práticas discursivas geradas naquele contexto. (SPINK; MENEGON; MEDRADO, 2014, p. 33).

Para a realização dos encontros e alcance dos objetivos propostos, foi necessária a articulação de diferentes estratégias, sendo essas: Mapa Conceitual, Tempestade de ideias e atividades de grupo.

O uso do método de Mapa Conceitual se torna apropriado para o estudo, uma vez que permite a construção de conceitos a partir da percepção de cada participante da pesquisa e sua maneira de perceber/entender um objeto/fenômeno, por mais que contenha características comuns a todos (TAVARES, 2007). Além disso, a dinâmica de construção do mapa, o coletivo dialoga e realiza acordos sobre o posicionamento, o significado e as relações entre os conceitos definidos pelo grupo, conformando um conceito do grupo.

A estratégia de Tempestade de Ideias (ou ainda conhecida como Tempestade Cerebral ou *Brainstorming*) constitui-se na possibilidade de estimular a geração de novas ideias de forma espontânea e natural, deixando funcionar a imaginação. Como técnica de pesquisa ela pode ajudar a definir um tema ou um projeto; para diagnosticar um problema; para discutir conceitos novos; para dar um novo rumo a um projeto, buscando identificar obstáculos e soluções. Não há certo ou errado, tudo o que é colocado pelo sujeito é considerado, e após, se necessário, é solicitado uma explicação do que foi colocado (MARCHESAN; et.al., 2017)).

Com relação as atividades de grupo, percebe-se que existem diferentes maneiras de se trabalhar grupo em uma pesquisa. Dentre essas, os pesquisadores têm utilizado as técnicas de grupo focal, grupo terapêutico ou ainda grupos de natureza operacionais. A coleta de dados utilizando esta técnica exige do pesquisador capacidades inerentes à coordenação de grupo, à pesquisa e à prática, mas também, principalmente, capacidade criativa e de síntese (TRENTINI, 2014). Como vimos, neste estudo, a modalidade de atividades de grupo denominamos de encontros de produção com os docentes.

A próxima etapa da PCA consiste na **perscrutação**, que inclui a aplicação das técnicas de coleta, o registro e a organização dos dados, com dupla intencionalidade: produzir construções científicas nas atividades de pesquisa e favorecer o aperfeiçoamento da problemática identificada (REIBNITZ; PRADO; LIMA; KLOH, 2012). Ou seja, é descrever como as técnicas e instrumentos de coleta de dados foram aplicados na prática – sua periodicidade, local, horário e questões mais específicas para a coleta e registro de dados. Essa fase exige criatividade do pesquisador e deve ser compatível e adequada ao método (TRENTINI; PAIM, 2004).

Operacionalmente, essa fase aconteceu no período de julho a outubro de 2018 nos espaços da Universidade cenário de estudo, envolvendo seis docentes do curso de Enfermagem. Foram realizados quatro encontros com um intervalo de duas a três semanas entre eles. Cada encontro, com seus detalhes e técnicas e instrumentos utilizados, bem como os achados de cada um, encontra-se detalhadamente descrito no capítulo 4 (Resultados).

Para registro de dados, todos os encontros foram gravados e fotografados, mediante autorização dos participantes, sendo as falas transcritas. Ainda, utilizou-se do diário de campo para o registro de fatos relevantes, manifestações não-verbais e eventualidades paralelas às discussões que pudessem interferir na interpretação dos dados.

A última fase, a **análise**, requer dedicação do pesquisador para realizar os passos de apreensão, síntese, teorização e recontextualização. Essa fase encontra-se descrita no Item 4 e 5 (Resultados e Discussão), uma vez que na PCA, os passos que a integram podem acontecer de maneira sequencial ou não. Neste caso, o processo de apreensão e síntese aconteceu após cada encontro, como podemos perceber mais adiante, no capítulo 4. Já o processo teorização (ou interpretação) e transferência foi processado após a realização de todos os encontros. Conforme as autoras colocam, essa fase

está conceptualizada não somente como atividade técnica com enfoque narrativo, mas também como método de pesquisa da prática de Enfermagem, com ênfase na subjetividade e diálogo [...]. Devido a esta complexidade, este tipo de pesquisa pode lidar com os mais variados exemplares de informações, que requerem a utilização de uma variedade de métodos e técnicas de análise (TRENTINI; PAIM, 2014, p 91).

Neste caso, dialogando com o contexto da formação em Enfermagem,

O processo de síntese consiste em examinar subjetivamente os dados e realizar associações e variações das informações, encontradas no processo de apreensão. O processo de teorização consiste em descobrir os valores contidos nas informações levantadas durante o processo de síntese. A teorização se faz pela relação da fundamentação teórico-filosófica utilizada no estudo de maneira a proceder à associação com os dados. Assim, formulam-se novos conceitos, definições e inter-relações, constituindo as conclusões do estudo. O processo de recontextualização consiste na possibilidade de dar significado a determinados achados ou descobertas e procurar contextualizá-los em situações similares, ou seja, é a socialização de resultados singulares. (REIBNITZ; et al., 2012, p. 1022).

3.2. ASPECTOS ÉTICOS

Quanto aos aspectos éticos, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ – para apreciação e autorização. Foi aprovado sob parecer nº 2.633.125.

Foram observados os preceitos éticos recomendados pela Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, tais como respeito aos participantes da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer ou não na pesquisa, observando os riscos e benefícios, comprometendo-se com o máximo de benefícios e mínimo de riscos, garantindo que danos previsíveis sejam evitados e, responsabilizar-se com a relevância social do estudo (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Diante da metodologia utilizada nos encontros, previam-se riscos mínimos aos participantes, de forma que, até o final da coleta de dados não aconteceu nenhuma eventualidade. Foram respeitados os interesses dos participantes e a decisão de desistência de um desses, uma vez que iniciamos com seis e finalizamos com cinco participantes.

A proposta foi inicialmente apresentada à Coordenação do Curso de Enfermagem e à Coordenação de Campus, após aceite e assinatura do Termo de Aceite (Apêndice II). O convite e a apresentação da proposta de pesquisa aos docentes aconteceram formalmente em uma reunião de colegiado do Curso, sendo reforçado em mais uma reunião do Núcleo Docente Estruturante, após o primeiro encontro, por sugestão dos participantes. Ainda, vários e-mails foram enviados, do início ao fim do período de coleta de dados, à todos os docentes em exercício do Curso, com intuito de divulgar e convidá-los a participar da pesquisa.

A leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e do Termo de Consentimento para Uso de Imagem e Voz (Apêndice III e IV), respeitando o anonimato e o sigilo e a livre decisão de desistir do estudo a qualquer momento, foi realizada logo no primeiro encontro com os participantes.

4. RESULTADOS

Neste capítulo, vamos descrever detalhadamente a fase da **perscrutação** da PCA. Trentini e Paim (2014) colocam que, por uma questão didática, essa fase se encontra separada, porém ela está imbricada nas fases de instrumentação e análise. Perscrutar significa examinar, investigar rigorosamente, indagar, tentar conhecer, procurar penetrar no segredo das coisas. Dessa forma, na PCA, “a perscrutação se caracteriza como uma procura de modo minucioso e profundo das condições de mudanças em todo o contexto da investigação”. (TRENTINI, 2014, p. 46).

A categorização e análise dos resultados, bem como a interpretação e construção de significados do estudo, emergiram a partir dos encontros realizados com os docentes, cuja descrição é apresentada nos subcapítulos apresentados a seguir.

Como já percebemos, na PCA, um aspecto fundamental para seu andamento metodológico, é a convergência entre as lógicas da pesquisa e da assistência em um processo de troca, no mesmo espaço de trabalho (PAIM, 2014, p. 66). Essa conectividade se dá pelo “exercício da dialogicidade em meio às atividades conjuntas e diferenciadas da investigação” (PAIM, 2014, p. 67). Portanto, a abordagem utilizada nos encontros foi de diálogo entre os participantes, a partir da proposição de um tema central, mediado pela pesquisadora. Além de utilizar estratégias em que informações produzidas a partir dos conhecimentos prévios e vivências de cada um fossem coladas em “roda” para trocas e, destas colagens, emergissem reflexões, sugestões, indagações. Esse diálogo possibilitou a pesquisadora a identificação de potencialidades e fragilidades, as quais favoreceram a construção de novos conhecimentos e práticas.

Dessa forma, constitui-se um jeito de investigar, pensando e repensando a própria prática, que leva ao encontro de Paulo Freire (1979), quando esse coloca que é preciso reflexão crítica para se apropriar da realidade que lhe cerca, percebendo-a como um desafio a ser enfrentado para transformar esta realidade.

Nesse sentido, os docentes participantes da pesquisa puderam, em quatro encontros realizados, discutir de que maneira o controle social tem sido (ou não) abordado na formação do enfermeiro.

4.1. RECONHECENDO OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Antes do primeiro encontro com os docentes, foi realizado contato via e-mail com todos os 33 docentes do curso, destes, 24 enfermeiros. Além de explicitar os objetivos da pesquisa, foi encaminhado o link de um formulário online com o objetivo de conhecermos um pouco melhor o público com que iríamos realizar a pesquisa e traçar um perfil deste grupo. Ao final deste formulário, foi deixado um espaço para que os participantes pudessem sugerir três datas e horários para nosso primeiro encontro. A partir destas sugestões foi agendado o primeiro encontro.

O formulário foi respondido por 11 docentes, todos com contrato de dedicação exclusiva ao curso; desses, sete possuem doutorado. Desses 11, oito citam ter participado de congressos e cursos complementares que possuíam relação com o controle social. Com relação ao período de ingresso desses docentes na instituição, esse ocorreu entre 2011 e 2014. Sobre a participação no processo de construção do PPC do curso, dois citam ter participado de forma ativa, os demais não. Contudo, sinalizam estar ativamente envolvido nas discussões atuais de reformulação do mesmo. A maioria deles cita experiências de participação com organizações sociais, profissionais ou comunitárias. Porém, somente cinco (41%) desses docentes tiveram experiências de participação em conselhos gestores. Dois desses docentes citam ter exercido cargo representativo como conselheiros de saúde.

Dos 11 docentes que responderam o formulário on-line, seis compareceram para o primeiro encontro e cinco participaram ativamente do início ao fim da coleta de dados. Ainda, no formulário on-line havia um campo a ser preenchido com o nome fictício com o qual o participante gostaria de ser referenciado na pesquisa. Com relação à presença dos participantes, realizamos a construção da tabela a abaixo com os nomes fictícios e participação nos encontros.

QUADRO 1: Frequência dos participantes nos encontros da pesquisa

NOME	1º ENCONTRO	2º ENCONTRO	3º ENCONTRO	4º ENCONTRO	CAMPO/AREA DE ATUAÇÃO
ORQUIDEA	Presente	Presente	Presente	Presente	Saúde Coletiva, Atenção Básica
PRAXIS	Presente	Presente	-	Presente	Saúde Coletiva, Atenção Básica
FLOR 1	Presente	-	-	-	Enfermagem, área hospitalar

SILVANA	Presente	Presente	Presente		Saúde Coletiva, Atenção Básica
BORBOLETA	Presente	-	Presente	Presente	Saúde Coletiva, Atenção Básica
FLOR 2	Presente	Presente	Presente	Presente	Saúde Coletiva, Atenção Básica

Fonte: Produzido pela autora, com base nas informações da pesquisa.

Durante a coleta de dados, três pontos foram seguidos rigorosamente com o intuito de atingir os objetivos da pesquisa. O primeiro foi o planejamento com antecedência de cada encontro, construindo um roteiro para cada momento com o objetivo de auxiliar a pesquisadora na condução dos encontros. O segundo, foi a produção de resultados, ao final de cada encontro, elaborando as sínteses à partir dos dados obtidos por meio das atividades desenvolvidas e transcrição das falas dos respectivos encontros. Ainda, um terceiro ponto, foi a validação dos resultados produzidos, a cada encontro subsequente, com os participantes da pesquisa, conforme pode-se perceber nos próximos subcapítulos.

4.2. PRIMEIRO ENCONTRO: MOMENTO DE PERCEBER (OS PARTICIPANTES, UM CONHECIMENTO, UMA REALIDADE)

O primeiro encontro foi realizado no dia 18 de junho de 2018, às 10h00min, com duração de 2horas/aula, com o objetivo de verificar a compreensão que os professores têm sobre a temática do controle social, associada à diretriz do SUS relativa a participação da comunidade. Para atingir o objetivo proposto, utilizou-se como principal estratégia o Mapa Conceitual, organizado conforme o 1º Roteiro da PCA (Apêndice V).

Após dar início, agradecendo a presença de todos, solicitamos que os participantes falassem rapidamente sobre suas perspectivas em estar participando da pesquisa.

Nesse momento surgiram algumas falas, as quais destacamos:

“Talvez devesse ser óbvio essa discussão toda ao nível que merece ser discutida dentro da formação. A gente sabe que pouco se discute essas questões do controle social e esse momento é para levantar isso, trazer à tona o quanto estamos discutindo, o que estamos deixando de discutir e sinalizar para que a gente venha a discutir da forma que é necessária” (FLOR).

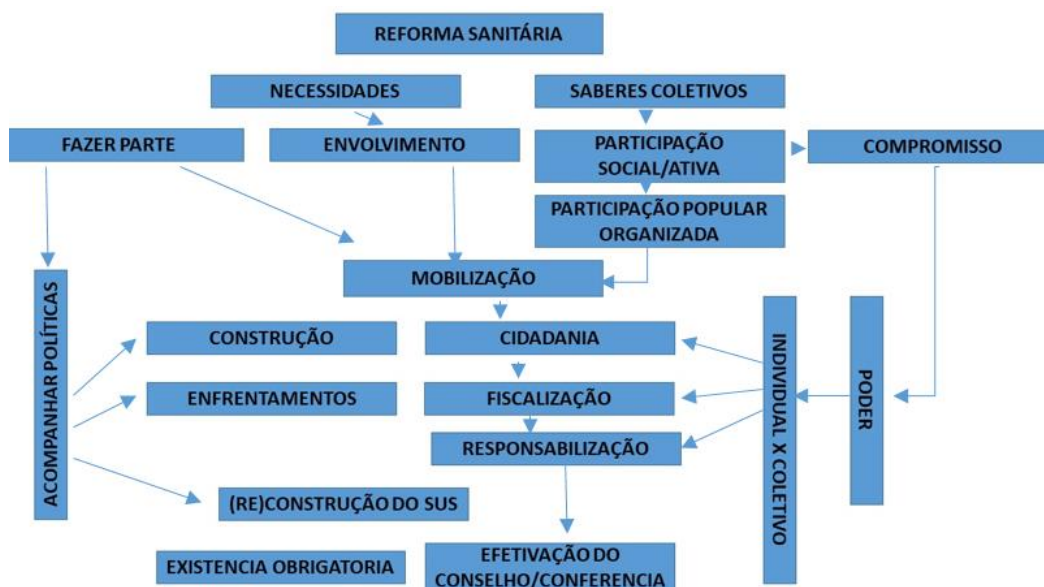
“É uma pesquisa bem desafiadora, além de que estamos há praticamente três anos ou um pouco mais, rediscutindo o PPC. Esta é uma oportunidade para que a gente ‘corra atrás do prejuízo’, digamos assim. Não é para

inserir nada, mas pensar como pensamos a formação de Enfermagem na universidade” (PRÁXIS).

Em seguida foi apresentada a proposta da pesquisa, enfatizando os objetivos, o processo metodológico e suas questões éticas, realizando no coletivo leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após esclarecer como seria a dinâmica desse primeiro encontro, deu-se início às atividades. Foram entregues três tarjetas a cada participante, os quais deveriam, individualmente, buscar refletir e responder a seguinte pergunta disparadora: ***O que eu compreendo por exercício do controle social na saúde?***. Após 10 minutos, deu-se início a socialização e construção do mapa conceitual do grupo. Esse momento de discussões e construção do mapa em um processo de colocar tarjeta, retirar tarjeta, trocar as palavras de lugar ou sentido, durou em torno de 45 minutos. Resultando no mapa do coletivo, conforme a imagem abaixo:

FIGURA 1: Mapa conceitual sobre a compreensão do grupo em relação ao exercício do controle social na saúde



Fonte: Produzido pela autora, com base nas informações da pesquisa.

Após esse momento, a pesquisadora realizou uma breve síntese do que foi falado pelos participantes. Isso foi importante para se ter um “fecho” e ficar claro, após tantas discussões, para ambas as partes (pesquisador e participantes) o que foi dito de essencial durante a

construção do Mapa Conceitual. Em seguida, foi realizada uma avaliação desse encontro e acordados data e local para o segundo encontro. A avaliação consistia em cada um elencar uma palavra que representasse para si o encontro, sendo assim surgiram as seguintes palavras: discussão, preocupada, reflexivo, esperança e desconstrução.

Esse primeiro encontro foi muito importante para perceber os participantes, uma vez que, sendo controle social o tema central das discussões, é necessário, antes de tudo, entender o que os participantes compreendem sobre esse termo. Encontro realizado, é momento de realizar a transcrição e começar a perceber os resultados obtidos. A partir dessa primeira aproximação, foram organizados os resultados desse encontro, tendo em vistas sua validação com os participantes, bem como o Roteiro do 2º encontro (Apêndice VI). Esse momento constituiu um processo de muita reflexão, para se chegar ao seguinte hipertexto¹³:

Para o grupo, o controle social pode ser compreendido como:

“**Enfrentamentos.** É mais ou menos o que é, como eu faço e para que o controle social seja efetivado? [...]. Os ideais da *reforma sanitária* nunca foram atingidos, são formalizados na constituição e [na Lei] 8.080, mas, de fato, como Paim coloca, ela [a RS] está mais ativa que nunca, embora esmorecida”.

“Se a gente pensar nas instâncias de *participação social*, controle social, [do] Sistema Único de Saúde, [os] conselhos e conferências, eu penso que são espaços ou instâncias [institucionalizadas] de participação que vieram em uma lógica/proposição do Sistema Único de Saúde para, entre outras [instâncias], apontar as necessidades de saúde para que, aí, a partir dessas, construa-se o Sistema”.

“**Envolvimento**, porque não adianta nada a gente pensar nas outras palavras que eu selecionei aqui se a gente não se envolver com a comunidade e buscar essas necessidades” “**Envolvimento**, com a comunidade, no geral” [é] “**fazer parte**, na verdade porque o *envolvimento* implica em você fazer parte desse processo. Porque, só ir às reuniões muitas vezes não é o suficiente”.

“Eu pensei que controle social seria uma **participação popular**, um pouco mais organizada e consolidada. [...] Foi uma tentativa de diferenciar esses conceitos: participação popular e controle social, que para mim são diferentes, porque você pode participar ativamente de qualquer movimento, sem necessariamente representá-lo [em uma instância mais estruturada]”. [Aqui, a ideia de uma] “**participação social**, no sentido de acompanhamento e engajamento”.

“Enfrentamento, junto com **fiscalização**; porque eu acho que a questão de enfrentamento tem a ver com alguns papéis do controle social, que é de fiscalizar. Fiscalizar como está o setor da saúde, aonde deve ser encaminhado a verba”.

³ O hipertexto é uma escrita não sequencial, em um texto que se bifurca. É uma série de blocos de textos conectados entre si e formam diferentes itinerários para quem lê. A construção de hipertextos a partir de mapas conceituais “pode estabelecer relações lógicas entre os diversos conceitos que compõem o conteúdo de um texto e, ainda, determinar graficamente os diversos ‘links’ que se fizerem necessários para o entendimento do texto”. (NUNES; COSTA, s.d., p. 4).

“Não é só acompanhar a política! *Acompanhar* vai além das *políticas*: é acompanhar a execução dessas políticas” “É o *acompanhar*, fazer parte desde a identificação da necessidade, da proposição, na implementação, na **fiscalização** e na avaliação das políticas e, aí, fazer novas proposições. Acho que esse é o ciclo de papel do controle social”. “*Acompanhar políticas*, tudo isso no contexto de que são elaboradas, pensadas, a partir das necessidades: políticas públicas, políticas, considerando projetos, programas e tudo mais que engloba as intervenções a nível da prática. No meu ponto de vista, esse [termo] é transversal, porque permeia todos os outros”. [Pensar na finalidade das políticas, remete à] **saberes coletivos**, no sentido de necessidade coletivas [...] Saúde coletiva para diminuir a desigualdade. [Isso requer] **mobilização**, porque, sem a gente saber que certas coisas não funcionam, as necessidades em saúde não são contempladas – se a gente não se mobiliza para isso”.

“Coloquei a palavra **cidadania**, para a gente se envolver como cidadão e também buscar lutar pelos direitos”. “Eu acho que tem uma palavra que remete que a *cidadania* é uma participação ativa, que você não usa só para a construção [da política]”. “E, para isso, precisa **compromisso**”.

[Outro termo fundamental é a] “**responsabilização**. A questão disso tudo aí vai de todas as partes assumirem a sua responsabilidade, inclusive os usuários”. “Eu devo exercer o controle social independente de ser *conselheiro* municipal de saúde”. “Ele é uma obrigação, de fato, para que venha recurso do Fundo [Nacional de Saúde]”. “Porque, se não formos nesse espaço, têm mudanças que a gente acaba nem sabendo! Representatividade ou a própria *fiscalização*, tu consegues modificar se tem alguma coisa que não está de acordo”.

“Tanto é que a gente está falando de *Conselhos de Saúde*, mas se você for ver em Chapecó tem mais de 25 conselhos!”. “Ou também ele existe porque faz parte da necessidade de um modelo de uma gestão; nem sempre ele é ativo!” [Muitas vezes ele] “é um *conselho* fantoche”.

4.3. SEGUNDO ENCONTRO: MOMENTO DE REFLETIR SOBRE A PRÁTICA

Antes de o segundo encontro acontecer, o hipertexto acima foi encaminhado por e-mail para todos os docentes efetivos do curso de Enfermagem, independente de terem participado no primeiro encontro, para acesso, leitura e contribuições. No mesmo e-mail, foi reforçado o convite aos docentes do curso para participar da pesquisa, caso tivessem interesse e disponibilidade.

O segundo encontro aconteceu no dia 09 de julho, às 15h30min e durou 1h30min, com a participação de cinco docentes, no mesmo espaço do primeiro encontro, uma sala de aula da respectiva universidade cenário de estudo. Para esse encontro, o foco foi identificar o modo como (em que situações e de que forma) a temática do controle social tem sido abordada (ou não) no processo formativo dos acadêmicos do Curso de Enfermagem.

Iniciou-se o encontro com a validação do hipertexto, produto do primeiro encontro organizado pela pesquisadora. Para tanto, forem entregues cópias impressas para leitura, sendo

o debate coordenado com apoio de uma apresentação de slides com o hipertexto. Esse momento possibilitou que os participantes realizassem destaques e acréscimos no conceito de controle social do grupo. Vale destacar alguns pontos debatidos, como a questão do “poder”, como algo intrínseco e determinante nas relações dentro dos espaços de exercício do controle social. Como podemos perceber nas falas a seguir:

“[É preciso destacar] o poder como inerente, construído e reforçado [nesses espaços deliberativos]. [O poder] não é nem bom e nem ruim [...] mas é ilusão achar que o controle social se dá fora dessa rede [de relações de poder] que pode se exercer entre os membros, mas também é exercido de cima para baixo, com as influências, por exemplo” (SILVANA).

Após a validação do hipertexto, foi o momento de entrar no tema do encontro, instigando a reflexão acerca da prática, de como tem sido (ou não) trabalhado o controle social no processo formativo dos acadêmicos de enfermagem da UFFS. Para tanto, optou-se por realizar uma Tempestade de Ideias.

A estratégia de tempestade de ideias, também conhecida como *brainstorming*, tem como objetivo colher ideias de todos os participantes do grupo, sejam críticas, julgamentos ou sugestões. E, a partir disso, discutir quais são as sugestões viabilizadoras de soluções para determinados problemas ou situações (NOBREGA, 1997).

Dessa forma, foram entregues folhas de A4 para que os participantes, individualmente, buscassem responder à pergunta: ***A partir do conceito de controle social do grupo, no ensino, de que modo os acadêmicos têm sido instrumentalizados para atuar no fortalecimento do Controle Social?*** Após 20 minutos, todos colocaram suas folhas A4 em uma mesa com as respostas viradas para baixo. As folhas foram misturadas e cada um retirou uma dessas, orientando-se que nenhum poderia pegar a sua própria resposta. A partir da resposta do colega, tiveram mais 15 minutos para registrar suas contribuições na folha. Por fim, foi momento de socializar as respostas construídas e discuti-las com todo o grupo.

Essa estratégia permitiu identificar como tem sido a prática desses docentes em sala de aula, como podemos identificar através das falas a seguir.

“A abordagem e a discussão desse tema ainda é muito restrito as fases iniciais [...] é algo muito pontual, [inserido] em alguns componentes voltados a atenção básica, ou ainda alguns docentes que trazem essa discussão e que procuram provocar um despertar para essa temática. Não é algo transversal ou continuado, construído ao longo da graduação, para [que os estudantes possam] chegar lá no final empoderados, instrumentalizados para defender o SUS” (FLOR 2).

“Começa na primeira fase a despertar o estudante. Porém, não é uma proposta do curso; os professores é que vão fazendo e há um momento em que se encontra dificuldade principalmente porque, em geral, quem está na área hospitalar não considera o hospital e esquece que o hospital faz parte do SUS” (SILVANA).

“Pensando em ensinar a teoria com base na prática, qual a atuação dos professores do nosso curso em conselhos gestores? Em quais conselhos fizemos parte quanto conselheiros ou participantes? Ainda, considerando que os conteúdos de conhecimento envolvem o conselho da criança, do adolescente, do idoso [...], entre outros, em que momentos esses componentes fazem o link com o conselho, quando não fazem nem com o da saúde? Em que medida os professores e estudantes participam das conferências de saúde e outros? ” (ORQUIDEA).

“Talvez falte-nos ir para além da formação profissional para, de fato, valorizar a formação cidadã que, aliás, é um dos pilares da proposta pedagógica da” (SILVANA).

“Como é que eu falo de construção coletiva, cidadania, democracia, quando, na verdade, eu posso ser autoritário em sala de aula com minhas ideias [...] controle social, como fazer entender que é muito mais que conselhos e conferências? Mas, não é só fazer entender, será que eu entendo isso? Será que eu entendo que controle social é mais que a 8.142 e é mais que conselho de saúde?” (PRAXIS).

No primeiro momento, as falas demonstraram que o controle social está sendo trabalhado neste curso de enfermagem de maneira pontual e, principalmente, nas fases iniciais de formação. Porém, a medida que a socialização foi acontecendo e a pesquisadora questionando sobre como têm sido essas “poucas” experiências, foram surgindo novos achados. Entre as estratégias mais citadas pelos docentes no encontro, destaca-se a “visita/participação em reuniões do conselho de saúde”, como podemos perceber nas falas a seguir:

“Na segunda fase eles participam de uma reunião do conselho municipal, mas até onde eles entendem o que aquilo é de fato [...], porque, a imaturidade nessa fase é grande ainda. Então na 5ª fase é resgatado isso. Mas eu vejo que ainda é algo muito pontual em alguns componentes, os voltados a atenção básica.” (FLOR 2)

“A teoria, as resoluções e as leis de Chapecó, no conteúdo teórico e, na prática, a participação pelo menos em uma reunião do conselho e, após, uma reflexão sobre essa participação” (ORQUIDEA)

“Também aqueles componentes como o CEABS [Cuidado de Enfermagem na Atenção Básica], que estimula e fala diretamente disso [controle social] e que cobra, acompanha, valoriza, discute e depois prossegue também no Processo de Viver Humano I [componente curricular]. A ênfase pode ser menor, mas o foco está nos conselhos locais de saúde” (SILVANA).

Além dessa estratégia de ensino (participação de reuniões do conselho de saúde), outras foram citadas pelos docentes, como, por exemplo, as aulas teóricas sobre a legislação do SUS (Constituição Federal, Lei nº 8080 e Lei nº 8142), a incorporação desse tema e foco nos conselhos locais durante as atividades teórico práticas e estágios, metodologias mais problematizadoras em sala de aula, aulas sobre o tema com convidados externos, uma iniciativa de “Juri Simulado”.

“Onde que 1/3 da turma acusa, 1/3 defende e 1/3 julga o sistema de saúde, eles precisam estudar para buscar argumentos, estes argumentos que usam no júri é basicamente controle social.” (PRÁXIS).

Ainda, apesar de não ser pauta ou finalidade desse encontro, os participantes fizeram algumas sugestões de estratégias de ensino que pudessem potencializar o contato do estudante com o tema do controle social. Entre esses, fazer atividades integrativas entre as fases, e ampliar a participação nas reuniões para os demais conselhos gestores, como por exemplo, da criança, da mulher, de pessoas com deficiência, de idosos, entre outros.

Ao final, foi solicitado que cada um fizesse uma avaliação do encontro com apenas uma palavra, foram elas: problematizador, inquietação, ideias e incomodação.

Após o encontro e a transcrição, foi o momento de a pesquisadora fazer sua síntese, ou seja, “reunir elementos diferentes, concretos ou abstratos e fundi-los num todo coerente. [...] a síntese pode ser comparada a uma peneiração em que separa o joio do trigo” (TRENTINI, 2014, p.55).

Dessa forma, duas coisas foram possíveis a partir desse encontro: a primeira, realizar nova síntese sobre o conceito de controle social, revendo e extraindo os grupos de sentido; e, a segunda, organizar os achados do segundo encontro com foco “no que têm sido realizado e o que não”. Os achados do encontro foram organizados em um quadro contendo os grupos de sentido, estratégias de ensino utilizadas, como tem sido realizado, como poderia ser realizado e as fases que se aproximam. Esse quadro foi levado para validação no terceiro encontro.

Para sistematizar as estratégias indicadas no segundo encontro, o conceito de controle social do grupo foi, primeiramente, organizado em grupos de sentido, sendo eles:

QUADRO 2: Conceito de controle social e seus grupos de síntese

CONCEITOS DE CONTROLE SOCIAL DO GRUPO	SÍNTESE
Se pensar nas instâncias de participação social, controle social do Sistema Único	A partir das necessidades de

de Saúde, os conselhos e as conferências são espaços ou instâncias de participação que vieram em uma lógica de proposição, para que, entre outras atribuições, possam apontar as necessidades de saúde e, a partir dessas, seja construído o SUS.

[Pensar na finalidade das políticas, remete à] saberes coletivos, no sentido de necessidades coletivas [...] Saúde coletiva para diminuir a desigualdade. [Isso requer] mobilização, porque sem saber que certas coisas não funcionam, as necessidades em saúde não são contempladas. Não adianta a gente pensar em outras palavras [significados / dimensões/ termos / conceitos??], se não houver envolvimento com a comunidade e [em conjunto com essa] a busca dessas necessidades.

Controle social seria uma participação popular, um pouco mais organizada e consolidada. Há uma diferença entre esses conceitos: participação popular e controle social; porque é possível participar ativamente de qualquer movimento, sem necessariamente representá-lo [em uma instância mais estruturada]. [Aqui, a ideia de uma] participação social, no sentido de acompanhamento e engajamento, desencadeada a partir dos microespaços de participação. [Por outro lado] Controle social extrapola conselhos e conferências, porque necessita ser visto como um exercício de cidadania. É bem mais amplo do que as instâncias formais; o controle social deve estar disseminado. Exercer o controle social independe de ser conselheiro municipal de saúde. Cidadania, implica em se envolver como cidadão, buscar lutar pelos direitos. Cidadania é participação ativa, que requer compromisso. É fazer parte desse processo, para além de ir às reuniões.

Para que o controle social seja efetivado, requer enfrentamentos. Os ideais da *reforma sanitária* nunca foram atingidos, são formalizados na constituição e [na Lei] 8.080, mas, de fato, como Paim coloca, ela [a RS] está mais ativa que nunca, embora esmorecida.

[Outro termo fundamental é a] [co]responsabilização. A questão disso tudo aí vai de todas as partes assumirem a sua responsabilidade, inclusive os usuários. Exercer o controle social independe de ser *conselheiro* municipal de saúde. Ele é uma obrigação, de fato, para que venha recurso do Fundo [Nacional de Saúde]. Enfrentamento tem a ver com alguns papéis do controle social, que é de fiscalizar. Fiscalizar como está o setor da saúde, aonde deve ser encaminhado a verba, e, a partir desta, fazer as mudanças/modificar se tem alguma coisa que não está de acordo. Se não frequentamos esse espaço, têm mudanças que acabamos nem sabendo!

Estamos falando de Conselhos de Saúde, mas se formos ver, em Chapecó, tem mais de vinte e cinco conselhos. Portanto, temos “n” espaços para poder acompanhar esse movimento [de exercício do controle social], até pensando que os conselhos por certo também deveriam *falar entre si*, [colocar em prática] a questão da intersectorialidade”.

Não é só acompanhar a política! Acompanhar vai além das *políticas*, é acompanhar a execução dessas políticas. É o *acompanhar*, fazer parte desde a identificação da necessidade, na proposição, na implementação, na fiscalização e na avaliação das políticas e, a partir desta, fazer novas proposições. Esse é o ciclo de papel do controle social. Além disso *acompanhar políticas*, é também, considerar e acompanhar as intervenções a nível da prática. Esse [termo] – acompanhar as políticas - é transversal, porque permeia todos os outros.

saúde e saberes coletivos, são formuladas as propostas para o SUS, o que requer mobilização e envolvimento com a comunidade.

O controle social vai além dos conselhos e conferências, deve ser um exercício de cidadania. A participação social é acompanhamento e engajamento, a partir dos microespaços. Cidadania requer compromisso, se envolver como cidadão e fazer parte do processo.

Efetivar o controle social requer enfrentamentos e [co]responsabilização, no sentido de todas as partes assumirem a sua responsabilidade, independentemente de ser conselheiro municipal de saúde; fiscalizar o setor da saúde e, a partir disso, fazer as mudanças.

Os conselhos gestores precisam dialogar entre si para colocar em prática a questão da intersectorialidade.

Acompanhar a execução das políticas é fazer parte desde a identificação da necessidade, na proposição, na implementação, na fiscalização e na avaliação das políticas e, a partir disso, fazer novas

O controle social existe porque faz parte da necessidade de um modelo de gestão; mas, nem sempre ele é ativo! [Muitas vezes ele] é um *conselho* fantoche. Por outro lado, o controle social pode ser utilizado como moeda de troca, que envolve diferentes interesses. É espaço no qual as pessoas [muitas vezes] levam seus interesses pessoais, em detrimento dos interesses coletivos. O princípio da equidade não é entendido. [É preciso destacar] o poder como inerente, construído e reforçado [nesses espaços deliberativos]. [O poder] *não é nem bom e nem ruim* [...] mas é ilusão achar que o controle social se dá fora dessa rede [de relações de poder] que pode se exercer entre os membros, mas também é exercida de cima para baixo, com as influências por exemplo.

É preciso destacar as relações de poder como inerentes, construídas e reforçadas nesses espaços deliberativos. O poder não é nem bom e nem ruim. O controle social existe porque faz parte da necessidade de um modelo de gestão; mas, nem sempre ele é ativo.

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora, em diálogo com a orientadora, para melhor visualização dos dados.

A síntese desse encontro se deu através da organização do Quadro 3, validado no início do terceiro encontro com os docentes e na qual apresentamos no capítulo a seguir. Esse quadro possibilitou identificar diversas estratégias que já têm sido realizadas no curso e outras que foram sendo sugeridas pelos docentes ao longo do encontro como possibilidades. Do mesmo modo, o encontro proporcionou perceber algumas questões pertinentes para nossa compreensão sobre como o controle social tem sido abordado na formação de Enfermagem do referido curso, na qual sintetizamos nas falas a seguir.

Na segunda fase eles participam de uma reunião do conselho municipal, mas até onde eles entendem que aquilo é de fato [controle social] não sei, porque a imaturidade nessa fase é grande (FLOR 2).

Na prática [durante o componente de CEABS], a participação de pelo menos uma reunião do conselho e, após, uma reflexão sobre essa participação, não fica no vazio. Eu já tenho trabalhado de diferentes formas, até de buscar atas (ORQUIDEA).

A abordagem e a discussão desse tema ainda é muito restrito as fases iniciais [...] Mas, uma possibilidade que poderia ser tentada é dividir os estudantes em grupos: cada grupo participa de um conselho e, depois, eles voltam para a sala de aula para discutir (FLOR 2)

Por que a gente não tem nenhuma atividade em conjunto, até com o CEABS, a própria visita que se faz no conselho municipal de saúde? (PRAXIS)

Precisa é diluir [esse tema no Curso, de forma] que todos os professores resgatem. Não adianta ficar fazendo um monte de teoria. É [necessário] associar isso na prática, durante a atividade teórico-prática e estágio. É lá que vais efetivar e eles vão conseguir fazer e visualizar (ORQUIDEA).

O que acontece é que isso não é uma proposta do Curso [...] porque, em geral, quem está na área hospitalar não considera o hospital e, muitas vezes, até nós mesmos (AB), esquecemos que o hospital faz parte do SUS! (SILVANA)

Em quais conselhos fizemos parte quanto conselheiros ou participantes, considerando que os conteúdos de conhecimento envolvem o conselho da criança, do adolescente [...], entre outros? Em que momentos esses

outros componentes fazem o link com os conselhos quando não fazem nem com o da saúde?! (ORQUIDEA)

Quando a gente fala de controle social remete à SUS. Quando a gente fala em SUS, ainda parece que para muitos é atenção básica, atenção primária, unidade básica de saúde, “postinho” [...] Estamos aqui em cinco professores da área da atenção básica e uma da área hospitalar e, os próprios docentes da área hospitalar não se reconhecem discutindo esse controle social (FLOR 2).

4.4. TERCEIRO ENCONTRO: PERCEBENDO DESAFIOS

Após um segundo encontro muito intenso e de muitos achados, partiu-se para o terceiro encontro, previamente organizado pela pesquisadora e orientadora conforme Apêndice VII. Esse aconteceu no dia 27 de agosto, às 16h30min, com a participação de quatro docentes, ocupando o mesmo espaço dos demais encontros. Para este encontro o objetivo foi identificar componentes no ensino que indiquem possibilidades de inserção da temática do Controle Social no processo de ensino-aprendizagem.

Iniciou-se o encontro com a validação dos dados do encontro anterior. Para esse momento foi levado um cartaz com um quadro (Quadro 3), contendo quatro colunas, com os seguintes campos na primeira linha: (1^a) sínteses relativas ao conceito do grupo sobre controle social (Quadro 2), (2^a) estratégias, (3^a) como essas têm sido realizado e, (4^a) o que poderia ser, mas não é realizado. Além disso, foram disponibilizadas tarjetas impressas com as sínteses do que fora produzido no outro encontro, com vistas a que o grupo preenchesse os campos das respectivas colunas. A medida que a validação ia acontecendo os participantes tinham a possibilidade de discordar e dispor as tarjetas onde achassem mais adequado.

Foi um momento importante para todos (pesquisadora e participantes), de construção e reflexão. De perceber o tanto que já tem sido feito no curso de Enfermagem e as lacunas que ainda existem. Esse momento foi importante para dar sequência ao terceiro encontro. Ainda, os participantes puderam perceber que algumas estratégias de ensino se aproximam de diferentes grupos de sentido relacionados à sua compreensão sobre controle social. Assim como, de algumas falas, é possível extrair diferentes estratégias de ensino.

Esse momento levou em torno de 45 minutos, e, ao final, foi construído um produto final, apresentado no quadro abaixo.

QUADRO 3: Relação do conceito de controle social com as estratégias de ensino: (

GRUPOS DE SÍNTESE	ESTRATÉGIA	COMO É REALIZADO	PODERIA, MAS NÃO É REALIZADO
A partir das necessidades de saúde e saberes coletivos são formuladas as propostas para o sus, isso requer mobilização e envolvimento com a comunidade	Participação em uma reunião do Conselho Municipal de Saúde	Na segunda fase eles participam de uma reunião do conselho municipal, mas até onde eles entendem que aquilo é de fato não sei, porque a imaturidade nessa fase é grande. / Na prática, a participação em pelo menos uma reunião do conselho e após, uma reflexão sobre essa participação, não fica no vazio. Eu já tenho trabalhado de diferentes formas, até de buscar atas [do conselho]	Precisa participar quem está no hospital, quem está na atenção básica durante o ano todo. Iniciativas que foram feitas de participação dos estudantes em reuniões do conselho municipal de saúde, acabaram sendo abandonadas porque [isso] não era acertado no começo do planejamento.
	Atividades teórico-práticas/estágios		A maioria até ia porque contava presença, só que os professores não vinham! Os alunos sentavam lá no fundo e ficavam o tempo inteiro no celular e, no meio da tarde, antes de a reunião terminar, iam embora/ Depois essa questão da participação não fazia link com a prática, não tinha um objetivo relacionado a questão da participação
	Aulas teóricas sobre legislação do SUS, os modelos de atenção à saúde e sobre o tema dos conselhos (Lei 8.142 e Resolução 453/2012)	A parte teórica [...] as resoluções e as leis de Chapecó. / Nas primeiras fases nessas discussões mais teóricas de reforma sanitária, SUS, já começam a perceber que o nosso sistema é fruto de um esforço coletivo / Estudar sistemas de outros países, ajuda muito eles a pensar no controle social, e eles adoram. [...] como é o sistema de lá, quais as diferenças e semelhanças com o nosso/ Em saúde coletiva I eu trago políticas e programas de saúde, a cada política e programa de saúde traz referências a participação social.	Precisa é diluir isso que todos os professores resgatam, não adianta ficar fazendo um monte de teoria. É associar isso na prática, durante a atividade teórico prática/estágio, é lá que vai se efetivar e eles vão conseguir fazer e visualizar.
O controle social vai além dos conselhos e conferências, deve ser um exercício de cidadania. A participação social é acompanhamento e engajamento a partir dos microespaços. Cidadania requer compromisso, se envolver como cidadão e fazer parte do processo.	Visitas em outros conselhos gestores		Ensinar a teoria com base na prática [...] qual a atuação, participação dos professores do curso em conselhos gestores? Em quais conselhos fizemos parte quanto conselheiros ou participantes?
	Participação de uma reunião do Conselho Municipal de Saúde	Na segunda fase eles participam de uma reunião do conselho municipal, mas até onde eles entendem o que aquilo é/ Na prática, a participação em pelo menos uma reunião do conselho e após, uma reflexão sobre essa participação.	
	Aulas teóricas sobre a temática	Nas duas últimas, especificamente, tem uma convidada /profissional/enfermeira que eles adoram essa aula de controle social.	Talvez falte-nos ir para além da formação profissional para de fato valorizar a formação cidadã que alias, é um dos pilares da proposta pedagógica da UFFS.
	Mobilização estudantil, representatividade acadêmica, a participação e envolvimento	Outro ponto que pode não estar diretamente ligado ao controle social em saúde, mas que valoriza muito a participação, que é a representatividade acadêmica, a participação e envolvimento, por exemplo nos eventos, nas causas da profissão, com o próprio curso...	
	Extensão	O estudante que participa da extensão ele vai ter esse olhar diferenciado,	

Para efetivar o controle social requer enfrentamentos e [co]responsabilização, no sentido de todas as partes assumirem a sua responsabilidade, independentemente de ser conselheiro municipal de saúde; fiscalizar o setor da saúde e a partir desta fazer as mudanças.	Metodologias problematizadoras nas aulas teóricas	preocupado com as causas da comunidade e do controle social. ...E o júri simulado também, que 1/3 da turma acusa, 1/3 defende e 1/3 julga. Os argumentos que eles usam no júri é basicamente controle social. E uma das coisas que a gente fez nessa edição que nunca tínhamos feito foi as visitas, e nas visitas a primeira questão da última prova era isso, para eles associarem a Lei 8.142 e a 453 nas visitas técnicas [...] eles acharam muito difícil, mas saíram umas coisas bem interessantes.	
	Aulas teóricas sobre legislação do SUS, os modelos de atenção à saúde e sobre os temas dos conselhos (Lei 8.142 e Resolução 453/2012)	A parte teórica [...] as resoluções e as leis de Chapecó./ Nas primeiras fases nessas discussões mais teóricas de reforma sanitária, SUS/ Sistemas de outros países, ajuda muito eles a pensar no controle social, e eles adoram./ Em saúde coletiva I eu trago políticas e programas de saúde, a cada política e programa de saúde traz referências a participação social e isso é destacado.	Precisa é diluir isso, e que todos os professores resgatem. Não adianta ficar fazendo um monte de teoria. É associar isso na prática, durante a atividade teórico prática/estágio.
	Participação de uma reunião do Conselho Municipal de Saúde	E na estratégia de participação da reunião do conselho eles também podem perceber esses enfrentamentos, cada um assumir suas responsabilidades no conselho, todos participar..."/ "o que é mais estratégico para esse grupo de sentido, além da participação na reunião, é a discussão que é feita depois da reunião.	
Os conselhos gestores precisam falar entre si para colocar em prática a questão da intersetorialidade.	Visitas em outros conselhos gestores		Ensinar a teoria com base na prática [...] qual a atuação, participação dos professores do curso em conselhos gestores? Em quais conselhos fizemos parte quanto conselheiros ou participantes [...]?! A abordagem e a discussão desse tema ainda é muito restrito as fases iniciais. Por que a gente não tem nenhuma atividade em conjunto, até com o CEABS [Cuidado De Enfermagem na Atenção Básica], a própria visita que se faz no conselho municipal de saúde? Problema de comunicação / O que acontece é que isso não é uma proposta do curso [...] porque em geral, quem está na área hospitalar não considera o hospital e muitas vezes até nós mesmo (AB), esquece que o hospital faz parte do SUS.
	Atividades integrativas entre as fases	Muitas vezes nós trabalhamos a intersetorialidade com eles na ATP [...]Não somente com o conselho, mas também a forma como trabalhamos na enfermagem. Por que se vamos fazer educação em saúde, vamos fazer onde?! Vamos no salão da igreja. Então é trabalhado como se faz saúde com a comunidade. O diagnóstico situacional também.	
Acompanhar a execução das políticas é fazer parte desde a identificação da necessidade, na proposição, na implementação, na fiscalização e na avaliação das políticas e, a partir desta, fazer novas proposições.	Participação na reunião do conselho de saúde	Na prática, a participação em pelo menos uma reunião do conselho e após, uma reflexão sobre essa participação, não fica no vazio. Eu já tenho trabalhado de diferentes formas, até de buscar atas.Aqui eu acho importante destacar a reflexão que é feita com os estudantes posterior a visita no conselho.	
	Visita a outros conselhos gestores		Em quais conselhos fizemos parte quanto conselheiros ou participantes, considerando que os conteúdos de conhecimento envolvem o conselho da criança, do

			adolescente [...], entre outros? em que momentos esses outros componentes fazem o link com os conselhos quando não fazem nem com o da saúde?! / Mas uma possibilidade que poderia ser tentada é dividir os estudantes em grupos, cada grupo participa de um conselho e depois eles voltam para a sala de aula para discutir.
É preciso destacar as relações de poder como inerente, construídas e reforçadas nesses espaços deliberativos. O poder não é nem bom e nem ruim. O controle social existe porque faz parte da necessidade de um modelo de gestão; mas, nem sempre ele é ativo.	Ideias ou noções autoritárias em sala de aula	Falar em construção coletiva, cidadania, democracia, quando na verdade tem ideias ou noções autoritárias em sala de aula?!/ Que medidas, atitudes, decisões que assumimos, aqui dentro [do curso] representam o coletivo considerando a participação na prática?	
	Participação de uma reunião do Conselho Municipal de Saúde	Na segunda fase eles participam de uma reunião do conselho municipal, mas até onde eles entendem que aquilo é de fato, não sei, porque a imaturidade nessa fase é grande. / Na prática, a participação em pelo menos uma reunião do conselho e após, uma reflexão sobre essa participação, não fica no vazio. Eu já tenho trabalhado de diferentes formas, até de buscar atas.	
	Aulas teóricas sobre a temática do controle social		Talvez falte-nos ir para além da formação profissional para de fato valorizar a formação cidadã.

Fonte: Quadro elaborado em parceria com os sujeitos da pesquisa durante o segundo e terceiro encontro.

A partir desse momento de validação, partiu-se para o objetivo desse encontro, o de identificar componentes no ensino que indiquem possibilidades de inserção da temática do Controle Social no processo de ensino-aprendizagem. Para isso, na parede ao lado do cartaz com o quadro acima, foi colado outro cartaz com um quadro em branco, contendo na primeira linha as fases da matriz curricular. Foi proposto aos participantes “montarem” a matriz curricular do curso com as possibilidades de inserções da temática do controle social nos diferentes componentes curriculares. Tarjetas com os componentes curriculares foram disponibilizadas aos participantes, para que pudessem incluir nessas estratégias e atividades que considerassem possíveis de ser ampliadas, propostas ou qualificadas, fortalecidas.

Os participantes do encontro fizeram esforços para dar sequência à proposta, contudo, conforme as sugestões foram surgindo, eles se depararam com uma situação presente desde o primeiro encontro. Os achados da pesquisa até o momento, e muito do que aparece no Quadro 3, estão relacionados ao fato de os participantes da pesquisa serem professores ligados à disciplinas da Atenção Básica e de fases iniciais do Curso, com algumas participações na 9ª e 10ª fase (último ano). A partir disso, um desafio foi identificado pelos participantes, conforme fala a seguir.

“É preciso despertar o interesse pela temática nos colegas [demais docentes do curso]. De nada adianta ficar aqui pensando coisas, se depois eles não vão incorporar isso [...]. Nós vamos ficar falando das fases que estamos, e vamos ficar sugerindo propostas para essas fases mesmo. E, porque não pensar em uma estratégia para os demais também virem aqui, participar de tudo isso que nós estamos discutindo?!” (BORBOLETA).

“Isso de pensar fase por fase, vai ser posterior. Mas acho que essa já é uma possibilidade de inserção da temática” (SILVANA).

Frente à essa situação, foi importante a pesquisadora considerar o que os participantes estavam apresentando um grande desafio a ser vencido no curso para a inserção da temática no processo de ensino-aprendizagem. Dessa forma, foram sugeridas algumas possibilidades/soluções. A primeira sugestão dos participantes, com o objetivo de sensibilizar os docentes do curso, realizar a apresentação dos resultados da pesquisa em uma assembleia com convocação à todos os docentes do curso. Após isso, a partir de um Grupo de Trabalho, incluir/incorporar o controle social nos eixos transversais do Projeto Pedagógico do Curso (PPC).

Uma segunda ação seria discutir com os docentes o que é transversalidade e o que é controle social através de capacitações, grupos de trabalho e de pesquisa e, com a devolutiva

dos resultados da PCA. Por último, uma ação a mais longo prazo, na qual os participantes da pesquisa se propõe a fazer um levantamento de quem são as pessoas do espaço da universidade que integram diferentes conselhos gestores para construir alguma articulação institucional.

Com esse debate, o grupo decidiu não acatar a proposta da pesquisadora em construir um quadro que contemplasse possibilidades de inserção da temática do controle social nos componentes curriculares do Curso.

Ao final desse encontro, um sentimento de frustração enquanto pesquisadora tomou conta. Talvez isso tenha se dado pelo fato de estar intensamente envolvida com o processo investigativo e implicada com o cenário de estudo (principalmente enquanto acadêmica egressa desse curso), criando expectativas com relação a resultados que não se aproximam com as dos participantes. Do mesmo modo, as discussões e construções realizadas pelos participantes a partir da pesquisa provocaram muitas preocupações nesses sujeitos, principalmente, com relação ao propor intervenções para o curso sem a participação da maioria dos colegas.

Assim, foi o momento de, enquanto pesquisadora, buscar refletir sobre as estratégias utilizadas para a coleta de dados e sobre o sentido e pertinência dos objetivos traçados na pesquisa. Na PCA, isso é justificável pela característica da expansibilidade, onde, ao longo do processo investigativo o pesquisador pode deparar-se com temas emergentes que precisam ser considerados. Outra característica da PCA que poderíamos trazer aqui é a da simultaneidade, colocada como um dos maiores desafios ao utilizar-se dessa metodologia. É complexo para o pesquisador desenvolver a investigação simultaneamente ao seu processo de imersão, prática e vivência (TRENTINI; PAIM, 2014). Para Paim e Trentini (2014), essas situações são muito comuns quando se utilizam a PCA como metodologia de investigação, porém, a fim de garantir o rigor científico da pesquisa, é preciso que o pesquisador tenha clareza sobre seus objetivos e pressupostos.

4.5. QUARTO ENCONTRO: A REFLEXÃO LEVA A AÇÃO/ TRANSFORMAÇÃO

Este foi o último momento de encontro com os participantes da pesquisa, que aconteceu no dia 28 de setembro de 2018, às 10h00, nas dependências da universidade

cenário de estudo. Esse encontro, além do lanche, cafezinho e lembrancinhas, também requereu um carinho especial na preparação. Era o encontro de “amarrar” o processo investigativo com os participantes. Na pesquisa Convergente Assistencial, o pressuposto de refletir sobre a prática e, a partir dessa, gerar inovações e transformações é essencial para o seu processo metodológico. Lembrando que, para esse encontro, seguimos nos orientando pelo objetivo de identificar possibilidades de inserção da temática do controle social no processo de ensino-aprendizagem.

Conforme as autoras colocam

Pontos de justaposição dos processos da prática assistencial e da investigação científica em contínua ação dialógica de modo a produzir ações de compromisso entre o trabalho do pesquisador e o trabalho do grupo de profissionais da assistência. Esse compromisso leva a efetivar a construção do nexos pensar e fazer buscando a concretização de mudanças e/ou inovações na prática. (PAIM; TRENTINI, 2014, p. 23).

Desta maneira, identificamos pertinente à este momento retomar o objetivo do encontro anterior, de forma que fosse possível construir um nexos nessa fase da pesquisa. Para isso, foi necessário revisar a estratégia de abordagem com os participantes para a coleta de dados.

Da mesma forma que os demais encontros, para esse também foi elaborado um roteiro, planejando estratégias, tempo e materiais necessários, visando preparar cada detalhe do encontro. Diferente do primeiro, foi organizado um “arsenal” de recursos que os professores pudessem acessar, de maneira visível, ali mesmo no encontro.

Portanto, além de levar todo o material construído ao longo dos encontros, foram realizadas algumas impressões, sendo elas: o Quadro 3 e o conceito de controle social construídos nos encontros anteriores em forma de pôster, os componentes curriculares e suas ementas, o PPC do curso e tarjetas com as estratégias do Quadro 3.

Foi colocado para os participantes pensar e construir propostas considerando, o período de desenvolvimento da PCA, e propostas que poderiam ser implementadas no cenário de estudo à curto, médio e longo prazo.

Após muita discussão, o grupo chegou a um acordo, conforme falas:

“Para os professores que não estão participando da pesquisa não vamos impor nada. Vamos levar isso como sugestão. Se eles vão incorporar ou não, é outro problema” (BORBOLETA).

“Eu acho que, se ficarmos aqui tentando colocar controle social em tudo, também não dá. Vamos pensar em garantir uma estratégia, pelo menos. E

pensar em incorporá-la de diferentes formas, em várias disciplinas ao longo do curso” (ORQUIDEA).

Dessa forma, os participantes, aos poucos, foram sugerindo propostas de intervenção no curso de forma que proporcionassem a aproximação dos acadêmicos aos exercícios do controle social, conforme podemos observar no Quadro 4, logo abaixo.

QUADRO 4: Proposta de intervenção no ensino a partir da matriz curricular do curso de enfermagem

FASES	COMPONENTES CURRICULARES DA MATRIZ DO CURSO DE ENFERMAGEM										
1ª	<p>Sugerir como um dos temas de estudo e produção de textos o controle social</p> <p>Leitura e produção textual I</p>			Matemática instrumental	Introdução a informática	História da fronteira Sul	Fundamentos da saúde pública				Contexto social e profissional da enfermagem I
2ª	Leitura e produção textual II	Introdução ao pensamento social	Estatística básica	Citologia e histologia básica	Embriologia	Bioquímica Básica	Saúde Coletiva I				Contexto social e profissional da enfermagem II
3ª	Direitos e cidadania				Meio ambiente, economia e sociedade	Iniciação à prática científica	Anatomia I	Fisiologia I	Genética	Parasitologia	Contexto social e profissional da enfermagem III
4ª	Saúde Coletiva II				Imunologia	Patologia	Anatomia II	Fisiologia II	Embriologia	Fundamentos da crítica Social	Fundamentos para o cuidado Profissional I

FASES	COMPONENTES CURRICULARES DA MATRIZ DO CURSO DE ENFERMAGEM				
5 ^a	Cuidados de enfermagem em atenção básica de saúde Visita ao CMS e, após, uma aula com discussão sobre as pautas, competências e ações do CMS	Farmacologia aplicada a enfermagem	Psicologia aplicada a enfermagem	Fundamentos para o cuidado Profissional II Buscar articular ações de participação social dentro do âmbito hospitalar.	Aprendizagem vivencial
6 ^a	O cuidado no processo de viver humano I Visita ao Conselho do Idoso e CISTT (Comissão de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, vinculada ao CMS)			Estudos interdisciplinares I	
7 ^a	O cuidado no processo de viver humano II Reconhecer os conselhos gestores nas áreas da mulher e da criança (conselho da mulher/ conselho tutelar/ conselho da criança e adolescente).			Estudos interdisciplinares II	
8 ^a	Gestão e gerenciamento em saúde e enfermagem Conteúdo teórico sobre os instrumentos de gestão. Instigar conhecer os conselhos locais de saúde de seu bairro/cidade.	Pesquisa em enfermagem	O cuidado de enfermagem ao adulto e idoso em condição crítica de saúde	O cuidado de enfermagem na saúde mental Visitar conselho Municipal Anti-drogas (COMAD)	
9 ^a e 10 ^a	Estágio Curricular supervisionado I e II *Articular as visitas ao CMS durante o semestre com discussão após cada reunião, de maneira que incorpore isso na prática. *Trabalhar o estágio na lógica do PES			Trabalho de Conclusão de Curso I e II	

Fonte: Quadro elaborado durante o último encontro da pesquisa pelos participantes da pesquisa.

Para a construção dessa proposta de intervenção, foi necessário um tempo de 1h, uma vez que, foi preciso consultar as ementas dos componentes curriculares e o PPC do curso várias vezes durante o encontro. Além do mais, foi possível identificar que os docentes elegeram a estratégia de visita e aproximações com diversos conselhos na área da saúde como a principal maneira de intervenção. A partir disso, eles foram adaptando essa estratégia às diferentes disciplinas e conteúdos abordados ao longo do curso.

Após esse momento de construção, foram retomadas as três ações sugeridas pelos participantes no terceiro encontro como “emergenciais” para o momento, com a intenção de pensá-las de que maneira poderiam ser feitas, por quem e quando. Assim, organizamos o quadro abaixo para melhor compreensão das colocações dos docentes sobre essas ações. É importante lembrar que todos os participantes da pesquisa se encontram atualmente engajados na revisão do PPC do curso e que essas sugestões os colocam em situação de responsáveis em levá-las adiante.

QUADRO 5: Proposta de intervenção para o fortalecimento do controle social como conteúdo e prática do Curso de Enfermagem

AÇÃO	PRAZO	POR QUEM?
Ação 1: Incluir/ incorporar o controle social nos eixos transversais do PPC	A médio e longo prazo	*A partir do GT do PPC que discute o referencial teórico. *Após levar para aprovação no NDE
Ação 2: Discutir com os docentes o que é transversalidade e o que é controle social	A curto prazo	*Na assembleia de devolutiva dos resultados da PCA *Após ser promovido por um GT do PPC para os demais docentes
Ação 3: Articular representantes da universidade que integram conselhos gestores	À longo prazo	*Levar para a coordenação do curso de enfermagem a proposta *Depois levar para o representante da universidade no Conselho Estratégico Social da Universidade

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora.

5. DISCUSSÕES

Como já colocado acima, a última fase da Pesquisa Convergente Assistencial, a análise, precisa acontecer simultaneamente à fase de instrumentação e perscrutação, e é dividida em etapas, sendo elas: apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM, 2014).

A apreensão consiste na imersão do pesquisador no cenário de investigação, onde esse seja capaz de apreender o sentido das informações coletadas (TRENTINI, 2014). Nesse caso, podemos identificar a apreensão em vários momentos, como por exemplo, ao final do primeiro encontro, quando trechos das transcrições foram associados as palavras registradas nas tarjetas do mapa conceitual, para compreender e expressar o conceito de controle social que os participantes formularam.

Já o processo de síntese “é um processo que consiste em reunir elementos diferentes, concretos ou abstratos, e fundi-los num todo coerente” (TRENTINI, 2014, p. 55). Nesse estudo, percebe-se que esse processo foi feito quando se organizou o conceito de controle social em grupos de sentido integrados em sínteses, ou ainda, quando foi realizada a validação do Quadro 2 com os participantes.

O processo de teorização se configura na “identificação, definição e de construção de relações entre um grupo de construtos de modo a possibilitar a produção de previsões do fenômeno investigado que leva a denominação de teoria” (TRENTINI, 2014, p. 56). É isso que dá sustentação à característica de expansibilidade da PCA. Para Trentini,

Teorizar é um processo que envolve construções, desconstruções e reconstruções de formulações teórico-conceituais para chegar a um esquema que possa descrever e explicar fenômenos reais da vida cotidiana. [...] Esse processo implica um trabalho de especulação, de verificação, de seleção, de revisão e de descarte e, de alguma maneira, de descobrir a insignificância do fenômeno (TRENTINI, 2014, p. 57).

Existem vários métodos de proceder a teorização. Para este estudo, o método de tratamento das informações foi a análise com ênfase nos objetivos propostos do estudo, a partir da *análise de conteúdo* (MINAYO, 2007). Para Minayo (2007), na análise de conteúdo é realizada, inicialmente, uma pré-análise, buscando proceder a uma leitura flutuante, a partir da qual hipóteses e pressupostos podem ser reformulados. essa é seguida da fase de codificação/ exploração do conteúdo, na qual se busca encontrar categorias que são

expressões ou palavras significativas, em função das quais o conteúdo de cada fala é organizado (MINAYO, 2007). Neste sentido os capítulos a seguir representam a teorização dessas categorias extraídas.

Em 1986, Almeida já fazia colocações muito pertinentes ao momento atual. A autora colocava que, para o desenvolvimento da “competência política” na Enfermagem, era preciso considerar alguns aspectos, entre esses

Que saúde não é exclusivamente possibilitar acesso aos serviços de saúde, mas é um processo mais amplo que inclui condições de vida como trabalho, alimentação, transporte, educação, renda, lazer, etc; -Que saúde é um direito de todo indivíduo e que o estado é responsável pela sua garantia; - que a função do enfermeiro não é só assistencial, mas tem um forte componente de ação transformadora da realidade econômica e política em que atua; - que é necessária sua participação com as outras categorias de Enfermagem e outros profissionais de saúde para entender as práticas sanitárias e propor mudanças no setor; - que o conhecimento em saúde não é monopólio de determinadas categorias profissionais, mas deve ser estendido ao pessoal auxiliar e à comunidade; - que o enfermeiro tem grande responsabilidade no treinamento e capacitação do pessoal auxiliar de enfermagem; - que o ensino de Enfermagem deve se preocupar com a garantia da integração docente-assistencial, ampliando os campos de estágio para além dos hospitais de ensino tradicionais, com presença nos órgãos de decisão das políticas de saúde, tanto a nível local quanto regional; (ALMEIDA, 1986, p. 509).

Nessa perspectiva, entendemos que isso precisa ser encarado pelo curso (coordenação, docentes, acadêmicos, PPC) como algo transversal na formação do enfermeiro. O controle social como conteúdo e prática poderia proporcionar uma ambientação para a formação profissional politizada e transformadora.

5.1. A COMPREENSÃO DOS DOCENTES DE ENFERMAGEM ACERCA DO CONTROLE SOCIAL

Com relação ao conceito de controle social, evidencia-se no discurso dos participantes muitas aproximações com a literatura, já apresentada neste estudo. Assim, vamos agora aprofundar cada síntese com a intenção de “saturar” os achados.

Na maneira como o Mapa conceitual foi construído, é possível perceber o termo “reforma sanitária” no topo, seguido de “necessidades” e “saberes coletivos”. No discurso dos participantes, eles colocam a importância da Reforma Sanitária para a institucionalização das instâncias de participação no SUS, traduzidas nos conselhos e conferências de saúde. Destacam como esses são espaços para a proposição de políticas públicas.

O movimento de Reforma Sanitária Brasileiro representa um marco no que tange as transformações no ‘fazer saúde’, no sentido de reconhecer quais são as reais necessidades da população e de fortalecer o protagonismo dos sujeitos. Não foi somente uma reforma setorial, mas sim um projeto de reforma social, tendo como “horizonte utópico a revolução do modo de vida” dos brasileiros (PAIM, 2012, p.13). Assim, é preciso destacar as tarjetas de “necessidades” e “saberes coletivos”, logo em seguida a “reforma sanitária”, uma vez que remetem tanto a base quanto a finalidade das políticas públicas em saúde no país.

Isso nos mostra uma compreensão, por parte dos docentes, de onde emerge o controle social no SUS. Os participantes compreendem que, quando nos remetemos ao SUS e a seus princípios e diretrizes (dentre elas a participação da comunidade), o termo controle social se representa melhor nas instâncias de participação da sociedade na saúde (conselhos e conferências de saúde). Contudo, quando esse exercício de controle social envolve e mobiliza toda a sociedade de maneira efetiva e articulada, ele passa a ser uma ação de reflexão sobre o real poder da população em modificar planos, políticas e realidades (não somente na área da saúde) (CORREIA, 2000).

Conforme os docentes colocam, isso só será efetivo se houver mobilização e envolvimento de todas as partes, do contrário, pode estar realizando um controle social esmorecido. Durante a construção do Mapa Conceitual, em vários momentos, surge a palavra “envolvimento”, nesse sentido de envolver todos, fazer parte e pensar junto com a comunidade. Isso vai ao encontro de Martins e Santos (2012), quando colocam o controle social como resultante

da articulação e da negociação dos interesses fracionados e específicos de cada segmento, a favor dos interesses e direitos de cidadania do conjunto da sociedade. Ao ser exercido pelo conjunto das entidades e instituições da sociedade organizada, tende a ser o controle mais efetivo e legítimo (MARTINS; SANTOS, 2012, p. 201).

Destacam que o controle social pode ir para além dos conselhos e conferências e que deve ser um exercício de cidadania, o que nos remete ao Relatório da IX CNS/92:

A prática do controle social sobre políticas e atividades envolvidas com a Seguridade Social e promoção da qualidade de vida da população é um componente intrínseco da democratização da sociedade e do exercício da cidadania. Para que se concretize, é importante que os movimentos populares criem e mantenham seus foros independentes e autônomos, buscando a discussão dos problemas e as soluções para as questões da saúde, numa perspectiva transformadora. [...] A preservação da autonomia e independência dos movimentos sociais é fundamental para evitar a sua instrumentalização [no sentido de cooptação]. O controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais, e sim refletir-se no real poder da população em modificar planos e políticas, não só no campo da Saúde (Relatório final da IX CNS/92).

Para reforçar ainda mais essa reflexão, os participantes citam o controle social como “uma participação popular um pouco mais organizada e consolidada”, e diferenciam controle social de participação social.

Em algumas literaturas, estes conceitos são apresentados como sinônimos, entretanto, quando se trata do Sistema Único de Saúde é necessário diferenciá-los. Bordenave (1994) coloca a participação social como o fazer parte de algo, tomar parte para si e ter parte. Ainda, Silva e colaboradores (2005) colocam-na como uma estratégia para o enfrentamento das questões sociais, exercendo o papel de expressar as demandas da sociedade para a democratização das políticas públicas.

Além desses autores, Carvalho (1998) traz colocações que se aproximam à compreensão dos docentes participantes da pesquisa sobre tal tema. Esse coloca a participação social como a construção de espaços que criam interconexões entre sociedade e gestão, de forma que ela pode assumir diferentes formatos, como exemplo: partidos, sindicatos, movimentos sociais, conjuntos representativos, entre outros (CARVALHO, 1998). Nesse sentido, é preciso reforçar que este estudo é com docentes de Enfermagem, sobre a formação de enfermeiros, que, em sua maioria, irão atuar no SUS. Nas Leis Orgânicas de criação do SUS, principalmente a Lei nº 8.142/90, a participação da comunidade é um princípio norteador dessa política, traduzida nas instâncias dos conselhos e conferências de saúde (BRASIL, 1990).

Ainda, chama-nos a atenção a palavra “enfrentamentos” que aparece em dois momentos na construção do conceito de controle social. Na primeira, como a maneira como o docente encara o exercício do controle social. Na segunda, aparece como adjetivo, para explicar o exercício de “fiscalização” no controle social. Entendemos que essas colocações do grupo são muito importantes, pois, deliberar, fiscalizar e acompanhar trata-se do ciclo do controle social frente a execução das políticas públicas. Bem como, quando colocam no Mapa Conceitual a ideia de “acompanhar políticas” de maneira transversal as de “fiscalização” e “construção”.

De acordo à isso, a Lei nº 8.142/90 coloca como competência do conselho de saúde “fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria de Saúde e/ou ao Fundo de Saúde”; e “propor critérios para a programação e para as execuções financeiras e orçamentárias dos Fundos de Saúde” (BRASIL, 1990). Ainda, Correia (2000) coloca que

A população organizada, utilizando-se de mecanismos de controle social, poderá interferir para que o fundo público se reverta cada vez mais em gastos sociais com bens e serviços públicos que não buscam o lucro, impedindo, ou ao menos resistindo, a conversão crescente deste fundo público em argamassa para o capital na busca do lucro (CORREIA, 2000, p. 65)

Assim, os conselhos podem muito bem se tornar espaços de disputas políticas, entre setores organizados, nele representados. A literatura reconhece que, nesses colegiados deliberativos, as relações de poder são muito fortes, justamente pelo conselheiro de saúde representar as forças sociais e a diversidade presente na comunidade (GOMES *et. al.*, 2018). No conceito de controle social construído pelo grupo, os participantes referem que as relações de poder não fazem parte do conceito (do que significa o controle social), contudo é algo inerente a esses espaços de participação da sociedade.

Frente a isso, é possível fazer algumas aproximações sobre o exercício do controle social com o conceito de práxis, de Paulo Freire, quando esse refere a conscientização como o processo de formação da consciência política do indivíduo em relação à realidade de mundo que lhe cerca (FREIRE, 1979). Para esse autor, somente o homem é capaz de tomar distância frente ao mundo e agir conscientemente sobre a realidade objetivada.

Num primeiro momento a realidade não se dá aos homens como objeto cognoscível por sua consciência crítica. Noutros termos, na aproximação espontânea que o homem faz do mundo, a posição normal fundamental não é uma posição crítica mas uma posição ingênua. A este nível espontâneo, o homem ao aproximar-se da realidade faz simplesmente a experiência da realidade na qual ele está e procura. Esta tomada de consciência não é ainda a conscientização, porque esta consiste no desenvolvimento crítico da tomada de consciência. A conscientização implica, pois, que ultrapassemos a esfera espontânea de apreensão da realidade, para chegarmos a uma esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica. A conscientização é, neste sentido, um teste de realidade (FREIRE, 1979, p.15).

A conscientização se constitui como um processo, no sentido de que quanto mais o homem se conscientiza, mais “desvela” a realidade a ser analisada. Esse ciclo não termina jamais, pois, uma vez que, em determinado momento, a conscientização acontece, ele continua a ser processo. A partir do momento que uma realidade é transformada, ela se apresenta com um novo perfil, passível de reflexão e de ressignificação, podendo ser foco de problematização. Entre outras palavras, Freire coloca que a conscientização não pode existir fora da práxis de ação-reflexão-ação (FREIRE, 1979).

Entender o exercício do controle social como um processo de conscientização dos sujeitos, significa encarar a relação entre Estado e sociedade como uma das formas mais

avançadas de democracia. Significa assumir uma posição utópica frente ao mundo, e também, à execução das políticas públicas no SUS. Afinal, a utopia exige o conhecimento crítico, ela é um ato de conhecimento que mobiliza para a ação (FREIRE, 1979).

O exercício do controle social é, também, um exercício de diálogo; entre sociedade e Estado, entre os conselheiros de saúde, entre os conselheiros e a sociedade. Portanto, acolher o olhar externo, da comunidade, na gestão das políticas públicas na área da saúde, é um ato de fomentar diálogos produtivos (GOMES *et.al.*, 2018). Freire (1996) compreende o ato de dialogar como um ato de escutar o outro, muito mais do que um ato de ser ouvido. Para ele,

O diálogo é o encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo, para designá-lo. Se ao dizer suas palavras, ao chamar ao mundo, os homens o transformam, o diálogo impõe-se como o caminho pelo qual os homens encontram seu significado enquanto homens; o diálogo é, pois, uma necessidade existencial. E já que o diálogo é o encontro no qual a reflexão e a ação, inseparáveis daqueles que dialogam, orientam-se para o mundo que é preciso transformar e humanizar, este diálogo não pode reduzir-se a depositar ideias em outros (FREIRE, 1979, p 42).

Em relação a isso, o grupo deixa indícios da sua compreensão sobre a importância do diálogo no controle social, para além do setor saúde, quando cita a existência de diferentes conselhos e a necessidade de esses dialogarem entre si para alcançar as mudanças necessárias, na perspectiva de uma reforma social que envolve também os determinantes da saúde. Os docentes não somente reconhecem a importância de dialogar, como percebem que o controle social não se dá somente nos conselhos de saúde, e para que a execução das políticas públicas seja efetiva é necessário serem pensadas de maneira intersetorial.

Esta experiência nos sinaliza a preocupação por parte dos docentes em relação a compreensão dos colegas sobre essa temática, quando leva-se em consideração a baixa adesão à participação na pesquisa. Por outro lado, nos mostra caminhos, à exemplo disso uma compreensão acerca do controle social abrangente e de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, e importante à formação do enfermeiro. Fica claro que a forma como o controle social é abordado na formação vai refletir na sua atuação profissional.

5.2. PERCEBENDO COMO O CONTROLE SOCIAL TEM SIDO ABORDADO NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

Entre os objetivos desse estudo, um deles foi perceber o modo como (em que situações e de que forma) o controle social tem sido abordado (ou não) no processo formativo do curso de Enfermagem em questão. Para tanto, este capítulo busca discutir, de maneira crítica e reflexiva, o que foi possível perceber e sentir com relação a isso, momento que aconteceu no segundo encontro com os participantes.

Com a institucionalização do Sistema Único de Saúde - SUS, fez-se necessária a formação de profissionais de saúde que atuem como sujeitos críticos, reflexivos e autônomos e com capacidade de dialogar democraticamente com a sua realidade de mundo (WINSTERS; PRADO. HEIDEMANN, 2016). Ainda, Winsters e colaboradores (2016) colocam que, durante a formação, quando é trabalhada somente a prática, o profissional se torna um ativista, contudo ao articular teoria e prática, o profissional buscar exercer a práxis, realizando uma prática refletida e transformada.

Formar profissionais com competência técnica e política constitui um dos desafios atuais na formação em saúde e na enfermagem. Construir uma formação na perspectiva de desenvolvimento do SUS requer a interação “entre ensino, serviço e controle social em saúde, pautado num projeto pedagógico inovador, construído coletivamente e com forte inserção nas necessidades de saúde da população na sua concepção ampliada e na concepção social de cuidado de enfermagem” (SILVA et.al., 2010, p.181).

Nesse sentido, como já organizado no Quadro 3, a partir da estratégia Tempestade de Ideias, foi possível identificar algumas possibilidades de inserção do controle social na formação do enfermeiro, algumas sendo realizadas nesse curso e outras não, como por exemplo: aulas teóricas sobre legislação do SUS, modelo de atenção à saúde e sobre o tema do controle social (Lei nº8.142/90 e Resolução 453/2012); leituras sobre o tema e de documentos dos conselhos de saúde (atas e regimentos); atividades teórico-práticas e estágios voltadas para a temática; iniciativas de apoio a mobilização estudantil; atividades de extensão; atividades integrativas entre as fases; utilização de metodologias problematizadoras de ensino, a exemplo do “Júri Simulado”; e, a mais enfatizada pelo grupo, a partir da participação em reuniões do conselho de saúde, incluindo iniciativas de participações em outros conselhos gestores. A partir disso, é possível identificar o tema controle social em muitas iniciativas, em diferentes momentos do Curso.

No que tange a mobilização estudantil e a extensão, e acrescentamos aqui a iniciação científica, como iniciativas para além do componente de ensino, os participantes reconhecem que acadêmicos que participam e se envolvem com questões da profissão, para além das atividades da graduação, com debates e processos deliberativos do Curso, e/ou participam de atividades de extensão possuem um “olhar diferenciado, preocupado com as causas da comunidade e do controle social”. De encontro a isso, na literatura é possível identificarmos algumas experiências extracurriculares bastante exitosas que aproximam o acadêmico com a realidade e lhe proporcionam aprender e exercer competências para atuar de forma mais engajada com o SUS, como os programas de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), e o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS) (MENEGAZ; LEOPARDI; BACKES, 2012). Experiências como essas, de contato com o exercício do controle social, oportunizam ao acadêmico, ainda em formação, vivenciar o SUS na prática, oportunizando a compreensão da teoria sobre a temática e, motivando-os a assumir maior protagonismo na construção do SUS (GOMES; MANOROV; COLLISELLI, 2017).

Contudo, e para aqueles acadêmicos que não participam de atividades como essas? O ensino tem dado conta? Gomes e colaboradores (2017) colocam que muitos acadêmicos não conhecem ou participam de forma ativa das reuniões de conselhos de saúde de seus municípios e tampouco participam de conferências de saúde, destacando que o controle social ainda tem aparecido de maneira muito incipiente nos componentes curriculares do ensino na saúde.

Com relação as aulas teóricas, aparece nas falas do grupo conteúdos sobre a legislação do SUS e os modelos de atenção à saúde que aproximam os acadêmicos ao tema, em especial a Lei nº8.142/90 e Resolução 453/2012. Entretanto, enfatiza-se que essas aproximações são realizadas por docentes que ministram componentes curriculares nas fases iniciais do Curso, com pequenas inserções no estágio curricular supervisionado (último ano de graduação do acadêmico). Portanto, a maneira que o controle social é abordado como conteúdo nas demais fases do Curso não fica claro com este estudo. Destaca-se, ainda, a preocupação dos participantes em trabalhar o controle social com os acadêmicos para além da sala de aula. Quanto as aulas teóricas sobre o tema, um dos docentes compartilhou a experiência de convidar um profissional externo que possui relação com o controle social, para compartilhar suas experiências da prática, de forma que os estudantes visualizem melhor a relação do

profissional enfermeiro com o exercício do controle social. Em relação às atividades teórico-práticas (ATPs) e estágios, identifica-se que os docentes estimulam os acadêmicos a pensar o trabalho de enfermagem voltado à realidade da comunidade, em ações de educação em saúde e na elaboração do diagnóstico situacional no campo de prática. Os participantes sinalizam a necessidade de a teoria fazer link com a prática e estimular nos estudantes a inclusão em seus estágios de objetivos relacionados à participação da comunidade, considerando que esse é um princípio norteador do SUS. Durante o segundo encontro, quando dialogado sobre experiências realizadas durante os estágios, os participantes enfatizaram a de participar de reuniões do conselho municipal de saúde (CMS). Em relação a experiência de levar os acadêmicos às reuniões do CMS, foi citada a experiência realizada como parte de um estágio curricular supervisionado, a qual não teve continuidade. Nesse sentido, umas das participantes ponderou que os professores e acadêmicos que estavam desenvolvendo o estágio no hospital não reconheciam aquele espaço (o conselho de saúde) como parte de seu processo de ensino-aprendizagem e iam simplesmente pela presença ou “para cumprir tabela” (ORQUIDEA). Além do mais, essas ações não eram planejadas com todos os docentes envolvidos nesse componente curricular no início do semestre.

Como proposta para ampliar a participação em reuniões do CMS, os participantes sugeriram duas outras estratégias, ainda não realizadas, que poderiam ser articuladas, tais como a aproximação dos acadêmicos com outros conselhos gestores e a realização de atividades de maneira integrada entre as fases, como as colocações a seguir. Até aqui, já está claro que existe uma grande preocupação por parte deste grupo de docentes que participou do estudo em formar profissionais enfermeiros comprometidos com as realidades brasileiras e as políticas públicas no país, reconhecendo que o controle social, como conteúdo e prática na formação dos acadêmicos, contribui decisivamente para tal. Do mesmo modo, esses docentes têm realizado esforços no sentido de implementar e difundir essas ideias. No entanto, destaca-se sua preocupação em relação à continuidade e incorporação do controle social como tema transversal no currículo, à medida que isso depende da compreensão e da postura que os demais docentes assumem em sua atuação no Curso de Enfermagem

Em estudo realizado com docentes do curso técnico de Enfermagem na Univates, identificou-se que os professores possuem dificuldade de abordar temáticas relacionadas ao SUS em sala de aula. Os autores identificaram que os docentes que acreditavam no SUS e evidenciavam conhecimento sobre o mesmo não citavam dificuldades para abordar em sala de

aula o funcionamento do SUS; já em relação aqueles que referiam sentir dificuldades, essas pareceram relacionadas ao fato de que, em sua visão, o sistema não funciona na prática de acordo com os seus princípios e diretrizes (ROCHA; HAHN; CARRENO, 2009). Talvez o mesmo possa ser percebido neste estudo. A maioria dos docentes do Curso não demonstraram interesse em participar da pesquisa, talvez por falta de conhecimento sobre o sentido e as implicações do controle social em saúde e para a Enfermagem. Por outro lado, a docente que participou apenas do primeiro encontro, por várias vezes mencionou que preferia ficar em silêncio por não possuir conhecimento sobre o tema, apesar de ter realizado contribuições relevantes para o conceito de controle social do grupo.

No que tange a atuação do professor-enfermeiro, Rocha, Hahn e Carreno (2010) colocam que esse

deve estabelecer compromissos com o educando nos sentidos ético, político, social, educativo e cultural, e relacioná-los com os diferentes níveis de atenção à saúde. [...] A prática pedagógica do enfermeiro docente nunca estará pronta e acabada, mas, ao contrário, ela está em permanente construção. A docência evolui com o tempo e com as mudanças sociais, mas sempre em busca de aperfeiçoar a qualidade do processo ensino-aprendizagem. (ROCHA; HAHN; CARRENO, 2009, p.42)

Isso requer uma postura do docente em sala de aula de busca constante por aperfeiçoamento e por uma prática de ensino problematizadora. A prática pedagógica que objetiva formar profissionais e cidadãos deverá refletir diretamente em uma formação política do enfermeiro. Durante a coleta de dados, os participantes chamam a atenção para essa postura docente, a qual requer construção e efetivação coletiva. Em relação as metodologias problematizadoras, o grupo apresenta algumas iniciativas que têm sido realizadas com os acadêmicos e obtido resultados exitosos. Uma delas é o “Juri Simulado”. Para tal atividade, os acadêmicos são divididos em grupos, cada grupo tem uma tarefa, um de defender, outro de acusar e um terceiro de julgar o SUS. Isso requer de os estudantes estudar, com antecedência, os princípios e diretrizes do SUS de maneira que construam argumentos para realizar a atividade. Durante o Juri Simulado, os acadêmicos são avaliados pelo conhecimento e pelo poder de argumentação.

Outra estratégia compartilhada pelo grupo, que já vem sendo realizada nas primeiras fases do curso, é realizar pequenas vivências de observação em serviços de saúde e, após essas visitas, são realizadas avaliações, nas quais os acadêmicos devem relacionar conteúdos teóricos da Lei nº8.142 e Resolução 453/2012 (legislação regulamentadora dos conselhos e conferências de saúde) com a realidade dos serviços visitados. Conforme colocado, muitas

vezes os acadêmicos sentem dificuldades de fazer essas reflexões; contudo, os docentes sinalizam como uma estratégia interessante para estimular o pensamento crítico sobre o fazer saúde nessa fase inicial da formação em enfermagem.

Na literatura, não foram encontrados estudos que nos auxiliem a avaliar em que medida a maneira como o controle social tem sido abordado no curso de Enfermagem está contribuindo para formar profissionais habilitados para o fortalecimento do controle social. Contudo, compreende-se que, abordar o controle social durante a formação do enfermeiro da forma como os resultados deste estudo nos apresenta, evidencia práticas pautadas em uma compreensão da educação como um processo de emancipação política dos sujeitos. Assim reconhecemos que as estratégias que aqui surgiram (tanto como prática, quanto como utopia), bem como o conceito de controle social do grupo, são bastante significativas e vão ao encontro da diretriz e do princípio preconizados pelo SUS.

Ao encontro disso, Freire (1996) coloca que ensinar exige reflexão crítica, apreensão da realidade e competência profissional. A educação deve ser encarada como forma de intervenção no mundo e de libertação, uma ação baseada na indissociabilidade dos contextos e das histórias de vida (FREIRE, 1996).

Além do mais, a necessidade de uma formação emancipatória se justifica pela prática dos enfermeiros nas equipes de saúde, os quais assumem em sua atuação cotidiana relações de interação social, principalmente, na promoção e participação em atividades coletivas com a comunidade (MARTINS; SANTOS, 2012). Essa interação entre a comunidade e os enfermeiros pode potencializar as bases para a transformação da realidade vivida, conforme Martins e Santos (2012) destacam

Desta forma, propiciando a identificação das reais necessidades da população, priorização dos problemas e mobilização dos profissionais e da comunidade, poderão ser planejadas intervenções criativas e mais substantivas na qualidade de vida e condições de saúde desta (MARTINS; SANTOS, 2012, p. 203).

Além do mais, autores sinalizam que, além dessa atuação como um agente político, os enfermeiros precisam reconhecer espaços como os conselhos de saúde, na condição de trabalhador de saúde, tendo em vista as suas necessidades profissionais (MITTELBACH; PERNA, 2014). Esses são importantes espaços para o enfrentamento de condições adversas de trabalho, má remuneração, carga horária exaustiva, sobrecarga profissional e condições impróprias em relação aos instrumentos legais de proteção social da profissão.

Outro dado importante a se considerar, nesse sentido, e por várias vezes enfatizado pelos participantes da pesquisa, é o fato de a maioria dos docentes olhar para esse tema como algo pertinente somente para a Atenção Básica. Entretanto, considerando os princípios e diretrizes do SUS, esse se organiza através das Redes de Atenção à Saúde, que configuram desenhos institucionais, combinando elementos de concentração e de dispersão dos diferentes pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio de maneira horizontal (MENDES, 2011). Assim, fica claro que não estamos falando de formar profissionais de Enfermagem para atuar somente no meio hospitalar ou na atenção básica, em seus aspectos técnicos e clínicos, mas sim, profissionais generalistas e com responsabilidades para com a formulação, implementação e controle das políticas públicas em saúde. Certamente, esse é mais um dos desafios a serem vencidos na formação do enfermeiro, no sentido de inverter a predominância da vertente tecnicista, biologicista e de currículos fechados. Com isso, queremos mostrar que a formação do enfermeiro precisa dotar o profissional de conhecimentos e habilidades, e que essas habilidades e conhecimentos sofrem influências pela maneira como o controle social é abordado e encarado pelo acadêmico durante a graduação. Oportunizar ao acadêmico o contato com conteúdos e situações que promovam o desenvolvimento de suas habilidades política, reflexiva e dialógica, contribui para a formação de profissionais “generalistas, humanista, críticos e reflexivos, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania” (BRASIL, 2001).

No que tange o referencial teórico e pedagógico do curso aparecerem referências ao Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, leva-se em consideração que seus pressupostos (da Reforma Sanitária) influenciam a formação profissional de Enfermagem como uma prática social. Ainda, além de reconhecer os desafios existentes, coloca que o processo de ensino-aprendizagem do curso deve atuar de forma comprometida com “mudança social e a construção da cidadania, o que poderá ser alcançado através de trocas de experiências entre professor-aluno-comunidade, em que o fluxo de informações e conhecimentos necessita circular de forma espontânea, porém crítica e reflexiva (UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL, 2010, p 21). As estratégias apontadas neste estudo mostram a aderência a proposta problematizadora e metodologias ativas, portanto vão ao encontro do projeto pedagógico do curso. Ainda, é preciso enfatizar que a proposta do Quadro 4 foi construída pelos participantes da pesquisa, fazendo articulações com as ementas dos componentes curriculares já existentes, ou seja, levando em consideração o PPC do curso, não teríamos nada de diferente daquilo que ‘deveria’ ser feito rotineiramente em sala de aula.

5.3. O PRODUTO FINAL – SABERES E PROPOSTAS CONTRUÍDAS A PARTIR DA PESQUISA

Como terceiro objetivo deste estudo, tratou-se de identificar componentes de ensino do Curso de Enfermagem que indiquem possibilidades de inserção da temática do controle social no processo de ensino-aprendizagem. O capítulo anterior já nos deu vários indícios dessas possibilidades, contudo aqui vamos abordar de maneira específica a construção do “produto final”.

Na Pesquisa Convergente Assistencial é essencial que exista convergência da prática com a pesquisa, sendo esse o núcleo regente dos demais conceitos que organizam a base teórica-filosófica da PCA (PAIM; TRENTINI, 2014). Desse modo, o processo investigativo precisa ser uma ação dialógica contínua, de modo a “produzir ações de compromisso entre o trabalho do pesquisador e o trabalho do grupo de profissionais da assistência” (PAIM; TRENTINI, 2014, p. 23). É a partir disso que a PCA possibilitará gerar inovações e/ou mudanças e/ou minimizar problemas e lacunas na prática.

Dessa forma, as sugestões formuladas no terceiro e quarto encontros com os participantes possibilitaram construir uma proposta de intervenção no Curso de Enfermagem, com vistas a ampliar a abordagem do controle social no processo de formação. O Quadro 4 apresenta uma proposta de intervenção, com foco em componentes de ensino. Nesse produto, chama a atenção a valorização dos espaços dos conselhos gestores de políticas públicas como potencializadores para o fortalecimento do controle social na formação do enfermeiro, do mesmo modo, que esse conteúdo e prática se apresentam de maneira transversal ao longo do Curso. Já no Quadro 5, apresenta-se uma proposta de intervenção para sensibilizar sujeitos (docentes e lideranças da instituição) para a importância de inserir o controle social como prática e conteúdo no curso. Nesse, enfatiza-se a necessidade de levar aos demais docentes do curso, não participantes da pesquisa, a discussão sobre o controle social e o reconhecimento da necessidade de incorporá-lo ao PPC do Curso. Além disso, apresenta uma disposição dos docentes de promover iniciativas de articulação no âmbito institucional da Universidade, levando o controle social como tema de interesse para além do Curso.

Em relação a participação dos docentes na pesquisa o que pode ter levado os demais a não participarem na pesquisa? Os motivos podem ser muitos. Falta de disponibilidade na

agenda; o tempo requerido para participar de uma pesquisa participativa que, de certa forma, toma tempo e implica a disposição dos sujeitos participantes, ou ainda, a falta de ~~(re)conhecimento~~ compreensão sobre a importância do controle social na formação do enfermeiro, podem ser alguns dentre os motivos.

Como já apresentado nos resultados acima, os participantes da pesquisa manifestaram, por vários momentos, a preocupação em não construir uma proposta para o Curso sem a presença dos demais colegas. Para esse estudo, reconhecemos este como um dado importante para questionamentos. Por um lado, é legítimo o desconforto do grupo em assumir responsabilidades que demandam interesse e compromisso de outros, destacando-se a convicção dos participantes sobre a pertinência e a relevância do tema para o desenvolvimento de competências do enfermeiro. Por outro lado, o pesquisador necessita respeitar a decisão, daqueles que são convidados, em não participar do estudo, o que, contudo, não pode invalidar os resultados produzidos pelo grupo de participantes.

Em uma pesquisa qualitativa, não há essa pretensão de representação e generalização. Há valorização dos participantes, escolhidos intencionalmente e que aderem de acordo com seus interesses. Portanto, compreendemos que o grupo de participantes, por mais que não possa falar e se comprometer pelos não presentes, expressa em suas falas potências significativas que dizem respeito ao Curso e que podem mobilizar a adesão de colegas em espaços de diálogo e decisão coletiva. Nesse sentido, ressaltamos a importância da proposta formulada pelos docentes de, durante a devolutiva dos resultados desta pesquisa, em assembleia envolvendo todo o corpo docente do Curso, sensibilizar e discutir com todos o que é transversalidade e o que é controle social. Os participantes reconhecem esse como o primeiro passo para que as demais propostas sejam incorporadas no curso. Isso demonstra a responsabilidade e o cuidado por parte dos docentes participantes da pesquisa, ao pensar em propostas passíveis de implementação na prática. Todas as discussões e reflexões realizadas por esse pequeno grupo assumem significância, se suas propostas forem incorporadas pelos demais colegas.

Nesse sentido, a transferência dos resultados na PCA relativa a sua aplicabilidade na prática é essencial e inclui uma série de estratégias.

Para concretizar transferibilidade do conhecimento teórico para a prática assistencial de enfermagem há que se considerar que este conhecimento não pode simplesmente ser transferido tal qual foi concebido pelos pesquisadores. Tal conhecimento precisa sofrer um processo de

(des)abstração a fim de torná-lo apto para dar materialidade aos achados (TRENTINI, 2014, p. 58).

Nessa perspectiva, um dado relevante a ser considerado é o reconhecimento dos participantes em incorporar o controle social como um dos eixos transversais do Projeto Pedagógico do Curso. Como já vimos, a literatura apresenta alguns desafios na formação, ao pretender preparar o enfermeiro para atuar de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, bem como, participar da construção de políticas públicas. Dentre esses, a existência de projetos pedagógicos muito fechados e tecnicistas, que não levam em consideração as diferentes realidades sociais brasileiras (LUCCHESI; VERA, PEREIRA, 2010; MENEGAZ; LEOPARDI; BACKES, 2012; BACKERS; et.al., 2012). Lucchese e colaboradores (2010) destacam a importância da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Enfermagem (DCN/ENF) para a promoção da articulação entre os setores da saúde e da educação, uma vez que a responsabilidade de formar profissionais capazes de desvelar a realidade da saúde e construir sentidos, entre eles a formulação da política pública, não é somente das Instituições de Ensino Superior (IES) no país, mas também do Ministério da Saúde (LUCCHESI; VERA; PEREIRA, 2010).

As DCNs de Enfermagem, aprovadas no ano de 2001, passaram, nos últimos anos, por um processo amplo de discussão com vistas a sua reformulação. Dentre as mudanças sugeridas para as novas DCNs cita-se o

Reforço a integração teoria e prática, a formação interdisciplinar, a garantia de participação dos enfermeiros dos serviços nas atividades práticas e estágio curricular supervisionado, bem como o estabelecimento das áreas prioritárias de formação segundo o quadro epidemiológico, as necessidades em saúde da população e os princípios do Sistema Único de Saúde. (TEIXEIRA, 2017, p. 3).

Em relação ao projeto de DCNs de Enfermagem, que se encontra tramitando atualmente nos órgãos competentes, concordamos com Adamy e Teixeira (2018), quando essas colocam como desafio para a qualidade da educação em Enfermagem a “indissociabilidade entre a dimensão política e a epistemológica entre a teoria e a prática”. Acreditamos que projetos educativos emancipatórios, que incluam conteúdos e práticas, a exemplo do controle social, contribuem para tal indissociabilidade. Ainda, as autoras reforçam que “é possível pensar em distintas intensidades e densidades dos processos sociais. E assim, tanto na democracia como na educação há que se radicalizar, há que se superar formas hegemônicas a favor de formas contra-hegemônicas”. (ADAMY; TEIXEIRA, 2018, p. 1570).

Com relação às intervenções/transformações visualizadas para o Curso de Enfermagem da UFFS, a proposta do Quadro 4, na qual são sugeridas pelos participantes pequenas

inserções do controle social ao longo das fases do curso, configura-se em uma proposta passível de intervenção à curto e médio prazo. Uma vez que essas ações podem ser incorporadas pelo curso durante os momentos de planejamento do semestre letivo do curso ou como iniciativa de docentes interessados, não se faz necessário alterações no PPC ou nas ementas dos componentes curriculares, mas necessita de um corpo docente sensibilizado para sua incorporação.

Por outro lado, para que as propostas sejam incorporadas de forma institucional e não dependam apenas do interesse de docentes, é necessário haver predisposição dos docentes em construir relações racionais e coletivas com o seu curso e sua instituição, envolvendo ações de gestores, professores e estudantes (ROCHA; HAHN; CARRENO, 2009).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De início, parecia uma tarefa fácil escrever as conclusões sobre a pesquisa e dizer que os objetivos propostos foram alcançados. Contudo, estamos aqui falando sobre uma formação de enfermeiros emancipatória, politizada e cidadã, discussão que se apresenta sempre como inacabada e inconclusa, uma vez que, ao coletar os dados, refletir e teorizar sobre eles, novas inquietações emergem e evidenciam sua incompletude.

O objetivo geral deste estudo foi analisar de que forma o controle social tem sido abordado como componente do ensino na formação do enfermeiro em uma universidade federal do Oeste Catarinense, com vistas a desenvolver a capacidade de o acadêmico implementar práticas que fortaleçam o princípio de participação da comunidade do SUS. Para tanto, foi necessário verificar a compreensão dos docentes do curso sobre controle social, para então verificar como essa temática tem sido abordada (ou não) no curso e, por fim, identificar possibilidades de sua inserção no processo de ensino-aprendizagem.

Para atingir tal objetivo optou-se pela Pesquisa Convergente Assistencial como referencial metodológico, a qual possibilita integrar o pensar e o saber, articulando ações de assistência com as ações de pesquisa científica de modo a gerar mudanças, bem como, abertura para a construção de concepções teóricas para a sustentação da prática assistencial de enfermagem. Como egressa do Curso, meu desejo foi repensar a própria formação acadêmica, com vistas a seguir contribuindo com a construção e fortalecimento desse curso de enfermagem recentemente criado na região Oeste Catarinense.

Como síntese dos resultados, percebeu-se que os participantes possuem uma compreensão sobre controle social como um processo complexo, contínuo e relevante à formação do enfermeiro. Desde o primeiro encontro, foi possível fazer articulações entre as falas dos participantes e a literatura sobre a temática, com destaque as referências realizadas ao modelo de saúde em construção no país, trazendo como norte os princípios e diretrizes do SUS e o Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro. Os docentes salientaram as diferenças entre o exercício do controle social no SUS e o movimento de participação e mobilização social, embora reconheçam ambos como importantes para um processo efetivo de democratização das políticas públicas.

Para os participantes, tal temática é fundamental para uma formação em Enfermagem comprometida com o SUS e seus ideais e, nessa perspectiva manifestam preocupações sobre como o controle social tem sido percebido e abordado no Curso pelo corpo docente como um todo.

No que tange a como o controle social tem sido abordado no processo formativo dos acadêmicos no Curso, identificamos muitas iniciativas exitosas e pedagogicamente reflexivas. Os docentes conseguem identificar lacunas existentes, principalmente nas fases mais adiantadas do curso, onde o foco do processo de ensino-aprendizagem se volta para conteúdos mais específicos, com ênfase em processos biológicos e tecnicistas.

Os participantes sinalizam a necessidade de disseminar e incorporar o conteúdo teórico sobre o controle social nas práticas em campos de estágio dos acadêmicos e incentiva-los a incluir objetivos no diagnóstico situacional e no Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvidos no último ano do Curso, que considerem o exercício do controle social no campo de prática.

Em relação à identificação de possibilidades de inserção do controle social na formação do enfermeiro, destacamos como um dos achados mais expressivos deste estudo, as propostas de intervenção construídas pelos participantes da pesquisa para o fortalecimento do controle social como conteúdo e prática no curso de Enfermagem da UFFS.

Ao final do quarto encontro, acordos foram firmados entre os docentes para que essas propostas de intervenção fossem colocadas em prática, destacando-se seu protagonismo como sujeitos transformadores de suas práticas e de sua realidade. Ainda, no processo de finalização da dissertação, mantêm-se contatos entre pesquisadora, participantes da pesquisa e coordenação do Curso de Enfermagem, com o objetivo de divulgar os resultados do estudo com todo o corpo docente do curso e dar sequência as intervenções da PCA.

A adesão de poucos docentes do Curso à pesquisa, resultou em restrições quanto as informações coletadas sobre como o controle social tem sido abordado nas fases e componentes ministrados por esses docentes. Isso nos impossibilitou de fazer uma análise mais abrangente sobre a realidade do Curso, cenário de estudo, bem como de extrair propostas mais aderentes em termos de sua transferibilidade ao processo de formação.

Podemos apontar, também, como desafio para a pesquisa, o fato de essa ser desenvolvida em um ambiente familiar com a prática da pesquisadora, dificultando a

realização de movimentos de aproximação e distanciamento, de modo a não influenciar as discussões dos participantes e a leitura e análise da realidade por parte da pesquisadora. Como podemos perceber, em algumas situações, a imersão na pesquisa foi tão intensa, que exigiu uma retomada reflexiva em relação aos objetivos e a postura enquanto pesquisadora.

Além disso, em virtude do tempo da academia restrito para desenvolver uma dissertação, a coleta de dados foi realizada em quatro encontros, configurando-se como limitação para a realização de análises mais robustas frente à metodologia utilizada (PCA), bem como sobre as afetações causadas pela pesquisa nos docentes participantes e sua prática na docência.

Considerando a formação do profissional enfermeiro, buscamos com esta pesquisa contribuir com a comunidade acadêmica, nas discussões sobre o processo de formação do enfermeiro e fornecer subsídios para efetivar as DCNs (ou as DCNs que estão por ser aprovadas) de Enfermagem nos cursos da região Oeste Catarinense. É preciso destacar que o município de Chapecó conta com três cursos de graduação em Enfermagem, dessas, duas instituições públicas e uma comunitária. Portanto, essas instituições de ensino possuem um importante papel e responsabilidade de formar profissionais com capacidade para fortalecer a construção, implementação e consolidação de políticas públicas condizentes com a realidade local e com os princípios e diretrizes do SUS.

Destaca-se que vivenciamos, atualmente, um momento de discussão sobre as novas DCNs para a Enfermagem, tornando reflexões como esta, bastante pertinentes. Além disso, vivencia-se no país um cenário político e econômico com tendências altamente conservadoras, de valorização à privatização dos setores públicos, os quais podem gerar consequências duras e irreversíveis para o SUS, evidenciando, a necessidade proporcionar aos acadêmicos espaços e conteúdos que fortaleçam o pensamento crítico.

Ainda, enquanto mestranda do Programa de Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais, muitas vezes recebi questionamentos do porquê estar cursando tal mestrado, sendo enfermeira e trabalhar na área da saúde. Porque não fazer uma pós-graduação específica da área da saúde ou da Enfermagem? Portanto, quero aqui destacar que, cursar esse mestrado somente fortaleceu ainda mais os objetivos propostos neste estudo de questionar a maneira como os enfermeiros tem sido instrumentalizados para atuar junto à dinâmica desta Região. Ou seja, foi um espaço de provocar inquietações e desenvolver o pensamento crítico sobre minha própria formação política e profissional. O que seria do ato de pesquisar senão o de

provocarmos ainda mais a novas investigações? O que seria do processo de formação se esse não se revelasse sempre inacabado, revelando a essência de incompletude e inacabamento do ser humano?

Por fim, a partir deste estudo, sugere-se que novos estudos sejam realizados, em especial, a se propor investigar os efeitos produzidos no cenário de pesquisa, bem como, sobre como a abordagem do tema do controle social pode contribuir para o fortalecimento das competências profissionais de Enfermagem, considerando a politicidade do cuidado como dimensão inerente à esses profissionais.

7. REFERENCIAS

ABERS, Rebecca Neaera; KECK, Margaret. Representando a diversidade: estado, sociedade e "relações fecundas" nos conselhos gestores. **Cadernos CRH**, Salvador, v.21, n 42, jan./abr., p. 99-112. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792008000100008&lng=pt&nrm=i. Acesso em 15 de mar de 2019.

ADAMY, Edlamar Katia; TEIXEIRA, Elizabeth. A qualidade da educação em tempos de novas Diretrizes Curriculares Nacionais. **Revista Bras Enferm [Internet] – Editorial**. v.21, sup 4, p. 1570-1, 2018. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt_0034-7167-reben-71-s4-1485.pdf. Acesso em 16 mar 2019.

ALMEIDA, Maria Cecilia Puntel de. A formação do enfermeiro frente à reforma sanitária. **Cadernos Saúde Pública** – Rio de Janeiro, v. 2, n.4, out/dez, p. 505-510, 1986. Disponível em www.scielo.br/pdf/csp/v2n4/v2n4a10.pdf. Acesso em 15 mar 2019.

ARANTES, Cassia Irene; et. al. O controle social no Sistema único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Revista Texto e Contexto Enferm**. Florianópolis, v.16, n.3, p 470-8, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/a13v16n3.pdf>. Acesso em 15 mar 2019.

BARLEM, Jamila Geri Tomaschewski; et. al. Fragilidades, fortalezas e desafios na formação do enfermeiro. **Escola Anna Nery (impr.)**, [S.L], v. 16, n. 2, p. 347-353, abr./jun. 2012.

BORDENAVE, Juan Díaz. O que é participação social. Editora Brasiliense: São Paulo. Coleção Primeiros passos. 1994. Disponível em www.edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4271424/mod_resource/content/1/Livro/_BORDENAVE-O%20que%20é%20Participacao_1994.pdf. Acesso 15 mar 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara De Educação Superior. **Resolução N° 3, de 7 de Novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em 15 mar de 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, 1988. Disponível em <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf> Acesso em: 09 mar. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br> Acesso em: 18 jun. de 2017.

BRASIL. **Lei Nº 8.142, 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em:<<http://www.conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 29 jun. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. vol. 4, Brasília: Série Pactos pela Saúde. 2006. Disponível em<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf> Acesso em: 11 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Disponível em<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>> Acesso em: 20 jan. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final – IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 12 de agosto de 1992**. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/9_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em 15 mar 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 453/2012, de 10 de maio de 2012**. Dispõe sobre diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em<http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.html>. Acesso em: 28 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em 18 jun. 2017.

CACCIA-BAVA, Maria do Carmo Guimarães; ROCHA, Juan StuardoYazlle. A participação e seu papel na construção da saúde. In: ROCHA, Juan StuardoYazlle (Org). **Manual de Saúde Pública e Saúde Coletiva no Brasil**. 1ª Ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2012. p. 191-199.

CAMELO, Silvia Helena Henriques; ANGERAMI, Emília Luigi Saporiti. Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e

implicações para a enfermagem. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n.2, p. 552-560, abr/jun. 2013.

CARDOSO JR, José Celso; JACCOUD, Luciana. Políticas sociais no Brasil: organização, abrangência e tensões da ação estatal. In: JACCOUD, Luciana (organizadora). **Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo**. Brasília, IPEA, 2005. p 181-260. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Cap_5-10.pdf> Acesso em: 18 dez. 2017.

CARVALHO, Maria do Carmo AA. Participação social no Brasil hoje. Intituto Polís. 1998. 27 p. Disponível em <http://www.polis.org.br/uploads/841/841.pdf>. Acesso em 15 mar 2019.

CHIARELLA, Taiana; et al. A Pedagogia de Paulo Freire e o processo ensino-aprendizagem na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.39, n.3, p. 418-25, jul/set., 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n3/1981-5271-rbem-39-3-0418.pdf>. Acesso em 15 mar de 2019.

CORREIA, Maria Valéria Costa. O controle social sobre a política de saúde. In: CORREIA, Maria Valéria Costa (Org). **Que Controle Social: Os conselhos de saúde como instrumento [online]**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, p. 53-86. Disponível em <http://books.scielo.org/id/qycmp/pdf/correia-9788575415221.pdf> . Acesso em: 11 jan. 2018.

COSTA, Ana Maria; COSTA, Natalia Aurelio. Participação e controle social em saúde. In. n FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: **Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República**, 2013. Vol. 3. pp. 237-271. Disponível em <http://books.scielo.org/id/98kjjw/pdf/noronha-9788581100173-08.pdf>. Acesso em 15 mar de 2019.

DUARTE, Ligia Schiavon. **A saúde pública no desenvolvimento nacional: uma discussão territorial**. Associação Brasileira de Economia da Saúde. 2014. Disponível em < <http://abresbrasil.org.br/trabalhos/saude-publica-no-desenvolvimento-nacional-uma-discussao-territorial.html>> Acesso em: 09 mar 2018.

FAGUNDES, Helenara Silveira; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. O Princípio da Integralidade nas Políticas Nacionais de Saúde e Assistência Social. **Sociedade em Debate**. Pelotas: EDUCAT, 38, 2008. Disponível em < www.uff.br/lassal/images/stories/jornadas/artigo/FAGUNDES_E_NOGUEIRA1.doc> Acesso em: 09 mar 2018.

FERNANDES, Josicelia Dumêt; REBOUÇAS, Lyra Calhau. Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem: avanços e desafios. **Revista Brasileira Enferm**. v.66 (esp), p.95-101. 2013.

FEUERWERKER, Laura C. M.; SENA, Roseni R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface _ Comunicação, Saúde, Educação**. v.6, n.10, p.37-50. 2002.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da Autonomia – saberes necessários a prática educativa. **Editora Paz e Terra**: São Paulo. 25ª Ed. (Coleção leitura). 1996.

FREIRE, Paulo. Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. [tradução de Kátia de Mello e Silva; revisão técnica de Benedito Eliseu Leite Cintra]. **Editora Cortez & Moraes**: São Paulo, 1979. Disponível em http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/paulofreire/paulo_freire_conscientizacao.pdf. Acesso 15 mar de 2019.

GASSEN, Kellen Nunes Rodrigues; CARVALHO, Catia Luciane; GOES, Cesar H. B. A profissão de enfermagem: uma análise histórica de seus avanços e desafios atuais no Brasil. **Revista de Saúde Dom Alberto**, v. 1, n. 1, p. 14-26, jan./jun. 2013.

GERALDI, Ana Paula. Percepção dos Profissionais Enfermeiros Acerca do Exercício do Controle Social. **Revista de Enfermagem**. Frederico Westphalen, v. 8, n. 8, p. 55-66, 2012.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**: Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1171-1181. 2006.

GOMES, Angela Maria; et. Al. Reflexões e produção coletiva sobre o “ser” conselheiro municipal de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 11, p. 538-46, 2018. http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0496.pdf. Acesso em 15 mar 2019.

GOMES, Angela Maria; MANOROV, Maraisa; COLLISELLI, Liane. VER-SUS como dispositivo na formação para o exercício da participação social. In: SILVA FILHO, C C; GARCIA, C A S; KOVALESKI, D F (Org.). **VER-SUS Santa Catarina itinerário (trans)formadores em saúde**. Editora Copiart – Tubarão. 2017. p. 193-201.

LAVÔR, Tássio Breno de Sousa Lopes; et al. A percepção de profissionais de saúde sobre o controle social no município de Teresina/PI. **Revista Interdisciplinar**, v. 10, n. 2, abr/un, p.115-124. 2017. Disponível em <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1136>. Acesso 15 mar 2019.

LIMA, Thaísa Gois F. de M. S; BAPTISTA, Suely de Souza. Circunstâncias de criação das escolas de enfermagem do estado do Rio de Janeiro. **Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 197-208. 2000.

LUCCHESI, Roselma; VERA, Ivania; PEREIRA Wilsa Rocha. As políticas públicas de saúde – SUS - como referência para o processo ensino-aprendizagem do enfermeiro. **Revista Eletr. Enfermagem [Internet]**, v. 12, n. 3, p.562-6. 2010. Disponível em <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a21.htm>. Acesso em 15mar 2019.

MARCHESAN, Michele Roos; et al. Tempestade Cerebral, Phillips 66 e GV/GO: a prática com estratégias de ensino em uma turma de curso técnico. **Revista Thema - IFSul - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Sul-rio-grandense** – Lajeado, v. 14, n.3, p. 307-318, 2017. Disponível em <http://revistathema.ifsul.edu.br/index.php/thema/article/viewFile/736/701>. Acesso em 15 mar 2019.

MARTINS, Amanda de Lucas Xavier; SANTOS, Sueli Maria dos Reis. O Exercício do Controle Social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do

Conselho Local de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.21, supl.1, p.199-209. 2012. Disponível em < <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/48781/52857>> Acesso em: 20 jan 2018.

MENEGAZ, Jouhanna do Carmo; LEOPARDI, Maria Tereza; BACKES, Vânia Marli Schubert. Políticas públicas de saúde: aspectos do conhecimento de graduandos em enfermagem e medicina. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v.3, n.3, p.69-76, 2012.

MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406p.

MITTELBACH, Juliana Chagas da Silva; PERNA, Paulo Oliveira. A percepção dos enfermeiros sobre o seu papel nos conselhos de saúde enquanto segmentados trabalhadores de saúde. **Revista Cogitare de Enfermagem**, v.19, n.2, p. 284-91, 2014. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/31547/22748>. Acesso em 15 mar 2019.

MOREIRA, Carlos Otávio Fiúza; DIAS, Maria Socorro de Araújo. Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde - ABCS Health Sci**, v.40, n.3, p300-305. 2015. Disponível em <<https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/811/706>> Acesso em: 04 jul. 2017.

NASCIMENTO, Maria Elisa Brum do; OLIVEIRA, Maria Cecília Marins de. Caminhos e desafios da enfermagem no Brasil. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, n.23, p. 131–142, set. 2006. Disponível em <http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/edicoes/23/art09_23.pdf> Acesso em: 11 jul. 2017.

NIEMEYER, Fernanda; SILVA, Karen Schein da; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Diretrizes Curriculares de Enfermagem: governando corpos de enfermeiras. **Texto E Contexto em enfermagem**: Florianópolis, v. 19, n.4, p. 767-73, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/21.pdf>> Acesso em 07 jul de 2017.

NUNES, Sergio da Costa; COSTA, Luciano C.A.C. Os mapas conceituais como organizadores de hipertextos para os ambientes de ensino a distância – EAD. s./d. Disponível em http://www.liberato.com.br/sites/default/files/arquivos/Revista_SIER/v.%207%2C%20n.%208%20%282006%29%2F4.%20%20OS%20MAPAS%20CONCEITUAIS%20COMO%20ORGANIZADORES%20DE%20HIPERTEXTOS.pdf. Acesso em 13 maio 2019.

OLIVEIRA, Deise Moura de. Saberes e práticas de enfermeiros sobre a participação social na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem (Internet)**, v. 69, n.3, mai/jun., p.421-7, 2016.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campo. et al. Desafios da formação em enfermagem no Brasil: proposta curricular da EEUSP para o bacharelado em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v..41 (Esp), p. 820-5; 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspe13.pdf>> Acesso em 05 de jul de 2017.

PAIM, Lygia; TRENTINI, Mercedes. A pesquisa convergente assistencial em seus atributos. In: TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D M G. **Pesquisa Convergente Assistencial**:

Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. Editora Moriá. 3ª Ed. – Porto Alegre. 2014. P. 17-29.

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, out. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a03v29n10>>. Acesso em: 09 jul 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária e o CEBES. Projeto Formação em cidadania para saúde: temas fundamentais da reforma sanitária. Rio de Janeiro: **Editora CEBES**, 2012. 28p.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador.

PEREIRA, Thiago Ingrassia. A vida ensina: o “saber de experiência feito” em Paulo Freire. **Revista Eletrônica do Mestrado de Educação Ambiental.** Edição especial XIX Fórum de Estudos: Leituras de Paulo Freire, p. 112-125, junho, 2017. Disponível em <https://periodicos.furg.br/remea/article/view/6896/4519>. Acesso em 09 jul 2017.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)** – São Paulo, v.12, n. 2, ago. p.8, 2010. Disponível em <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/5975> Acesso em: 10 jan. 2018.

PERSEGONA, Karin Rosa; et. al.. O conhecimento político na atuação do enfermeiro. **Escola Anna Nery Rev Enferm**, v.13, n.3, p.645-50. jul-set. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a27.pdf>> Acesso em 10 jan 2018.

PIRES, Ariane da Silva; et. al. A formação de enfermagem na graduação: uma revisão integrativa da literatura. **Rev enferm UERJ**: Rio de Janeiro, set/out. v.22, n.5, p.705-11. 2014. Disponível em <<http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a20.pdf>> Acesso em 04 de jul de 2017.

POLIGNANO, Marcos Vinicius. **História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma Pequena Revisão.** s/d. Disponível em:

<<http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-%5B16-030112-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em 01 jul 2017.

REIBNITZ, Kenya Schmidt; et.al.. Pesquisa convergente-assistencial: estudo bibliométrico de dissertações e teses. **Texto contexto enfermagem, Florianópolis**, v.21 n.3, p. 702-7, jul/set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300027> Acesso em: 01 jul 2017.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. História da Enfermagem e sua relação com a saúde pública. Goiania: **Editora AB**, 1999. 112p.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Resgate histórico das primeiras Semanas de Enfermagem no Brasil e a conjuntura nacional. **Rev Bras Enferm**, v. 59, p 423-427, 2006.

ROCHA, Patricia da; HAHN, Giselda Veronice; CARRENO, Ioná. Concepções de Docentes de Curso Técnico em Enfermagem sobre o Sistema Único de Saúde. **Revista Destaques**

Acadêmicos – CCBS/Univates, v. 1, n. 3, p. 41-52, 2009. Disponível em <http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/viewFile/29/27>. Acesso em 15 mar 2019.

ROCHA, Patrícia Kuerten; PRADO, Marta Lenise do; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Pesquisa Convergente Assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.65, n. 6, p. 1019-25, nov-dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a19v65n6.pdf>> Acesso em: 16 julde 2017.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Os Instrumentos Normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n.2, p.47-74, 2001.

SILVA, Frederico Barbosa; JACCOUD, Luciana; BEGHIN, Nathalie. Políticas Sociais no Brasil: participação social, conselhos e parcerias. In: **Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo**. Juliana Jaccoud (Org). Brasília: IPEA. 2005. p. 373-407, Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5599 Acesso em: 10 jan 2018.

SILVA, Mary Gomes; et.al. Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.19, n.1, p.176-84, jan/mar. 2010.

SILVA, Vinício Oliveira da; SANTANA, Patrícia Maria Mattos Alves de. Conteúdos curriculares e o Sistema Único de Saúde (SUS): categorias analíticas, lacunas e desafios. **Interface Botucatu**, v. 19, n. 52, p. 121-132, jan/mar. 2015. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100121> Acesso em: 13 jul 2017.

SILVEIRA, Tálita Braga; NÓBREGA, Juliana OT. **Descentralização, integralidade e participação social: diretrizes do SUS para a vigilância sanitária**. S.d. Disponível em <http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/8mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o,%20integralidade%20e%20participa%C3%A7%C3%A3o%20social.pdf> . Acesso em 13 jul 2017.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literaturas. **Revista Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, nº 16, p. 20-45, jul/dez 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>. Acesso em 15 mar 2019.

SPINK, Mari Jane; MENEGON, Vera Mincoff; MEDRADO, Benedito. Oficinas como estratégias de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. **Revista Psicologia e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 32-46, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n1/05.pdf>. Acesso em 15 mar 2019.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MENDES, José Dinio Vaz. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L], v. 13, n. 1, p. 15-24, jan. 2004.

TAVARES, Romero. Construindo mapas conceituais. **Revista Ciências & Cognição**, v.12, p. 72-85, 2007. Disponível em <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/641/423>. Acesso em 15 mar 2019.

TEIXEIRA, Carmem. Os Princípios do Sistema Único de Saúde. **Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde**. Salvador, Bahia. Junho de 2011. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2547865/mod_resource/content/2/TEIXEIRA%20C%20-%20Os%20princ%20ADpios%20do%20Sistema%20C%20Anico%20de%20Sa%20Ade.pdf> Acesso em: 14 jul 2017.

TEIXEIRA, Elizabeth. Em tempos de novas diretrizes curriculares nacionais (DCN) para o curso de graduação em Enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM – Editorial**. v. 2, n. 2, p. 3-4, abr/jun, 2017. Disponível em <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/28859/pdf>. Acesso em 15 mar 2019.

TRENTINI, Mercedes. O processo convergente assistencial. In: TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D M G. **Pesquisa Convergente Assistencial: Delineamento provocador de mudanças nas praticas de saúde**. Editora Moriá. 3ª Ed. – Porto Alegre. 2014. p. 31-62.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na pratica assistencial em saúde – enfermagem. 2ª Ed. Revisada e ampliada. **Insular**: Florianópolis, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL. **Projeto pedagógico do curso de graduação em enfermagem – Bacharelado**. Novembro, 2010. Disponível em www.uffs.edu.br. Acesso em 10 dez 2017.

WINTERS, Joana Rozane da Fontoura; PRADO, Marta Lenise do; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schuler Buss. A formação em enfermagem orientada aos princípios do Sistema Único de Saúde: percepção dos formandos. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 248-253, abr/Jun. 2016.

ZAMBON, Vera Dib; OGATA, Márcia Niituma. Configurações dos Conselhos Municipais de Saúde de uma região no Estado de São Paulo. **Rev Escola Enfermagem USP**, v. 45, n. 4, p.890-7, 2011. Disponível em < https://www.researchgate.net/publication/236174900_Configuracoes_dos_Consehos_Municipais_de_Saude_de_uma_regiao_no_Estado_de_Sao_Paulo> Acesso em: 10 dez 2017.

8. APÊNDICES

APÊNDICE I

APÊNDICE I

UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ –
UNOCHAPECÓ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS E
DINÂMICAS REGIONAIS
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS SOCIAIS E DINÂMICAS
REGIONAIS

TERMO DE ACEITE

Eu Rosane Rossato Binotto atualmente no exercício do cargo de Coordenadora Acadêmica da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Chapecó, autorizo o desenvolvimento deste estudo do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais da Universidade Comunidade da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ. Alego que o presente estudo foi apresentado, em reunião ordinária do Colegiado do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Chapecó, na qual aprovou sua realização.

**Título do projeto: FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: COMPETÊNCIAS
PARA O FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL**

Pesquisador: Enfª Angela Maria Gomes

Telefone para contato: (49) 984191977

Orientador: Prof. Dr. Maria Elisabeth Kleba

Assim sendo, assino este termo firmando meu compromisso.

Local: Chapecó Data 08 / 03 / 2018.

Nome e assinatura:

Rosane Rossato Binotto

ROSANE ROSSATO BINOTTO
Slape 1715771
Coordenadora Acadêmica
Campus Chapecó-SC
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

APÊNDICE II

FORMULÁRIO: Perfil dos participantes da Pesquisa “Formação de enfermagem: práticas pedagógicas para o fortalecimento do controle social”

*Obrigatório

1. Endereço de e-mail *

IDENTIFICAÇÃO

2. Nome: *

3. Nome fictício que gostaria de ser identificado na pesquisa: *

4. Sexo *

Marque todas que se aplicam.

Feminino

Masculino

5. Idade *

FORMAÇÃO E TITULAÇÃO

6. Graduação/Titulação

7. Ano

8. IES

9. Especialização em

10. Ano

11. IES

12. Mestrado em

13. Ano

14. IES

15. Doutorado em

16. Ano

17. IES

18. Formação complementar que tenha relação com a temática da pesquisa (Controle social na formação do enfermeiro):

Marque todas que se aplicam.

Congressos

Cursos

Não se aplica

Outro: _____

INSERÇÃO NA IES E NO CURSO

19. Desde quando atua como docente na UFFS?

20. Desde quando atua no Curso de Enfermagem da UFFS?

21. Participou do processo de construção do Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem da UFFS? *

Marcar apenas uma oval.

- SIM, de forma ativa e permanente
- SIM, de forma esporádica
- NÃO

22. Se sua resposta na pergunta anterior foi SIM, responda em poucas palavras: como foi essa sua experiência?

23. Participa ou já participou de espaços representativos e deliberativos dentro da UFFS ou em instituições de ensino que já atuou?

Marque todas que se aplicam.

- CONSUNI
- Colegiados
- NDE
- Comissões Não
- se aplica
- Outro: _____

24. Caso sim, em que período?

PERFIL POLÍTICO

25. Você participa ou já participou de organizações sociais, profissionais ou comunitárias

Marque todas que se aplicam.

- Associação de bairro / comunitária
- Associação profissional
- Entidade sindical
- Entidade / movimento religioso
- ONG prestadora de serviços
- Nenhuma
- Outro: _____

26. Caso sim, indique qual seu papel e o período que participou?

27. Você possui interesse pela política?

Marcar apenas uma oval.

- Muito interesse
 Pouco interesse
 Nenhum interesse

28. Participou de atividades eleitorais?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

29. É filiado à partido político?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

30. Foi candidato à cargo legislativo ou executivo na última eleição?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

31. Você já exerceu cargo comissionado?

Marcar apenas uma oval.

- Sim

32. Você já participou de Conselhos (do Conselho de Saúde //ou: de algum Conselho gestor)?

Marcar apenas uma oval.

-
- Sim
 Não

33. Se sim, qual?

Marque todas que se aplicam.

- Conselhos Locais Conselhos
 Municipais Conselhos
 Estaduais Conselhos
 Nacionais

34. Você já participou de Conferências (de Saúde ou de outra política)?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

35. Se sim, em qual nível federado?

Marque todas que se aplicam.

Local/regional

Municipal

Estadual

Nacional

36. Vamos nos reunir? Sugira aqui duas datas e horários na semana entre o dia 11-15 de junho de 2018 para o nosso encontro.

APÊNDICE III

UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ – UNOCHAPECÓ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS E DINÂMICAS
REGIONAIS
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS SOCIAIS E DINÂMICAS REGIONAIS

TERMO DE ACEITE

Eu _____ atualmente no exercício do cargo de **Coordenação Acadêmica da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Chapecó,** **autorizo o desenvolvimento deste estudo** do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais da Universidade Comunidade da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ. Alego que o presente estudo foi apresentado, em reunião ordinária do Colegiado do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Chapecó, na qual **aprovou** sua realização por unanimidade. Posteriormente, encaminhado à Coordenação de Campus da UFFS, na qual **aprova** a sua realização.

Título do projeto:

Pesquisador: Enf^a Angela Maria Gomes

Telefone para contato: (49) 984191977

Orientador: Prof. Dr. Maria Elisabeth Kleba

Assim sendo, assino este termo firmando meu compromisso.

Chapecó – SC. Data ____/____/____.

Nome e assinatura (com carimbo)

APÊNDICE IV

UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ – UNOCHAPECÓ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS E DINÂMICAS REGIONAIS
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS SOCIAIS E DINÂMICAS REGIONAIS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário em uma pesquisa. Após a leitura e esclarecimento sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, rubricue todas as páginas e assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e outra é do pesquisador.

Título da pesquisa: **FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: COMPETÊNCIAS PARA O FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL**

Pesquisador responsável: Angela Maria Gomes

Endereço: Avenida Santa Catarina, nº 30, Centro, Planalto Alegre/SC, Brasil.

Telefone para contato: (49) 984191977, (49) 33350417, (49) 999016084

O Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O CEP/Unochapecó está localizado dentro da própria Instituição Bloco R3, 3º andar. Horário de funcionamento definido de segunda-feira a sexta-feira das 13:30 h às 17:30 h e das 18:30 h às 22:30 h, para contato dos pesquisadores e participantes das pesquisas. Telefone e e-mail para contato, (49) 3321-8142, cep@unochapeco.edu.br.

O Objetivo desta pesquisa é **Analisar de que forma a participação na comunidade é trabalhada na formação do enfermeiro em uma universidade federal do Oeste Catarinense, com vistas a desenvolver competências em sua atuação que contribuam para o fortalecimento do controle social.**

A sua participação na pesquisa **consiste em participar como sujeito de oficinas/encontros de produção. O número previsto de encontros/oficinas é de 5 cinco encontros com duração e 2 horas/aula**, conforme pactuado em reunião de Colegiado do curso de Enfermagem da UFFS. As oficinas serão realizadas em forma de roda de conversa, sendo que a pesquisadora atuará como mediadora do debate, trazendo um tema norteador para reflexão e compartilhamento de experiências. Para qualificar o debate, serão utilizadas atividades de grupo, leituras de textos de apoio, dinâmicas de “quebra-gelo” e acolhimento.

A primeira oficina será dedicada à investigação dos temas geradores junto aos participantes, partindo de uma reflexão sobre a temática do controle social na formação do enfermeiro. O tema gerador é levantado a partir da identificação de uma situação-problema, neste caso, que se aproxime à maneira (como, quando, de que jeito) que a temática do controle social tem sido abordada (ou não) no

processo formativo dos acadêmicos do Curso de Enfermagem da UFFS. Os temas geradores emergentes desta fase inicial, deverão orientar os debates dos demais encontros, observando-se sempre o alcance dos objetivos da pesquisa.

Todos os encontros serão gravados, mediante autorização dos participantes, sendo as falas posteriormente transcritas. Ainda, serão registradas no diário de campo fatos relevantes, manifestações não-verbais e eventualidades paralelas às discussões que possam interferir nas interpretações dos dados.

A sua participação poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos: **Frente à metodologia que será utilizada para os encontros são previstos riscos mínimos aos participantes, entre eles: desconforto relacionado a experiências vivenciadas ou constrangimento perante os demais participantes e/ou situações que possam surgir.** Diante da constatação ou manifestação de algum desses riscos durante a pesquisa, o pesquisador buscará procurar reverter a situação, se colocando a disposição para dialogar com os participantes, mudando a estratégia de abordagem, interrompendo alguma prática específica em andamento, e em últimos casos o participante poderá desistir de participar. **Ainda, a metodologia do estudo não apresenta risco de saúde aos participantes.** Entretanto, caso ocorra alguma eventualidade durante a realização dos encontros, lhe será garantida assistência imediata, sem ônus de qualquer espécie a sua pessoa com todos os cuidados necessários a sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico, na qual será encaminhado para assistência na Rede de Atenção à saúde do município de Chapecó. Ainda, a qualquer momento e independente da situação será concedido ao participante o direito de optar por não continuar na pesquisa, o que nesse caso, será respeitado.

Os benefícios esperados pela sua participação na pesquisa são: de imediato, este estudo, possibilitará conhecer quais estratégias e metodologias de ensino que têm sido utilizadas pelo Curso de Enfermagem da UFFS, a fim de possibilitar ao acadêmico desenvolver competências para o fortalecimento do controle social. Ainda, objetiva-se contribuir com a comunidade acadêmica buscando efetivar as DCNs de enfermagem nos cursos da Região e, conseqüentemente, contribuir para a construção, implementação e consolidação de políticas públicas condizentes com a realidade local e com os princípios e diretrizes do SUS.

Com relação aos benefícios para os participantes, destacamos que a possibilidade de compartilhar experiências e vivências entre os colegas, bem como ampliar e codificar conhecimento acerca da temática do controle social, certamente repercutirá na qualificação do processo de formação dos acadêmicos de enfermagem do referido curso. Além do mais, este estudo poderá inspirar outros cursos ao encontro do que o Ministério da Saúde vem promovendo em relação à reorientação da formação profissional em saúde.

As informações obtidas através da coleta de dados serão utilizadas para alcançar o objetivo acima proposto, e para a composição do relatório de pesquisa, resguardando sempre sua identidade durante todas as fases da pesquisa. Ao término da pesquisa, os resultados obtidos serão retornados a sua pessoa através de assembleia ou roda de conversa nas dependências da UFFS. Você poderá recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Caso não queira mais fazer parte da pesquisa, favor entrar em contato com o pesquisador responsável.

É garantido indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa a sua pessoa.

Após a leitura e esclarecimento de todas as dúvidas pelo pesquisador, o TCLE deverá ser rubricado por ambos (pesquisador e pesquisado), nas duas vias em todas as folhas e assinado em seu término.

CONSENTIMENTO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE DE PESQUISA

Eu, _____, RG _____ CP

F _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa e, os procedimentos nela envolvidos, bem como os riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento e ter acesso ao registro do consentimento sempre que solicitado.

Local: _____ Data ____/____/_____.

Assinatura do participante da pesquisa:

Assinatura do pesquisador responsável:

APÊNDICE V

UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ – UNOCHAPECÓ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS E DINÂMICAS
REGIONAIS
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS SOCIAIS E DINÂMICAS REGIONAIS

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGEM E/OU VOZ

**Título: FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: COMPETÊNCIAS PARA O
FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL**

Pesquisador Responsável: Angela Maria Gomes

Eu, _____ permito que o pesquisador relacionado acima obtenha fotografia, filmagem e gravação de voz de minha pessoa para fins de pesquisa científica/ educacional.

Concordo que o material e as informações obtidas relacionadas a minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma.

As fotografia, filmagem e gravação de voz ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Assinatura do Participante da Pesquisa

APÊNDICE VI

Universidade Comunitária da Região de Chapecó - Unochapecó
Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais
Dissertação: Formação de enfermagem: práticas pedagógicas para o fortalecimento do controle social
Pesquisadora: Angela Maria Gomes
Orientadora: maria Elisabeth Kleba

ROTEIRO PARA PRIMEIRO ENCONTRO

OBJETIVO DA PESQUISA	Analisar de que forma a participação na comunidade é trabalhada na formação do enfermeiro em uma universidade federal do Oeste Catarinense, com vistas a contribuir para o desenvolvimento de competências em sua atuação que contribuam para o fortalecimento do controle social	
PÚBLICO- ALVO	Docentes de enfermagem UFFS	
MEDIADOR APOIADOR	Angela Maria Gomes Caroline Sbeghen	
LOCAL: HORÁRIO:	UFFS - Sala 305 bloco B 10:00h - 18/06/2018	
OBJETIVO DO ENCONTRO:	Verificar a compreensão que os professores têm sobre a temática do controle social, associada à diretriz do SUS relativa a participação da comunidade.	
CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:		
	APRESENTAÇÕES: *Falar rapidamente sobre sua perspectiva sobre a pesquisa?	5 min
	Apresentação da Proposta de pesquisa em data-show Entrega do TCLE	8 min
	Falar como será a dinâmica do encontro.	3 min.
2 ° Momento	MAPA CONCEITUAL: *Individualmente (em tarjetas), responder: O que eu compreendo por exercício do controle social na saúde? OBS: Um bom mapa poderia ter até 25 tarjetas	10 min
	Construir mapa conceitual EM grupo	20- 30 min
	Socializar com o grande grupo	15 - 30 min

3º Momento	SÍNTESE DO MEDIADOR Em anexo conceito controle social	10 min
4º Momento	AVALIAÇÃO: *Duas tarjetas cada um	5 min
	Formulário de identificação do perfil dos participantes (aplicativo no docs para responder)	3 min
	Assinatura dos TCLE, pactuações/acordos com o andamento da pesquisa	10 -20 min
INSTRUMENTALIZAÇÃO	CONCEITO DE CONTROLE SOCIAL SLIDES	
	Tarjetas	100
	Papel pardo ou cartolina;	5 m
	Pincel atômico ou canetinha	15 unid
	Impressões: formulários, lista de presença, TCLE	
	fita	2 unid
	Data-show	1 uni
	Gravadores ACHJ e PPGCS	4 unid

APÊNDICE VI

Universidade Comunitária da Região de Chapecó - Unochapecó
Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais
Dissertação: Formação de enfermagem: práticas pedagógicas para o fortalecimento do controle social
Pesquisadora: Angela Maria Gomes
Orientadora: Maria Elisabeth Kleba

ROTEIRO PARA SEGUNDO ENCONTRO

OBJETIVO DA PESQUISA	Analisar de que forma a participação na comunidade é trabalhada na formação do enfermeiro em uma universidade federal do Oeste Catarinense, com vistas a contribuir para o desenvolvimento de competências em sua atuação que contribuam para o fortalecimento do controle social	
PÚBLICO- ALVO	Docentes de enfermagem UFFS	
MEDIADOR APOIADOR	Angela Maria Gomes Caroline Sbeghen	
LOCAL: HORÁRIO:	UFFS - Sala 305 bloco B 15:30h - 09/07/2018	
OBJETIVO DO ENCONTRO:	Identificar o modo como (em que situações e de que forma) a temática do controle social tem sido abordada (ou não) no processo formativo dos acadêmicos do Curso de Enfermagem da UFFS.	
CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:		
	Falar como será a dinâmica do encontro	5 min
	Boas-vindas aos novos participantes	3 min
	Validação dos resultados do encontro anterior	10 min.
	TEMPESTADE DE IDÉIAS *A partir do conceito de controle social do grupo, no ensino, de que modo os acadêmicos têm sido instrumentalizados para atuar no fortalecimento do Controle Social?	

	Individualmente responder silenciosamente.	10 min
	Colocar na mesa, misturar, cada um escolhe uma e da sequência a resposta do outro	10 min
	Em grupo buscar construir respostas sobre uns sobre as ideias dos outros, valorizando todas as contribuições	10 min
3º Momento	AVALIAÇÃO: *Duas tarjetas cada um	5 min
INSTRUMENTALIZAÇÃO	CARTAZES PARA VALIDAÇÃO DOS RESULTADOS DOS ENCONTROS ANTERIORES COM AS CATEGORIAS	
	Tarjetas	100
	Papel pardo ou cartolina (PARA CARTAZES)	5 m
	Pincel para quadro branco	2 unid
	Pincel atômico	10 unid
	fita	2 unid
	Data-show	1 uni
	Gravadores	4 unid

CONCEITO DE CONTROLE SOCIAL A PARTIR DO PRIMEIRO ENCONTRO

PALAVRAS QUE MAIS APARECERAM NO MAPA CONCEITUAL:

- *Envolvimento: 2 vezes no mapa e mais 3 na contextualização
- *Participação: 2 vezes no mapa e 5 vezes na contextualização
- *Fiscalização: 1 vez no mapa e mais 2 na contextualização
- *Cidadania: 1 vez no mapa e 5 vezes na contextualização
- *Conselhos: 6 vezes na contextualização do mapa.

HIPERTEXTO:

“**Enfrentamentos.** É mais ou menos o que é, como eu faço e para que o controle social seja efetivado? [...]. Os ideais da *reforma sanitária* nunca foram atingidos, são formalizados na constituição e [na Lei] 8.080, mas, de fato, como Paim coloca, ela [a RS] está mais ativa que nunca, embora esmorecida.”

“Se a gente pensar nas instâncias de *participação social*, controle social, [do] Sistema Único de Saúde, [os] conselhos e conferências, eu penso que são espaços ou instâncias [institucionalizadas] de participação que vieram em uma lógica/proposição do Sistema Único de Saúde para, entre outras [instâncias], apontar as necessidades de saúde para que aí, a partir dessas, se construa o Sistema.”

“**Envolvimento**, porque não adianta nada a gente pensar nas outras palavras que eu selecionei aqui se a gente não se envolver com a comunidade e buscar essas necessidades”

“**Envolvimento**, com a comunidade, no geral” [é] “**fazer parte**, na verdade porque o *envolvimento* implica em você fazer parte desse processo. Porque, só ir às reuniões muitas vezes não é o suficiente”.

“Eu pensei que controle social seria uma **participação popular**, um pouco mais organizada e consolidada. [...] Foi uma tentativa de diferenciar esses conceitos: participação popular e controle social, que para mim são diferentes, porque você pode participar ativamente de qualquer movimento, sem necessariamente representá-lo [em uma instância mais estruturada]”. [Aqui, a ideia de uma] “**participação social**, no sentido de acompanhamento e engajamento”.

“Enfrentamento junto com **fiscalização**; porque eu acho que a questão de enfrentamento tem a ver com alguns papéis do controle social, que é de fiscalizar. Fiscalizar como está o setor da saúde, aonde deve ser encaminhado a verba”

“Não é só acompanhar a política! *Acompanhar* vai além das *políticas*: é acompanhar a execução dessas políticas” “É o *acompanhar*, fazer parte desde a identificação da necessidade, da proposição, na implementação, na **fiscalização** e na avaliação das políticas e, aí, fazer novas proposições. Acho que esse é o ciclo de papel do controle social.” “*Acompanhar políticas*, tudo isso no contexto de que são elaboradas, pensadas, a partir das necessidades, políticas públicas, políticas, considerando projetos, programas e tudo mais que engloba as intervenções a nível da prática. No meu ponto de vista, esse [termo] é transversal, porque permeia todos os outros”. [Pensar na finalidade das políticas, remete à] **saberes coletivos**, no sentido de necessidade coletivas [...] Saúde coletiva para diminuir a desigualdade. [Isso requer] **mobilização**, porque sem a gente saber que certas coisas não funcionam, as necessidades em saúde não são contempladas – se a gente não se mobiliza para isso”

“Coloquei a palavra **cidadania**, para a gente se envolver como cidadão e também buscar lutar pelos direitos” “Eu acho que tem uma palavra que remete que a *cidadania* é uma participação ativa, que você não usa só para a construção” “E para isso precisa **compromisso**”

[Outro termo fundamental é a] “**responsabilização**. A questão disso tudo aí vai de todas as partes assumirem a sua responsabilidade, inclusive os usuários.” “Eu devo exercer o controle social independente de ser *conselheiro* municipal de saúde” “Ele é uma obrigação, de fato, para que venha recurso do Fundo [Nacional de Saúde].” “Porque, se não formos nesse espaço, têm mudanças que a gente acaba nem sabendo! Representatividade ou a própria *fiscalização*, tu consegues modificar se tem alguma coisa que não está de acordo.”

“Tanto é que a gente está falando de *Conselhos de Saúde*, mas se você for ver em Chapecó tem

mais de vinte e cinco conselhos!”

“Ou também ele existe porque se faz parte da necessidade de um modelo de uma gestão, nem sempre ele é ativo!” [Muitas vezes ele] “é um *conselho* fantoche.”

APÊNDICE VII

Universidade Comunitária da Região de Chapecó - Unochapecó
Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais
Dissertação: Formação de enfermagem: práticas pedagógicas para o fortalecimento do controle social
Pesquisadora: Angela Maria Gomes
Orientadora: Maria Elisabeth Kleba

ROTEIRO PARA TERCEIRO ENCONTRO

OBJETIVO DA PESQUISA	Analisar de que forma a participação na comunidade é trabalhada na formação do enfermeiro em uma universidade federal do Oeste Catarinense, com vistas a contribuir para o desenvolvimento de competências em sua atuação que contribuam para o fortalecimento do controle social	
PÚBLICO- ALVO	Docentes de enfermagem UFFS	
MEDIADOR	Angela Maria Gomes	
LOCAL: HORÁRIO:	UFFS - Sala 305 bloco B 13:30	
OBJETIVO DO ENCONTRO:	Identificar componentes no ensino que indiquem possibilidades de inserção da temática do Controle Social no processo de ensino-aprendizagem	
CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:		
	Falar como será a dinâmica do encontro	5 min
	Boas-vindas aos novos participantes	3 min
	Validação dos resultados do encontro anterior (Fluxogramas)	20 min.
2 ° Momento	ATIVIDADE DE GRUPO *Em grupo, responder: Identifique componentes no ensino que indiquem possibilidades de inserção da temática do	15 min

	Controle Social no processo de ensino-aprendizagem.	
	Olhando para o quadro da validação de resultados, buscar construir uma nova proposta. No quadro colocar um cartaz para possibilidade de escritas e colagens.	5 min
3º Momento	AVALIAÇÃO: *Duas tarjetas cada um	5 min
INSTRUMENTALIZAÇÃO	CARTAZES PARA VALIDAÇÃO DOS RESULTADOS DOS ENCONTROS ANTERIORES COM AS CATEGORIAS/FLUXOGRAMAS	
	Tarjetas	100
	Papel pardo ou cartolina;	5 m
	Pincel atômico ou canetinha	15 unid
	fita	2 unid
	Data-show	1 uni
	Gravadores ACHJ e PPGCS	4 unid