



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Bruno Pereira Stelet

**Sobre repercussões de atividades extensionistas
na construção de valores e virtudes durante a
formação em medicina**

Rio de Janeiro
2013

Bruno Pereira Stelet

**Sobre repercussões de atividades extensionistas
na construção de valores e virtudes durante a formação em medicina**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Política, Planejamento e Administração da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

S824 Stelet, Bruno Pereira.
Sobre repercussões de atividades extensionistas na construção de valores e virtudes durante a formação em medicina / Bruno Pereira Stelet. – 2013.
163 f.

Orientadora: Roseni Pinheiro.
Dissertação (Mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Medicina – Estudo e ensino - Teses. 2. Extensão universitária - Teses. 3. Comunidade e universidade – Teses. 4. Promoção da saúde - Teses. I. Pinheiro, Roseni. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 378:37.014.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Bruno Pereira Stelet

**Sobre repercussões de atividades extensionistas
na construção de valores e virtudes durante a formação em medicina**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Política, Planejamento e Administração da Saúde.

Aprovada em 17 de abril de 2013.

Orientadora: Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Lilia Blima Schraiber
Faculdade de Medicina - USP

Prof.^a Dra. Lilian Koifman
Instituto de Saúde da Comunidade - UFF

Rio de Janeiro

2013

DEDICATÓRIA

Para Pedro Craidy.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é uma maneira modesta de retribuir e, de certa forma, fazer circular as dádivas recebidas durante esses dois últimos anos de trajetória no mestrado:

À professora Roseni Pinheiro, que desde a graduação, quando eu era bolsista de iniciação científica do Lappis, vem oferecendo oportunidades para exercitar o pensamento.

Aos estudantes de medicina e médicos que doaram suas experiências em forma de histórias para que pudéssemos construir as narrativas que honram este estudo.

A meus pais, Almir e Célia, e minha irmã, Micelly, pelo amor da família primeira; e a Veros, Analu, Fran, Felipe, Marcela e Reena que me fazem compreender cada vez mais o significado do que é amizade.

À Clarissa, principalmente pela amizade e amor de anos, mas também pela paciência e disposição de revisar este texto.

A Ana Paula, Regina, Beta, Cris Cabral, Alice, Ana Cláudia, Pedro Pitta, Renata, Vanessa, Angélica, Rodrigo, Lia e aos outros amigos com quem pude ter a experiência de atuar conjuntamente em projetos de extensão durante minha graduação e que me ensinaram a encontrar estrelas pelos caminhos.

Às amigas Marga Gomes, Cris Otoni, Sônia Motta e Enara e ao Coletivo de Estudantes do IMS, pelas parcerias, ações conjuntas e debates intelectuais.

Às queridas Wanda, Márcia, Silvinha, Simone, Ana Sílvia e Eliete que sempre estiveram dispostas a ajudar nos trâmites institucionais.

À professora Bethânia Assy pelos auxílios e sugestões que se tornaram importantes contribuições a este trabalho.

Agradeço em especial às professoras Lília Blima Schraiber, Lilian Koifman e ao professor Martinho Braga pela composição da banca examinadora e por suas generosas considerações acerca do tema em estudo.

À Duda Freire que ajudou na transcrição das entrevistas e sentiu-se imersa nas histórias, fortalecendo o ponto de vista do espectador das narrativas.

Aos professores Denise Herdy e Cesar Favoreto, pela inspiração de clinicar

com afeto.

Aos colegas da Innomed e da Clínica da Família Victor Valla, por buscarem compartilhar cotidianamente uma construção do agir em saúde coerente com o pensar a saúde.

Às professoras Regina Moura e Maria Cristina Donaire que auxiliaram no acesso a informações e a pessoas que foram fundamentais nesta pesquisa.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro no primeiro ano deste estudo, e à FAPERJ, pela escolha desta pesquisa no Programa Bolsa Nota 10.

Das utopias

Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A mágica presença das estrelas.

Mário Quintana

RESUMO

STELET, Bruno Pereira. *Sobre repercussões de atividades extensionistas na construção de valores e virtudes durante a formação em medicina*. 2013. 163 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

A questão central que norteou este estudo relaciona-se às dimensões político-pedagógicas das atividades extensionistas. No sentido de investigar maneiras pelas quais a Extensão Universitária pode colaborar para a formação de um senso ético para a atuação no setor saúde, em consonância com os princípios do SUS, nos debruçamos especificamente sobre narrativas de estudantes de medicina acerca suas experiências em ações extensionistas para compreender acerca do desenvolvimento de valores e virtudes condizentes com a prática do cuidado integral em saúde. Afirmando o caráter sociofilosófico desta pesquisa, optamos pelo referencial teórico de Hannah Arendt, num desafio epistemológico de fazer dialogar Filosofia e Saúde Coletiva. Tal estratégia mostrou-se coerente com a escolha metodológica de utilizar a narrativa como substância para análise e discussão a que este estudo se propunha, pois, desse modo, foi possível atentar-nos à humanidade das experiências narradas, às histórias e às memórias, valorizando os significados das experiências formativas atribuídos pelos sujeitos. Foram construídas dez narrativas sobre experiências de formação e de participação em ações extensionistas, seguindo o procedimento metodológico de gravação das entrevistas em profundidade, transcrição dos áudios, *transcrição* e validação das narrativas pelos próprios sujeitos narradores. De estratégia metodológica, a utilização de narrativas constituiu espaço importante na análise dos dados empíricos, sendo possível afirmar que a participação em atividades de extensão universitária possibilitou o exercício de certa “competência narrativa” como ferramenta que aponta para o cuidado integral em saúde. Um fenômeno que ganhou espaço nas narrativas aponta para o surgimento e organização das Ligas Acadêmicas na FCM-UERJ. Assinalamos para a necessidade de que haja um permanente zelo institucional em relação à criação e manejo das Ligas. Se, por um lado, essas possuem potencialidades em termos do processo formativo, por outro é preciso atentar para o provimento aos estudantes de espaços de reflexão crítica sobre as ações das Ligas e permitir que essas ações estejam em conformidade com as propostas político-pedagógicas da instituição. Perscrutando as narrativas em seus aspectos éticos, foi possível inferir que, ao participar de atividades extensionistas, o estudante desenvolve, para além de uma competência narrativa, a possibilidade de “alargar” sua imaginação e seu pensamento num exercício de reconhecimento do *outro*. O desenvolvimento dessa virtude não se opera simplesmente por meio da empatia, mas pela possibilidade de trazer à faculdade do pensamento o ponto de vista, a cultura, a experiência de sofrimento do *outro*. Concluímos com a aposta numa extensão universitária enquanto espaço potente para radicalizar a educação como processo político de produção de subjetividades.

Palavras-chave: Extensão Universitária. Narrativa em Saúde. Ensino Médico. Cuidado integral em saúde.

ABSTRACT

This study examines the political and pedagogical aspects related to university extension activities. In order to investigate how university extension might contribute to the formation of a desirable ethical sense to work in the health sector, in accordance with the principles of SUS, we examined the narratives of medical students about their experiences in extensionist actions, particularly community-oriented ones, to understand the development of values and virtues related to the comprehensive health care. Emphasizing the socio-philosophical nature of this study, the theoretical reference chosen was the philosopher Hannah Arendt, bearing an epistemological challenge to produce a dialogue between Philosophy and Public Health. This strategy was shown to be coherent with the methodological choice of adopting narrative as substance for analysis and discussion. Therefore, approach made it possible to stress the humanity of experiences, memories and stories narrated and to highlight the meanings of formative and training experiences attributed by the interviewees. Ten narratives were constructed about training experiences and participation in extension activities, which subsequently followed the methodological procedure of recording interviews, transcribing the audio, *transcreation* and validation of narratives by the storytellers themselves. The use of narratives consisted not only in a methodological strategy but also as an important topic of the analysis. Based on these findings, it was possible to say that participation in university extension or community-oriented activities allowed medical students to exercise a certain "narrative competence" that points to the practice of comprehensive health care. Another phenomenon that emerged from the analysed narratives concerns to the creation of the Students Leagues at FCM-UERJ. This pointed to the need of a permanent institutional support regarding the creation and management of these Leagues, insofar as they bring educational possibilities in terms of the training process. It is important to provide the students spaces for critical reflection and to frame these extensionist actions to matches the political-educational institution's proposals. By analyzing the narratives on its ethical aspects, it was possible to infer that the student develops, in addition to a narrative competence, the ability to "enlarge" the imagination and the thinking in an exercise of recognition of others. The development of this virtue does not operate simply through empathy, but by the possibility of evoking the point of view, the culture and the experience of suffering of others to the faculty of thinking. In conclusion, it was possible to affirm that university extension, particularly the community-oriented one, became visible as fruitful *loci* to practice the fundamental purpose of education as a political process that is the production of subjectivities.

Keywords: University extension. Narrative in Health. Medical Education. Comprehensive health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMI	Ambulatório de Medicina Integral
ABLAM	Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina
ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
CASAF	Centro Acadêmico Sir Alexander Fleming
CEMASI	Centro Municipal de Assistência Social Integrada
COMHUPE	Coordenadoria de Comunicação Social
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina
DENEM	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
DLU	Diretório de Ligas Universitárias
DMI	Departamento de Medicina Integral
DMIFC	Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
Grupo Com Vida	Projeto Multidisciplinar docente de prevenção e assistência à pessoas vivendo com HIV/Aids”
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HLV	Projeto HLV – Human Love Virus (tradução: Vírus do Amor Humano)
HPV	Papiloma Vírus Humano
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IDA	Integração Docente-Assistencial
IMS	Instituto de Medicina Social
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LAC	Liga Acadêmica de Cirurgia
LAMFAC	Liga Acadêmica de Medicina de Família e Comunidade
Lappis	Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde
LASMU	Liga Acadêmica de Saúde da Mulher
Liga	Liga Acadêmica (de estudantes de medicina)
LIONCO	Liga Acadêmica de Oncologia
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
Nesa	Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente

OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
SR3	Sub-reitoria de Extensão e Cultura UERJ
SUS	Sistema Único de Saúde
UFF	Universidade Federal Fluminense
UNATI	Universidade Aberta à Terceira Idade
UNI	Programa UNI: “Uma nova iniciativa na Educação dos profissionais da Saúde: união com a comunidade”
VER-SUS	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
INTRODUÇÃO	14
1 ENSINO MÉDICO E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NO BRASIL: REUNINDO FRAGMENTOS PARA UM PANORAMA	21
2 DESENVOLVIMENTO DE VIRTUDES: APROXIMAÇÕES FILOSÓFICAS	44
3 PERCURSO DA PESQUISA A PARTIR DE NARRATIVAS: OBJETIVOS E TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	49
4 EXPERIÊNCIAS DE ESTUDANTES SOBRE FORMAÇÃO EM MEDICINA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: ANÁLISE A PARTIR DE NARRATIVAS	66
4.1 Extensão Universitária e a pluralidade de perspectivas sobre a relação teoria-prática e ensino-serviço	66
4.2 Extensão Universitária, experiência e conhecimento em saúde	106
4.3 Extensão Universitária e o desenvolvimento de competências e virtudes para o cuidado em saúde	120
5 CONCLUSÃO	144
REFERÊNCIAS	151
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	162
ANEXO B – Roteiro de entrevista	163

APRESENTAÇÃO

Quando estava no quarto ano da faculdade de medicina, lembro-me de um fato marcante. Naquele dia, iniciava meu estágio no ambulatório que, não à toa, chamava-se “Ambulatório de Tuberculose”. O professor apresentava-me ao espaço e logo chamou o primeiro paciente. Todos estávamos usando máscaras azuis, pois boa parte dos pacientes ainda estava “bacilífera”¹ e iniciaria o longo e chato tratamento naquele dia. Entrou o primeiro paciente. Seria a primeira pessoa sabidamente com tuberculose com quem eu conversaria na vida. Então comecei perguntando sobre os sintomas e sinais, mas queria saber mais da experiência dele. Logo ele me conta que também era HIV positivo, o que aumentou ainda mais minha vontade de ouvir as histórias dele: como? Quando? Onde? Era uma maneira de conhecê-lo e estabelecer vínculos, já que o tratamento da tuberculose demora ao menos seis meses para se completar, com grandes possibilidades de efeitos colaterais, ainda mais tendo como base uma imunodeficiência. O paciente começou a me contar. No meio da conversa, entra o professor sorrindo e suavemente diz “Já pediu a radiografia? Já viu os exames? Já explicou como toma os remédios? Para conversar, encaminhe-o para o pessoal da Psicologia Médica ou da Medicina Integral”. Fiquei perplexo! E foram perplexidades como essa que cada vez mais confirmavam a minha constante necessidade de participar de projetos de extensão. Particpei de alguns, desde o início da graduação. Nos projetos de extensão, eu podia fazer e aprender sem essa engrenagem que constituía os corredores e as salas da faculdade e do hospital universitário. Sempre achei que a extensão teve um papel fundamental na minha vida – profissional e pessoal – e sempre quis buscar entender isso. Essa dissertação de mestrado talvez seja ela própria minha narrativa mesclada às narrativas dos estudantes que fizeram parte desse estudo.

A narrativa acima, baseada em notas pessoais, apresenta e, de certa forma, faz aparecer motivações que instigaram esta pesquisa. Foram as próprias experiências do pesquisador – nas salas de aula, no hospital universitário e principalmente nas atividades de extensão –, vividas durante os anos de formação em medicina, que, posteriormente postas sob a luz do pensamento e articuladas à

¹ O termo significa que o portador de tuberculose emite partículas com bacilos transmissores da doença no ar.

produção científica do campo da Saúde Coletiva, passaram a compor a substância desta investigação.

O texto que segue está dividido em quatro capítulos. No primeiro, reuniremos fragmentos sobre a recente história do ensino médico no Brasil, buscando elos com movimentos que, desde os anos 1950, vêm apresentando críticas ao modelo de formação em medicina. Na mesma direção, relacionaremos tais fragmentos com os vários matizes que constituíram a Extensão Universitária em diferentes contextos políticos do país, ressaltando a interface entre educação e saúde.

No segundo capítulo, afirmaremos o caráter sociofilosófico deste estudo, na medida em que buscamos aportes filosóficos para discutir as dimensões político-pedagógicas das atividades extensionistas, ou seja, refletiremos sobre os efeitos gerados nos estudantes de medicina mediados pela participação em ações extensionistas. Neste tópico, traçaremos nexos epistemológicos entre o pensamento filosófico de Hannah Arendt e o campo da saúde para discutir o desenvolvimento de valores e virtudes na formação em saúde em geral e, especificamente, na medicina.

Em seguida, no terceiro capítulo, elucidaremos nossas escolhas epistemológicas e descreveremos nosso percurso metodológico, adotando a concepção arendtiana de “narrativa”, ou seja, a narração em sua dimensão política, para compor nosso caminho investigativo.

O quarto capítulo será apresentado como exercício analítico sobre o material empírico – as narrativas dos estudantes de medicina sobre experiências de Extensão Universitária – relacionando tais análises com os referenciais teóricos utilizados nesse percurso.

INTRODUÇÃO

A narrativa do pesquisador apresentada anteriormente nos serve como ponto de partida e exemplifica a principal proposta deste estudo: refletir sobre a formação do médico do nosso tempo, imerso no que Schraiber (2008) chama de “crise da medicina”. A autora identificou ao menos três aspectos mais relevantes dessa crise:

- a *ruptura das interações* em diversos planos – entre o médico e o paciente, entre o médico e outros profissionais e entre o médico e seu saber –, sendo este último responsável pela perda da *reflexividade*, ou seja, anulação da habilidade e disposição ética de refletir sobre sua própria ação na aplicação do saber científico-tecnológico diante de cada caso/contexto;

- a *crise dos vínculos de confiança* entre médicos, pacientes e outros profissionais – e ainda, a perda da confiança em si mesmo como médico – gerando uma inabilidade em refletir criticamente, julgar e tomar decisões clínicas, as quais, até então, baseavam-se em grande parte no caráter pragmático de sua intervenção;

- com a perda da dimensão pragmática de sua prática, na busca da redução das *incertezas* e em prol de certa *segurança* que as ciências dão quanto aos conhecimentos produzidos, ocorre a *reifificação dos meios tecnológicos* pertencentes à prática técnica, em que, de meios, os recursos tecnológicos transformaram-se em fins em si mesmos.

Essa crise tem repercussões também na formação em medicina. Rios (2010) apresenta que, em vários aspectos, a cultura médica reflete a cultura de seu tempo, carregando consigo uma tradição manifesta em valores, crenças, comportamentos que compõem uma poderosa matriz de construção de subjetividade da qual os estudantes saem médicos. O desenvolvimento científico e tecnológico se apresenta à sociedade contemporânea exigindo uma contrapartida ética que, no campo da saúde pressupõe refletir amplamente sobre o direito à saúde – nos âmbitos da assistência, do ensino e da formulação de políticas no setor. Dentro de seus campos de estudo, autores da Sociologia (BAUMAN, 2000), Antropologia (LATOURETTE, 1994) e Psicanálise (COSTA, 1999), em suas análises sobre cultura e os modos de viver contemporâneos, convergem para o entendimento de uma “hipertrofia” do eu como instância de produção das subjetividades. Valores como individualismo, culto ao corpo e à imagem, competitividade e consumismo produzem comportamentos que

evidenciam e reafirmam a supremacia do eu. Vivemos um tempo de incredulidade nos movimentos de participação política e de uma invasão do espaço público pela privacidade, produzindo uma redução das relações humanas ao seu caráter instrumental e utilitário. Luz (2004) caracteriza como “fragilidade social” a relação desses elementos – exacerbados no atual estágio de nossa sociedade capitalista – e acredita que problemas sociais como violência, deterioração das relações de trabalho, desemprego e pobreza são fatores que se vinculam diretamente aos fenômenos relacionados à saúde e ao adoecimento das pessoas.

Tais características culturais, na área da saúde, foram interpretadas por Luz (1988) como “racionalidade biomédica”, paradigma cuja medicina da modernidade, em vários sentidos, opera na concepção do ser humano limitado à dimensão biológica apreensível pelas ciências naturais e ao uso da tecnologia eximida de seu potencial interativo, que configura o tecnicismo da atual prática médica – valorado como a melhor, ou então única, modalidade de abordar os eventos do adoecimento. Segundo Rios (2010), tecnicismo seria então a valorização excessiva dos recursos tecnológicos em detrimento a outras dimensões que constituem os encontros e as intervenções no campo da saúde, como a ética, a moral, a cultura, as subjetividades, os fatores socioeconômicos, a religião, enfim, vários outros elementos que atuam como mediadores dos processos saúde-doença.

Nesse sentido, é preciso refletir sobre a formação de médicos que sejam capazes de operar uma concepção de cuidado de pessoas de maneira diversa da hegemônica na cultura médica, baseada no tecnicismo atual, segundo o qual o ato de cuidar passa a ser a atuação enquanto tecnólogo. Em outras palavras, se podemos afirmar que na contemporaneidade o cenário de práticas de saúde, incluindo as práticas médicas, vem sofrendo mudanças radicais que começaram na época moderna, é fundamental apreender a formação em saúde como importante tema de estudo.

O termo “formação”, tomado literalmente por sua etimologia “dar forma”, carrega a ideia de que existe algo material passível de se impor determinada forma. Barros (2006) sinaliza para formação profissional por meio de “fôrmas”, onde o processo formativo ora se reafirma como a repetição do mesmo, ora como formas de ação-reflexão capazes de produzir movimentos afirmadores da vida. É justamente a conotação pedagógica do termo que nos interessa, pois nela se

ancoram conhecimentos baseados em determinada racionalidade científica amalgamados num conjunto de valores desejáveis, que variam no tempo e no espaço.

Cabe então a pergunta: o que é formar um médico hoje? Uma primeira resposta poderia ser pragmática: o médico deve ser preparado para saber aplicar técnicas disponíveis para curar doenças. Se pensarmos essa capacidade como a principal da profissão médica, a formação se encerraria no aprendizado técnicas/tecnologias diagnósticas e de intervenção (clínica e/ou cirúrgica). Seria, então, a eficácia clínica a evidência de uma boa formação médica? A questão se torna mais instigante ao tomarmos de Ayres (2009) a discussão sobre “êxito técnico” e “sucesso prático”.

O autor propõe que, para avaliar determinada prática de saúde, deve-se pressupor insuficiente a adoção, como critério normativo, de padrões de correção ou restabelecimento de um bem-estar físico ou psíquico, ou prevenção e controle de certa ocorrência ou sua frequência populacional. Ainda que este tipo de critério, o normativo, esteja longe de ser dispensável – não somente por obrigações legais, mas mais ainda pelo caráter ético e político que deve permear as práticas de saúde – sua análise pelo fundamento do “cuidado em saúde” não se pode deixar restringir apenas à verificação de seu “êxito técnico”. Isso porque entendendo esse êxito técnico como exercício de compartilhar escolhas por um determinado modo de vida, este deve estar também voltado para julgar acerca de seu “sucesso prático”. Ou seja, o êxito técnico diz respeito aos conhecimentos produzidos e regidos pela lógica empírico-analítica das ciências da saúde para o controle dos agravos ou do risco à saúde; enquanto o sucesso prático diz respeito aos significados assumidos frente a tais ações onde indivíduos e populações atribuem valores e interesses à experiência de adoecimento ou à busca por atenção à saúde.

Ayres contribui para a discussão quando expõe o êxito técnico como o sentido instrumental da ação – por exemplo, a relação entre uso de um medicamento e a redução de risco de determinado evento em um paciente ou da incidência desse agravo numa dada população – e, por sucesso prático, o autor remete ao valor que a ação assume para indivíduos e populações em razão das apreensões simbólicas, relacionais e mesmo materiais dessas ações na vida cotidiana (AYRES, 2009).

A maneira como a formação em medicina tem se configurado dentro das escolas permite que futuros médicos exercitem um cuidado em saúde em que êxito técnico e sucesso prático constituam aspectos de um cuidar em saúde? Ao tomarmos eficácia e eficiência clínica apenas como funções matemáticas da aprendizagem teórica e prática oferecidas pelo curso médico, estaremos ignorando a consonância entre a experiência concreta na prática médica e o *sistema de valores* apreendido pelo aluno (PESSOTI, 1996). O autor afirma que o aluno desenvolve valores a partir de suas experiências, o principal papel da escola médica seria propiciar tais experiências com textos, teorias e atividades práticas que contemplassem o sofrimento concreto da vida do paciente. Essas experiências não ocorrem numa *tábula rasa*, mas sobre um sistema de valores já existente. Que valores a serem apreendidos seriam esses?

Consideramos que é a partir das experiências que o estudante vai confirmar ou contestar valores previamente construídos. Esse sistema de valores se exerce em várias esferas da vida, permeia também a prática médica, a maneira de se compreender entre os outros (estudantes, pacientes e profissionais), perceber seu papel social de agente de saúde, além de interferir diretamente na disposição em assumir responsabilidades sobre o cuidado em saúde – que muitas vezes relaciona-se ao fato de estar imerso em situações de vida e de morte. Dessa forma, a reflexão sobre seus valores e sua própria natureza humana, compreendidas a partir das experiências vividas no processo de formação, possibilitam ao estudante agregar elementos para o cultivo de um senso de cuidado e de responsabilidade (ético-política) caro à área da saúde.

São cada vez mais banalizadas as críticas feitas à maneira como os médicos têm atuado – frios, distantes, desinteressados pelo paciente, ainda que tecnicamente interessados em sua doença. Somam-se a isso os aspectos conjunturais que caracterizam a prática médica contemporânea como uma prática tecnológica apoiada em equipamentos e protocolos clínicos, pouco articulada com o aspecto humano inerente ao campo da saúde (SCHRAIBER, 2008).

Schraiber (1997, 2010) aponta que desde o final dos anos 80 se manifesta uma situação crítica na medicina no Brasil: os problemas de acesso à saúde da maioria da população e a elitização da assistência; a despersonalização dos cuidados e a burocratização assistencial; a falta de motivação profissional e as más

condições de trabalho seriam elementos que interfeririam diretamente na baixa qualidade da assistência. Nesse sentido, podemos indagar até que ponto esses efeitos também dependeriam de cada profissional e de cada médico individualmente, ou ainda como isso apontaria para uma formação insuficiente. Em outras palavras, a autora questiona até que ponto pode-se atuar pela via da formação, em especial no aprimoramento do ensino técnico-científico da escola médica, num movimento de revalorização da educação como desenvolvimento não apenas técnico, mas ético-moral-político do médico.

A autora opta em seus estudos (SCHRAIBER, 1993; 2008) – tanto nas escolhas analíticas quanto metodológicas – pela compreensão do *trabalhador* médico como sujeito indissociável de uma prática médica situada social e historicamente, imerso em uma dimensão técnica moral-dependente, examinando os sentidos do conhecimento científico para a ação médica. Schraiber tem como objeto de seus estudos o médico inserido no seu “mundo do trabalho” e suas relações com a organização social da produção dos serviços assistenciais, o mercado profissional e o saber técnico-científico.

Ceccim et al. (2009) nos situam acerca da necessidade – cada vez mais evidente no campo da Saúde Coletiva – de se compreender uma interseção entre ensino e trabalho, em lugar da habitual cisão “em acusação recíproca, naturalizando uma distinção entre mundo do ensino e mundo do trabalho, como se pertencessem a sociedades dicotômicas” (p.160), reforçando uma visão economicista (PINHEIRO, 2006) em que haja um lado que demanda por saúde e outro que a oferta.

Pinheiro e Ceccim (2006) concordam que para pensar a educação de profissionais de saúde é preciso apreender a formação como um movimento ético-político de educação permanente, colocando o cotidiano do trabalho e os impactos do trabalho sobre o processo saúde-doença como critério de contemporaneidade dos cursos de formação em saúde em consonância às necessidades sociais e científicas, ou seja, o cotidiano da interseção entre ensino e trabalho funcionando como permanente mediador entre modos de ensinar e modos de praticar o cuidado em saúde.

É nesse sentido que assumimos a não subalternidade entre “mundo do trabalho” e “mundo do ensino” por considerar que há um saber prático (exercitado nas experiências em um dado cotidiano contextual) e um saber científico (exercitado

em bases de um conhecimento compartilhado). Foi adotado como foco deste estudo o processo de formação do estudante de medicina em atividades extensionistas, justamente por pressupor estas como espaços de encontro e interação entre experiência prática e teoria científica, potencializando a fusão de “êxito técnico” e “sucesso prático”.

Para além das dicotomias existentes entre “mundos” do ensino e do trabalho, entendemos que os anos vividos dentro de uma escola médica são fundamentais não apenas pela aquisição de conteúdos biomédicos, mas eminentemente pelo desenvolvimento, por parte do estudante, de um “jeito de ser” a partir de vivências no decorrer desse percurso (PESSOTI, 1996), ou seja, esse caminho de formação é também um longo caminho de produção de subjetividades (BARROS, 2003), pois envolve aspectos pessoais, valores, ideias e expectativas que cada estudante tem sobre o trabalho médico.

Se o processo educativo em geral não se dá nem pelo simples acúmulo de conhecimento – como se fosse uma síntese eficiente capaz de integrar as várias partes do conhecimento ou um aumento da capacidade de processar informações, como impinge o paradigma cognitivista da educação – nem apenas pela efetivação de competências – como se fosse aprender uma técnica superdimensionada, esvaziada de significados, como nas pedagogias tecnicistas –, torna-se fundamental pensar sobre a produção de subjetividades nas relações pedagógicas (ARANHA, 1990).

Na formação de estudantes de medicina, isso se refere diretamente à maior consciência da dimensão social do papel do médico. Ou antes, à compreensão da necessidade de valorizar a responsabilidade – tanto pessoal como coletiva – desses profissionais, exigindo um posicionamento diante do outro (e dos outros) no exercício de sua prática.

Certamente relacionada à ética (não somente à ética profissional), a valorização e a construção desse compromisso é tarefa que demanda esforços em múltiplas direções. Uma delas concerne à própria formação médica: como se dá, no processo de ensino-aprendizagem a construção de valores éticos? Que virtudes se

espera sejam exercitadas durante a formação em medicina? Que dispositivos² didático-pedagógicos são utilizados para o desenvolvimento dessas virtudes?

Esses temas – “cuidado”, “ética” e “trabalho”, entre outros – têm assumido grande repercussão no campo da saúde (AYRES, 2009; SILVA e BARROS, 2010). Luz (2010), ao citar algumas questões centrais do campo da Saúde Coletiva no Brasil atualmente, chama atenção também para a educação: os cursos, os currículos, os estágios, as especialidades e as especializações, em suma, “o sistema de formação dos profissionais da saúde”. A autora argumenta: para além de já ser evidente que os conteúdos disciplinares “estocados” no aluno durante o curso de graduação não o tornam um profissional apto para o atendimento do sujeito humano, ocorreram mudanças radicais na última década do século passado, com a progressiva regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) e ampliação da Atenção Básica com a Estratégia de Saúde da Família, que já constituem questões fundamentais de estudo. Em outras palavras, é preciso analisar com clareza as políticas e a reorganização do sistema de saúde para apontar as transformações que se fazem necessárias, principalmente no âmbito da produção de conhecimento.

É nesse sentido que explicitamos a inserção deste estudo no campo da Saúde Coletiva e sua relevância para compreender de que maneira a Extensão Universitária, enquanto espaço público (HENRIQUES, 2011) e espaço de experiências, colabora para o desenvolvimento de virtudes ético-morais e políticas no processo de formação em medicina.

² Partindo de discussões mais amplas sobre a obra de Michel Foucault, Silva e Barros (2010), apoiados em Deleuze, consideram “dispositivo” como uma categoria multilinear, que remete, principalmente, a três dimensões foucaultianas: à produção de saber; ao exercício de poder; e à produção de sujeitos. Aqui, neste estudo, o conceito de “dispositivo” remete a um conjunto de elementos e meios dispostos heterogeneamente com vista a produzir um leque específico de efeitos. Nesse sentido, os efeitos decorrem das relações entre os componentes do dispositivo, ao mesmo passo em que a disposição, o tempo, a constituição e a ordem desses meios e elementos é refeita no próprio processo de produção de subjetividades (SILVA; BARROS, 2010). Podemos pensar como questões de investigação a forma como os diferentes dispositivos pedagógicos, por um lado, determinam e preservam o *status quo* e, por outro, produzem renovação e transformação nos processos pedagógicos.

1 ENSINO MÉDICO E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NO BRASIL: REUNINDO FRAGMENTOS PARA UM PANORAMA

A maioria dos cursos de medicina no Brasil hoje ainda se encontra organizada de acordo com o preconizado pela Reforma Universitária de 1968³, embora, como veremos adiante, as discussões sobre a formação em medicina suscitadas pelos movimentos de transformação do ensino e a publicação, em 2001, das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) – que orientam as mudanças para os cursos de graduação em medicina – repercutam em modificações em parte das escolas médicas (PINHEIRO, CECCIM, MATTOS, 2006; HENRIQUES, 2011), mais substanciais em algumas que em outras – antes no âmbito das práticas, na diversificação de cenários de aprendizagem e de métodos de ensino, que na estrutura curricular propriamente dita.

A estrutura curricular do curso de medicina tem duração de seis anos. Nos dois primeiros anos, são ministradas as disciplinas básicas, como Anatomia, Fisiologia, Histologia, Fisiopatologia, Genética, Parasitologia, além de outras que não são consideradas “básicas”, mas que se inserem nos primeiros períodos, como

³ Em 1968, o governo militar implantou a Reforma Universitária que oficializou a separação entre o chamado currículo básico e profissionalizante, provocando, em decorrência disso, uma mudança da dinâmica interna dos cursos universitários em geral, e na medicina em particular. Em 1969, foi publicada a Resolução nº 8 (de 8 de outubro de 1969) do Conselho Nacional de Educação que define o Currículo Mínimo dos cursos de medicina apoiado na lógica da reforma em vigência, com a oficialização do modelo flexneriano, que já estava em voga nas escolas médicas brasileiras.

O chamado modelo flexneriano de ensino médico baseou-se no relatório de um estudo sobre o ensino médico conduzido pela Fundação Rockefeller, que, a partir da análise da formação médico de 150 escolas nos EUA e Canadá, formulou uma proposta educativa para as instituições de ensino médico, indicada para ser uniformemente adotada pelas escolas médicas e foi responsável pela revolução no ensino médico norte-americano (PAGLIOSAL, F. L.; DA ROS, M. A., 2008).

O Relatório Flexner desencadeou uma reforma do ensino médico nos EUA que tinha como diretrizes: a medicina concebida como uma ciência que tem na física, na química e na biologia suas disciplinas-base; a prática médica é compreendida como aplicação e produção da ciência médica, indissociável da investigação científica, e o método clínico é eleito como o método de elaboração próprio da ciência médica; a educação médica é concebida como a aquisição de conhecimento da ciência médica e de suas ciências-suporte, isto é, essencialmente a capacitação no método clínico; o ensino é centrado na qualificação do aluno em uma prática clínica articulada à pesquisa (integração hospital laboratório) e a aprendizagem reside na atividade técnica concreta, hospitalar e de pesquisa laboratorial; a garantia de uma educação realmente científica é dada pela estreita e contínua aliança com a pesquisa, tornando-se essencial vincular a escola médica como um todo à “comunidade científica” – isto é, articular a escola médica com os demais conhecimentos científicos.

Em relação ao modelo de ensino, a aprendizagem deveria ocorrer em níveis progressivos de ensino, com pré-requisitos. Os alunos pretendentes ao curso de medicina deveriam ser aprovados nos cursos científicos preparatórios. O currículo do curso médico deveria ser dividido em ciclo básico e profissionalizante. No ciclo básico, deveriam ocorrer a individualização do ensino nas ciências básicas e o desenvolvimento pesquisa nestas ciências. O ensino profissional deveria ser dividido em ciências médicas básicas, curso clínico, prática médico-hospitalar. Em relação à instituição, deveria ser incorporado o hospital à escola médica e estes deveriam vincular-se às universidades e ao sistema geral de ensino.

Psicologia Médica e Saúde Coletiva. O modelo pedagógico privilegia a memorização e repetição dos conteúdos, sem necessariamente aparecer aos alunos uma clara correlação com a futura prática (REGO, 2005).

Durante o ciclo clínico, ou profissional, as disciplinas seguem a lógica das especialidades, da Clínica Médica e da Semiologia, geralmente ocorrendo dentro do hospital universitário. Há pouca articulação entre as disciplinas e a divisão de carga horária se dá bastante em função de disputas entre os departamentos, não necessariamente pautadas por um projeto político-pedagógico da escola (CINAEM, 2000; PONTES, 2005).

Dentre as práticas pedagógicas presentes no curso médico, como consultas na biblioteca, aulas expositivas e seminários, as mais valorizadas, tanto por professores como por alunos, são as aulas práticas. Feuerwerker (2002) aponta que a experiência adquirida nessas situações se constitui um dos momentos privilegiados de construção da prática profissional, tanto em aspectos técnicos quanto éticos. No entanto, ao longo do curso existe uma dicotomia entre teoria e prática, sendo que esta se inicia efetivamente no Internato.

Autores como Marsiglia (1995), Marcondes (1996), Feuerwerker (2002) e Pontes (2005) ressaltam que essa experiência da prática é valorizada no campo da clínica, enquanto que as experiências oriundas de vivências na rede de serviços do SUS e nas comunidades – que geralmente acontecem nos primeiros anos da graduação – frequentemente não têm uma boa receptividade entre os alunos, sendo identificadas como atividades de “cultura geral” e “não médica”.

Rego (2005) identifica alguns tipos de atividades práticas clínicas que os alunos passam durante a graduação:

- i. A prática nas enfermarias – quando ocorre o primeiro contato com os pacientes, sendo gradual (inicialmente treinando anamnese e exame físico) e extremamente hierarquizada (precisa ser respeitada uma ordem sequencial do médico-residente, os alunos do internato e os estudantes do terceiro ano). A atuação dos alunos que ainda não estão no internato fica limitada, pois praticamente todas as atividades já foram feitas por alguém mais graduado, dificultando a vinculação e responsabilização do aluno pelos cuidados com o paciente;

- ii. As aulas práticas – geralmente ocorre em ambulatórios, sendo que o aluno permanece no papel de observador de um atendimento;
- iii. O estágio do Internato – período obrigatório que varia de 18 a 24 meses, sendo o momento em que o estudante inicia a exercitar o senso de responsabilidade pelo paciente;
- iv. Os estágios extracurriculares – muitas vezes à revelia das faculdades, para iniciar precocemente sua prática profissional, os alunos buscam esses "estágios" que geralmente ocorrem em instituições que não as universitárias, com supervisão e avaliação questionáveis;
- v. Atividades de extensão – muitas universidades oferecem a possibilidade de participarem de atividades comunitárias de pesquisa e/ou assistência. Em geral não são obrigatórias nem fazem parte do currículo da escola. Sendo elemento fundamental do objeto desta dissertação, a Extensão Universitária será abordada em um tópico à parte.

De maneira geral, o hospital é o espaço do treinamento prático. Segundo Campos (1999), 86% da carga horária dos estágios práticos dos cursos ocorrem em hospitais universitários. Tal modelo de ensino vem sendo criticado desde os anos 1950, inicialmente pelo enfoque eminentemente curativo e pelo estímulo à “ultraespecialização” médica – estimulada e cultivada na trajetória dos estudantes dentro dos hospitais universitários. Hoje, somam-se a essas críticas como a necessidade de variar os cenários de aprendizagem, de estimular uma maior integração com o SUS e de pensar as questões ético-morais da formação médica.

Formar médicos, praticar medicina e produzir conhecimento médico são ações atinentes ao campo médico. As instituições encarregadas da educação, as escolas médicas, constituem-se centros de seleção e legitimação da prática médica, ou seja, as inovações passam por um processo de aprovação pelas escolas de medicina para serem consideradas pelo campo. Ainda assim, não se pretende negar a importante construção de saberes na prática cotidiana do trabalho em saúde, o *saber operante*, ou o *caráter pragmático* da medicina, que Schraiber (2010) aponta como atrofiado na conformação atual de uma medicina tecnológica⁴.

⁴ Para Schraiber (2008, 2010), a medicina tecnológica, que sucedeu a medicina liberal (ainda vigente) após os anos 60, tem como base a tensão entre cientificidade e pragmatismo. Buscando reduzir as dúvidas diante do incerto, que é a doença no outro, e em função de certa segurança ao basear sua prática nas ciências, “médicos

Nesse sentido, fica delegado às instituições de ensino, em especial às faculdades de medicina inseridas nas universidades, o papel de reconhecer legitimidade a determinada nova prática. Esse papel de árbitro das escolas médicas é exercido de diversas maneiras, sendo a mais comum a incorporação da “inovação prática” ao currículo do curso de medicina (GARCÍA, 1972). Processo este que sofre influência de interesses de variados atores sociais (Estado, sociedade civil e mercado), o que Vianna (2002), apoiado em Cordeiro (1980), conceitua como complexo médico-industrial, que passou a ser configurado em alguns âmbitos, como

[...] a produção e circulação de medicamentos, a organização da prática médica, as formas de intervenção estatal no setor e as práticas concretas de consumo individual (...) a formação de recursos humanos, as articulações da escola médica com a indústria farmacêutica e as relações com o setor de equipamentos médicos (CORDEIRO, 1980, p 113).

Torna-se possível reconhecer que na constituição do campo da Educação Médica como um campo de produção social especializado – que toma para si o tema da formação médica – operam tensões, por exemplo, na condução do desenvolvimento de uma prática pedagógica, na produção de conhecimento sobre a própria prática pedagógica e sobre a medicina, nos processos de decisão da escola médica que influenciam a adoção de diretrizes gerais que conformam as instituições de ensino e suas concepções sobre saúde-doença, papel do médico, do paciente, do professor e do aluno – e mesmo a distribuição de recursos entre os projetos de ensino (CRUZ, 2004).

No Brasil, podemos afirmar que somente se configurou uma política de saúde abrangente (de caráter universal) com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a instituição do SUS em 1990. Apesar de muitos avanços reconhecidos por diversos autores⁵ do campo da Saúde Coletiva – no que concernem ao acesso aos serviços de saúde, à ampliação da atenção básica e à participação política da sociedade civil na construção desse sistema – o desenvolvimento de “recursos humanos” em saúde sempre foi relegado a “segundo plano” nos processos de reforma do setor (PAGLIOSAL e DA ROS, 2008), mesmo constando afirmativamente na Constituição Federal a atribuição do SUS em ordenar a formação para a área, em

e pacientes assim afastam seus medos da intervenção: o médico, de errar [...] e o paciente, de morrer ou piorar sua condição vital” (SCHRAIBER, 2010, p. 118).

⁵ Apenas para citar alguns: GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; FLEURY, 2011; PAIM et al, 2011.

consonância com suas diretrizes e princípios constitucionais (BRASIL, 1988. Art. 200). A Lei Orgânica da Saúde também determina o cumprimento do objetivo de contribuir para a organização de um sistema de formação em todos os níveis de ensino e, ainda, a constituição dos serviços públicos integrantes do SUS como campos de prática para o ensino e a pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional (BRASIL, 1990. Art. 13, 15 e 27).

No entanto, o âmbito educacional manteve-se desvinculado da reorganização dos serviços e das propostas de redefinição das práticas assistenciais. Ao menos, até o final da década de 1990, parecia que pouco se havia avançado nas discussões sobre a necessidade de repensar a educação e o desenvolvimento do trabalho em saúde, pois as mudanças estavam sendo pensadas e operadas mais no nível molecular de movimentos sociais e de escolas médicas, gerando pouca visibilidade no âmbito do Estado ou da sociedade como um todo.

Desde a década de 50, vinha-se discutindo em foros diversos a necessidade de mudar a educação médica, principalmente dentro da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), fundada em 1962, que desde seu início questiona e propõe modificações na formação em medicina (FEUERWERKER, 2002). Vejamos a seguir.

Movimentos por mudanças, apontando rupturas

De fato, já na década de 50, principalmente dentro das faculdades de medicina, algumas iniciativas apontavam críticas ao modelo de formação. Essas experiências ganharam maior expressividade nos anos 70-80 nas escolas mais progressistas que sinalizavam a necessidade de reforma curricular, muitas vezes sustentadas pelos movimentos da Medicina Integral, da Medicina Preventiva e da Medicina Comunitária. Os projetos, a maior parte deles financiados por organizações internacionais, foram abarcados como a estratégia de Integração Docente-Assistencial (IDA) amplamente analisados por Marsiglia (1995).

Nesse contexto, as experiências IDA foram objetos de avaliações e reflexões e revelaram avanços e permanências (CHAVES et al., 1984; MARSIGLIA, 1995).

Um estudo⁶ realizado no início da década de 90 evidenciou os seguintes aspectos referentes aos projetos IDA: além da contribuição para a formação de sujeitos críticos nos setores de educação e de saúde, apontaram para desmistificação da exclusividade da atenção hospitalar como cenário de ensino. Por outro lado, foram feitas críticas à maneira de organização e operacionalização dos projetos: constatou-se que as atividades não se deveriam limitar a disciplinas de um departamento ou de uma só profissão; que era preciso envolver equipes multiprofissionais durante todo o curso de graduação, assim como a comunidade a participar das instituições de ensino e de serviços de forma corresponsável (CHAVES, 1990).

As experiências IDA constituíram uma das tendências da área de formação em saúde na América Latina e serviu de base no planejamento de muitas mudanças educacionais, tendo apresentado variações: desde somente a utilização dos serviços como espaços de prática de ensino, até tentativas de reorganização do processo educativo ao redor de um novo modelo de organização dos serviços em consonância com as bases do movimento da reforma sanitária (MARSIGLIA, 1995). Almeida (2001) afirma que tais projetos de integração ensino e serviço apoiaram e participaram de experiências pioneiras de extensão de cobertura e participação comunitária na (re)organização de sistemas descentralizados e hierarquizados de saúde no nível municipal (no caso de Londrina, Campinas e Niterói), microrregional (em Montes Claros), estadual (o caso da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo) e macrorregional (como o Plano de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, no Nordeste). Todas experiências que, de certa forma, embasaram o pensamento em saúde que permeou os movimentos de democratização da saúde no país.

Logo no princípio dos anos 90, novos recursos foram alocados para projetos que estimulassem uma maior articulação entre o ensino da saúde e a participação da comunidade na colaboração às instituições educacionais e aos serviços. O Programa para a América Latina e o Caribe da Fundação Kellogg convidou instituições universitárias da área da saúde para compor o programa “Uma nova iniciativa na Educação dos profissionais da Saúde: União com a Comunidade”, conhecido como Programa UNI. Tal programa aderiu à rede IDA e levou à formação

⁶ Apoiado pela ABEM, FEPAFEN e Fundação Kellogg, Chaves e Rosa (1990) organizaram “Educação Médica nas Américas: O desafio dos anos 90”, com grande divulgação nas entidades relacionadas ao ensino médico.

da Rede UNIDA, constituindo importante ator político no atual cenário da educação dos profissionais de saúde no Brasil.

O início do programa UNI ocorreu em 11 países da América Latina onde foram apoiados 23 projetos, sendo seis deles no Brasil: Botucatu, Brasília, Londrina, Marília, Natal e Salvador, onde as mudanças nos currículos possibilitaram a construção de novas experiências de ensino em saúde, dentre elas a Faculdade de Medicina de Marília e a Universidade Estadual de Londrina, analisadas por Feuerwerker (2002).

Outro movimento que na década de 90 se propôs a avaliar as escolas médicas no Brasil foi a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). Composta por onze instituições⁷ ligadas ao ensino e à prática médica, a CINAEM ganhou visibilidade por inovar principalmente no que diz respeito ao próprio processo pedagógico de formação política dos seus participantes, em especial dos integrantes discentes, reconhecidos como também detentores de um saber sobre a escola médica (CRUZ, 2004). A CINAEM priorizava uma iniciativa de avaliação das escolas médicas que partisse das próprias instituições vinculadas à categoria, o que possibilitaria um maior grau de adesão das escolas às propostas que fossem formuladas.

No que foi denominado “primeira fase”, a comissão realizou um diagnóstico da situação geral das escolas médicas no Brasil, confirmando a evidência de que era insatisfatória a situação das escolas. Os resultados dessa fase da avaliação serviram para que se selecionasse três variáveis que deveriam ser melhor estudadas nas próximas etapas do projeto: “recursos humanos”, “modelo pedagógico” e “médico formado” (FEUERWERKER, 2002; CRUZ, 2004).

Em 1994, com a parceria da Rede UNIDA e das próprias escolas que aderiram ao projeto, foi possível iniciar o processo de preparação da segunda fase do projeto. Foram desenhados três tipos de estudos para avaliar as três variáveis referidas: um estudo transversal para analisar o corpo docente; um estudo longitudinal para estudar o médico formando (dois testes cognitivos e análises periódicas de conhecimentos aplicados, habilidades e atitudes através da aplicação

⁷ São elas: ABEM, CFM (Conselho Federal de Medicina), CREMERJ (Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro), CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo), AMB (Associação Médica Brasileira), ANDES (Associação Nacional de Docentes do Ensino Superior), DENEM (Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina), ANMR (Associação Nacional de Médicos Residentes), FENAM (Federação Nacional dos Médicos), ANM (Academia Nacional de Medicina) e CRUB (Conselhos de Reitores da Universidades Brasileiras).

de uma ficha estruturada de avaliação prática durante as atividades do internato); e um estudo desenhado a partir do enfoque estratégico para avaliar o modelo pedagógico adotado pelas escolas (PICCINI, 1996).

O projeto previa como requisito básico para sua implantação nas escolas, a estruturação de Grupos Gestores Locais – cuja composição mínima requeria a participação de discentes, docentes, funcionários, entidades médicas e conselhos de saúde, além do aval participativo da direção de cada escola.

Na segunda fase, foi observado o destacado papel do docente na definição do modelo pedagógico, no tipo de planejamento e gestão da escola médica, bem como nos resultados alcançados pelas escolas, em termos de ensino, pesquisa e Extensão. Identificou-se o modelo pedagógico vigente na maioria das escolas como um dos determinantes da ineficiência da resposta dos médicos frente às principais necessidades e demandas de saúde – individuais ou coletivas (CRUZ, 2004). O resultado da avaliação da segunda fase construída com 48 escolas foi divulgado em 1997, através de Relatório Geral, em audiência da CINAEM e escolas médicas, com a presença dos ministros da Educação e da Saúde (CINAEM, 2000; CRUZ, 2004).

Seguiu-se então uma terceira fase denominada “Projeto CINAEM: Transformação do ensino médico no Brasil – um processo coletivo de construção do novo” (CINAEM, 2000). Constituída por oficinas de trabalho, nessa fase foram aprofundados os problemas expostos nas fases anteriores e empenhou-se em construir instrumentos de investigação e intervenção, visando à transformação da escola e do ensino médico, tendo como produto a proposta de um novo eixo de desenvolvimento curricular para a educação médica. Para isso, a comissão analisou e propôs diretrizes entendidas como centrais, tais como o processo de formação, a docência médica, a gestão da escola médica e a avaliação. Foi produzido um material conceitual que se propôs servir como orientador dos processos de transformação nas escolas (CINAEM; 2000).

A CINAEM desenvolveu ainda uma proposta para mudança na gestão da escola médica e para profissionalização do docente, como suportes para a mudança do modelo pedagógico. Aprofundou a ideia de avaliação como transformação e desenvolveu instrumentos de intervenção (CINAEM, 2000; CRUZ 2004).

A adesão do estudante de medicina como ator social no debate foi fator diferencial em relação ao que era realizado nas décadas anteriores. A CINAEM

ainda possibilitou a construção de técnicas e instrumentos fundamentais não apenas para a avaliação e mobilização das instituições participantes, mas também para romper com a inércia e o conservadorismo em muitas escolas médicas brasileiras que se abriram para o processo de transformação, colocando esta como uma possibilidade mais concreta (MERHY; ACIOLE, 2003).

Pagliosal e Da Ros (2008) pontuam ainda outra avaliação sobre o ensino superior realizada pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC): o Exame Nacional de Cursos, conhecido popularmente como “Provão” e aplicado aos graduandos de nível superior de 1996 a 2003. Independentemente das críticas⁸ que se possa levantar sobre essa forma de avaliação, foram ratificadas questões preocupantes ao tornar salientes alguns dos problemas dos cursos superiores no país, entre eles as escolas médicas: baixa qualidade e qualificação dos professores, baixa produção de conhecimento, dissociação entre teoria e prática e entre ciclo básico e clínico, desumanização e descontextualização da prática, incorporação indiscriminada de tecnologias e currículos ultrapassados foram algumas das conclusões (FEUERWERKER, 2002).

Observamos que tanto o processo político como a produção social desses “movimentos” resultaram na ressignificação dos produtos dos movimentos de reforma do ensino médico anteriores, operando-se em concepções ora convergentes, ora divergentes. Além disso, tais movimentos construíram um arcabouço teórico que possibilitou compreender a escola médica enquanto instituição onde projetos são construídos politicamente, nos deixando em melhores condições de vislumbrar transformações na formação médica. Seja pelo desenho de ferramentas ou pelo registro de marcos analíticos para essa transformação, consolidaram-se técnicas e práticas avaliativas que, mesmo em variados estágios de experimentações, reforçam o sentimento de “potência” embutido nesses processos de construção.

Se até o final da década de 90 as discussões e propostas sobre as insuficiências do ensino em saúde em geral – mais especificamente da formação em medicina – aconteciam no âmbito das escolas e de movimentos organizados por entidades do campo médico, no início dos anos 2000, nota-se uma mudança nesse

⁸ Verhine, Dantas e Soares (2006) analisam o Provão traçando críticas como: falta de articulação desse com um sistema de avaliação mais abrangente; caráter impositivo desse, sem participação das instituições acadêmicas e da sociedade em geral; ênfase nas competências finais, diminuindo a importância dos processos de ensino-aprendizagem e à formação como compromisso ético.

cenário: com a formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde (DCN), o debate ganha visibilidade no âmbito do Estado e na sociedade como um todo.

Ciuffo e Ribeiro (2008) afirmam que as DCN trouxeram novos elementos que apontam formas de organização e gestão de ensino até então inéditos na educação de nível superior no Brasil. As diretrizes propõem-se como orientador aos cursos, dentre outros, o de medicina, para inovar seus currículos de forma que estes se articulem com os problemas concretos da sociedade brasileira, além de buscar estreitar a relação dos projetos curriculares com o contexto social do qual as universidades fazem parte.

As DCN para os cursos de graduação em medicina “definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos” e o perfil do médico egresso como um profissional: com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capaz de atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001a).

Pressupõe-se que o eixo do desenvolvimento curricular seja o das necessidades de saúde da população, promovendo a interação entre ensino, serviço e comunidade, preferencialmente nos serviços do SUS. As diretrizes também sugerem que sejam revisadas estratégias de ensino-aprendizagem e de avaliação do aprendizado, propondo metodologias que entendam o aluno como sujeito ativo na construção do conhecimento.

Embora sejam necessários mais estudos para avaliar as repercussões dessas mudanças no ensino médico em geral, podemos afirmar que há elementos importantes em algumas análises de especialistas na área da Saúde Coletiva que possibilitam inferir que se trata de uma *crise na educação médica*. Esse contexto de “crise como oportunidade” tem possibilitado a emergência e a visibilidade de experiências formativas que se aproximam das demandas de saúde da população.

No próximo tópico, tomaremos a integralidade em saúde e alguns estudos realizados no campo da Saúde Coletiva que deram visibilidade a elementos dessas experiências de ensino.

A integralidade, o cuidado integral e o ensino em saúde

A Constituição Federal de 1988 delinea o SUS e propõe o atendimento integral como uma de suas diretrizes. A integralidade passa a ser definida legalmente com a lei 8.080 como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Todavia, desde o início dos anos 2000, a integralidade – como princípio do SUS e como prática no cotidiano das instituições de saúde – tem sido discutida por vários autores do campo da Saúde Coletiva como um conceito-força na construção do SUS. Destacamos o Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis), coordenado pela professora Roseni Pinheiro, cujos estudos voltam-se para saberes e práticas operados no cotidiano de serviços, valorizando e dando visibilidade ao êxito de experiências em diferentes localidades. Tais pesquisas apontaram para a integralidade enquanto materialização de “características desejáveis” das práticas profissionais e da organização dos serviços, permitindo um alargamento da compreensão sobre a integralidade do âmbito técnico-legal para o ético-político, elevando-a a

uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos da atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados. (PINHEIRO, 2006, p. 67)

A ênfase no cotidiano e nas práticas de saúde, a recusa em delimitar a polissemia do termo e, sobretudo, um posicionamento a favor de práticas eficazes – assumidas por Pinheiro e Luz (2003) como experiências singulares – possibilitaram que o tema da integralidade configurasse um convite agregador de atores – estudantes, gestores, profissionais e pesquisadores –, ressonando com os anseios da Saúde Coletiva enquanto campo de produção de conhecimento articulado ao contexto mais amplo das lutas sociais por democracia.

A formação profissional na área da saúde também se constituiu eixo importante de estudos realizados no Lappis. Silveira e Pinheiro (2010) ressaltam que

parte da produção desse laboratório evidencia experiências do cotidiano da formação em saúde envolvendo as relações de ensino e aprendizagem vividas na interação entre usuários, estudantes, profissionais e docentes em projetos convergentes à construção do SUS.

A pesquisa EnsinaSUS⁹ merece destaque por ser um estudo específico sobre a formação em saúde e por representar uma das mais importantes publicações da Saúde Coletiva tematizando ensino e integralidade. Fruto de uma parceria firmada entre o Lappis e o Ministério da Saúde, com financiamento do CNPq, realizou-se uma convocatória nacional de experiências de mudanças na formação sob a ótica da integralidade. Dos 75 relatos apresentados, com critérios que primaram por contemplar as regiões geográficas do país e a diversidade de cursos de graduação de saúde, foram selecionadas para uma pesquisa aprofundada dez experiências durante as quais os pesquisadores visitaram e entrevistaram os atores envolvidos.

Na principal publicação intitulada “Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde” (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2006) os autores afirmam que a ideia não era “oferecer auxílios ou diplomas para os selecionados” ou mesmo reconhecer experiências exitosas com potencial de generalização, mas “identificar pistas para a produção de práticas locais de ensino da integralidade”. Assim, as experiências

[...] seriam fontes (nascentes) e substratos da produção de conhecimento sobre o tema, apropriados a partir da observação das especificidades locais coerentes com a diversidade política, social, econômica e cultural de cada lugar de formação e segundo as demandas por cuidado de saúde. (PINHEIRO; CECCIM; SAIPPA-OLIVEIRA; MACEDO, 2006, p. 58)

As experiências apontavam para aspectos como a integração com o sistema de saúde local, formação multiprofissional e diversificação dos cenários de prática;

⁹ Em 2004, formou-se o EnsinaSUS, linha de pesquisa do Lappis, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), visando identificar, apoiar e desenvolver experiências de ensino e pesquisa capazes de transformar a formação em saúde, fundamentando-se no princípio da integralidade. Foram três anos de pesquisa, construída em três etapas: o primeiro momento foi de convocação e seleção das experiências; o segundo foi a pesquisa de campo feita pelos próprios pesquisadores, organizados em duplas, conhecendo as dez experiências selecionadas; e o terceiro, após análise de campo e aplicação de uma matriz analítica, a reunião dos relatores das dez experiências selecionadas para uma crítica dessa análise, num movimento de devolutiva às instituições pesquisadas. Para um aprofundamento sobre os resultados do EnsinaSUS, ver os textos da coletânea organizada por Pinheiro, Ceccim e Mattos (2006).

suas análises possibilitaram montar um mosaico do que estava ocorrendo em termos de mudanças na formação nos primeiros anos da última década.

Guizardi et al. (2006) atentam para alguns elementos que emergiram do referido estudo. Como características comuns às experiências participantes da pesquisa EnsinaSUS, os autores destacam: o fato de que todas tinham como objetivo formar profissionais cuja atuação tivesse como referência o trabalho no SUS, guiadas pelo objetivo de contribuir com a integralidade na formação e na atenção em saúde; e a marcante influência de práticas de ensino extramuros da universidade ou do hospital universitário e de programas, projetos e políticas públicas surgidos a partir de 1950 (já abordados no tópico anterior desta dissertação), sendo que as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação da Saúde, de 2001, foram tomados como principal referência para a reorganização dos projetos pedagógicos, seja como ponto de chegada – como modelos ideais para uma formação ideal – ou como ponto de partida – para se buscar construir novas práticas de ensino-aprendizagem.

Analisando as DCN para a graduação em medicina, os termos “integralidade” e “integral” emergem nos seguintes trechos (BRASIL, 2001a):

O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (BRASIL, 2001a)

[...] reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. (BRASIL, 2001a)

Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina. (BRASIL, 2001a)

Nota-se que o conceito de integralidade apresentado ressona com a legislação do SUS (integralidade relacionado aos diferentes níveis de atenção; integralidade como assistência no plano individual e coletivo), ao mesmo tempo em

que já carrega um sentido ampliado para questões ético-políticas de um cuidado em saúde.

Com o principal objetivo de fazer convergir as Diretrizes Curriculares Nacionais do Ministério da Educação e as diretrizes constitucionais do SUS no estímulo a uma formação profissional de graduação coerente com os movimentos de mudança na graduação em saúde e com as recomendações das lutas sociais históricas do setor, em 2004, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES-Ministério da Saúde) articulou junto ao Ministério da Educação a política AprenderSUS (BRASIL, 2004).

Ceccim (2010) nos lembra que o objeto da mudança na formação dos profissionais da saúde, abarcado pelos objetivos do AprenderSUS, deveria estar centrado na orientação dos cursos, apontando que o aspecto das DCN que mais diz respeito ao SUS é aquele que indica o perfil de formação dos profissionais e sua capacidade de oferecer atenção integral aos usuários das suas ações e serviços – fundamental para a conquista da qualidade e integralidade das práticas de saúde.

Tomando como alicerce as pesquisas do Lappis, o AprenderSUS reafirma que a integralidade da atenção supõe, acima de tudo, a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais, propondo estratégias para operacionalizar o conceito ampliado de saúde: profissionais mais capazes de realizar o acolhimento aos usuários, mais responsáveis por suas ações, mais sensíveis às dimensões do processo saúde-doença, incluindo aquelas que escapam ao recinto mais tradicional da epidemiologia ou das intervenções biomédicas.

Em outras palavras, a política proposta pelo AprenderSUS trazia a integralidade como eixo para a formação profissional na graduação, evocando sua potência transformadora para as práticas de saúde e para a continuidade da construção do SUS; “a integralidade era o conceito-chave para que a formação viesse cumprir seu papel ético de formar profissionais de e para a saúde” (CECCIM, 2010, p. 141).

O autor aponta que assumir uma política cujo principal desejo de mudança do “perfil hegemônico desde os anos 1940” – quando efetivamente se institucionalizou no Brasil as orientações flexnerianas – para a formação de profissionais com o “perfil da integralidade” constituía, antes de tudo, um desafio de convocar os sujeitos ao

compromisso público com a saúde. Tal política parece ter fornecido como produto mais relevante a constituição de atores em uma rearticulação dos movimentos em prol da transformação do ensino em saúde (CECCIM, 2010).

No propósito de buscarmos investigar a potência das ações de Extensão Universitária, reconstruímos as narrativas de estudantes de medicina pensando de que maneira a extensão pode contribuir para a discussão sobre a formação moral dos estudantes de medicina, buscando compreender que valores são suscitados em suas experiências de extensão.

Extensão Universitária e formação em saúde

A discussão sobre o papel da universidade situa-se num quadro de debate político que se constitui a partir de um espaço, no campo teórico, onde vários projetos mantêm permanente conflito. Muitos desses projetos apresentados à sociedade, mais das vezes, tornam-se sem efeito naquele momento específico, diante da resistência de diferenciados setores da sociedade. Outros, às vezes, voltam à cena política. Muitas das questões levantadas e propostas insistem em permanecer vivas e outras, inclusive, já estão sendo implementadas com a política atual do Estado. Nesse embate, entre outras questões voltadas ao ensino, à administração universitária e à pesquisa, está também a Extensão Universitária. Neste tópico, será tratada a questão da extensão do ponto de vista ontológico, ou características de suas distintas perspectivas alinhadas aos contextos históricos. Apontaremos ainda para a extensão no campo da formação em saúde, objeto deste estudo.

Ensino, pesquisa e extensão são componentes da metáfora do tripé universitário, classicamente utilizada para pensar a Universidade a partir de seus objetivos básicos de formação profissional, produção e disseminação de conhecimentos. Aí se insere a Extensão Universitária que, por sua pluralidade de significados, por vezes tensiona, borra ou reforça os limites dessa visão da Universidade.

A Universidade vem se institucionalizando em diferentes contextos – assim foi com o ensino, sua função mais tradicional, consolidada na transmissão de conhecimentos, oscilando entre formação cultural e formação profissional; assim foi também com a pesquisa, inserida na estrutura universitária como resposta às demandas sociais e de mercado a partir da Revolução Industrial no século XIX. No entanto, Castro (2004) afirma que a Universidade vem sendo objeto de inúmeros estudos, principalmente na contextualização histórica das atividades de extensão como finalidade institucional universitária¹⁰. Porém, poucos investigam a prática e o cotidiano dos projetos de extensão, sua influência na formação, na construção de conhecimento e como se dá a interlocução com a sociedade.

Embora contando com uma produção ainda incipiente, cada vez mais vemos o tema da extensão universitária se tornar objeto de estudos, discussões e formulações teóricas a partir de relatos de experiências. Nessas produções (SILVA, 2012; HENNINGTON, 2005; CASTRO, 2004; CALDERÓN; SAMPAIO, 2002; CALDERÓN, 2004; MOIMAZ et al., 2004; RODRIGUES; OLIVEIRA; ROBAZZI, 1994), percebemos uma variedade de sentidos que vão sendo atribuídos ao termo da extensão e ênfases em distintas concepções políticas acerca de seu papel.

De fato, o conceito de Extensão Universitária passou por vários matizes e diretrizes conceituais que se tornam evidentes em características de atividades extensionistas dentro de cada universidade, de maneira mais ou menos demarcada, em razão de cada história e projeto pedagógico. Tomando por base o pensamento de Paulo Freire, Serrano (2006) e Melo Neto (2001) nos ajudam a situar ao menos três matizes conceituais acerca da Extensão Universitária:

i. Extensão como transmissão vertical do saber

As principais características de atividades de extensão desse matiz conceitual relacionam-se diretamente com a ideia de autoritarismo, pois nas relações de poder-saber é a Universidade que detém um saber absoluto a ser transmitido. “Coisificando” o homem, o conhecimento é transmitido e não construído. Superioridade, messianismo e invasão cultural são termos utilizados por Freire que afirma “todos estes termos envolvem ações que, transformando o homem em quase

¹⁰ Castro (2004) cita autores que contam a história da Extensão: José Fagundes em “Universidade e compromisso social: Extensão, limites e perspectivas” (década de 80); Sílvio Paulo Botomé em “Pesquisa alienada, ensino alienante” (década de 90); e Ana Luiza Lima Souza com “A história da Extensão Universitária” (anos 2000).

‘coisa’ o negam como um ser de transformação do mundo” (FREIRE, 1992, p. 22). Ao desconhecer a cultura da população a que se destina, este matiz da extensão constitui-se antidialógica e manipuladora.

ii. Extensão como assistencial-voluntarismo

Em contraposição às práticas verticais e pontuais, as ações extensionistas passam por experiências com movimentos religiosos e sociais (principalmente o movimento estudantil). Principalmente na América Latina, a origem da Extensão Universitária se deu junto aos movimentos sociais. Merece destaque o Movimento de Córdoba, de 1918, quando os estudantes argentinos enfatizaram, pela primeira vez, a relação entre universidade e sociedade por uma perspectiva política, materializando propostas de Extensão Universitária que possibilitassem a divulgação da cultura a ser conhecida pelas “classes populares” (ROCHA, 2001; MELO NETO, 2001). O Movimento de Córdoba parece não ter influenciado diretamente a extensão no Brasil. Entretanto, Rocha (2001) afirma que suas bases foram retomadas na criação da União Nacional dos Estudantes (UNE) em 1938, e na concepção de extensão veiculada pelo movimento estudantil brasileiro.

No Brasil, anteriormente ao movimento estudantil organizado pela UNE, houve experiências de vinculação da extensão com as universidades populares, na tentativa de tornar o conhecimento científico e literário mais acessível. Com essa perspectiva, no início do século passado, surgem a Universidade Popular da Paraíba e a Universidade Popular de São Paulo. Sobretudo com a Universidade Popular de São Paulo, a experiência de extensão, a partir da organização universitária, inicia-se pela promoção de “cursos de extensão” com disseminação de conteúdos.

O Movimento Estudantil, através das mais diferentes formas, encaminhava suas propostas – principalmente pelos Centros Populares de Cultura da UNE –, desenvolvendo ações no sentido de “abrir a universidade ao povo” e, por outro lado, de “levar os estudantes à realidade” (MELO NETO, 2001; SOUSA, 2010).

Com a influência dos movimentos sociais, a extensão adquire um caráter mais processual por sua base mais ideologizada (seja pela política, seja pela Igreja), comprometida com a busca por mudanças na sociedade. Mesclando ação filantrópica com mobilização política, o movimento estudantil passa questionar as práticas dissociadas dos problemas locais e as ações verticais e pontuais

desenvolvidas pelas universidades até então, passando-se a buscar certo nível de interface com a cultura local.

O voluntarismo que caracteriza este matiz extensionista com uma natureza meramente político-ideológica – principalmente depois de revestir-se de leituras socialistas, anarquistas, liberalistas – passa a institucionalizar-se em posição de marginalidade acadêmica.

Para além das críticas ao voluntarismo benevolente, no pensamento freireano, podemos encontrar categorias que representam avanços nesses movimentos de Extensão: a utopia, o respeito à cultura local e a abertura ao diálogo.

Até a década de 1960, a institucionalização da Extensão Universitária no Brasil dava-se de maneira mais normatizadora, sob a forma de cursos, num matiz em que privilegia a difusão do conhecimento. Já durante o regime ditatorial, o governo militar instituiu programas de atuação esporádica, muitas vezes desvinculada das instituições acadêmicas. Com seu caráter esporádico, conservador e assistencialista, os estudantes eram levados a conhecer uma dada realidade sem estabelecer vínculos mais duradouros com o local. Expoente deste matiz integracionista nacional foi o Projeto Rondon.

iii. Extensão institucional-acadêmica

É importante ressaltar que, no começo da década de 1960, inicia-se um movimento na Universidade do Recife chamado Extensão Cultural, durante o qual Paulo Freire deu origem a suas teorias e métodos educacionais inovadores, abortados e proibidos durante a ditadura militar. Em 1964, meses depois de iniciada a implantação do Plano, o golpe militar extinguiu esse esforço. Freire foi exilado na Bolívia e trabalhou no Chile por cinco anos para o Movimento de Reforma Agrária da Democracia Cristã e para a Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação. Em 1967, durante o exílio chileno, publicou no Brasil seu primeiro livro, *Educação como Prática da Liberdade*, propagando sua pedagogia política dentro e fora do país.

Ainda assim é fato que as ideias e práticas de Paulo Freire passaram a fundamentar as bases de institucionalização da Extensão Universitária a partir dos anos 1980, com a redemocratização. Ganhavam força as discussões sobre extensão como via de mão dupla, relação dialógica e produção de conhecimento, tanto que o conceito de indissociabilidade das funções acadêmicas consta em um

artigo da Constituição Federal de 1988: “Art. 207. As Universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e Extensão” (BRASIL, 1988).

Em 1987, é estabelecido o Fórum Nacional de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras (FORPROEX), movimento que surge dentro do panorama dos movimentos de redemocratização. Tinha como pressupostos a eleição de dirigentes universitários pelo voto direto e o aprofundamento do debate sobre o compromisso da Universidade diante da sociedade por meio da discussão sobre um novo conceito de Extensão. O Fórum passa a ser um local de profícuos debates sobre a Extensão e caminhava na mesma direção das ideias que emergiam da constituição de 1988.

Em meados da década de 1990, o MEC, por meio da Secretaria de Ensino Superior (SESu-MEC), estimulados pelo Fórum, sinalizou com financiamento para linhas de atuação da Extensão. No entanto, o apoio foi descontinuado em 1996, aumentando as dificuldades para manutenção dos programas.

No mesmo ano, foi promulgada a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) (BRASIL, 1996), quando ficaram evidentes conflitos políticos-ideológicos que marcaram essa fase neoliberal no país. Castro (2004) rememora os conflitos em torno da discussão sobre a indissociabilidade: o MEC, ao formular propostas através do grupo executivo para a reformulação do ensino superior, defendia o fim da indissociabilidade, posicionando-se para a criação de “universidades do conhecimento” e “universidades do ensino”. Em contrapartida, o grupo da educação, na constituinte, sustentava a permanência do princípio da indissociabilidade na LDB.

De fato, o tema da Extensão Universitária foi tratado em outros documentos oficiais – como o Plano Nacional de Educação do ano 2000¹¹ e o Plano Plurianual de Educação referente ao triênio 2000-2003¹², além da LDB de 1996. Mas o tema ainda era tratado superficialmente ou sem avanços conceituais.

Em 2001, o Fórum apresenta o Plano Nacional de Extensão, que explicita as bases conceituais e políticas para o desenvolvimento da extensão por meio de uma “Universidade comprometida com a transformação da sociedade brasileira em

¹¹ Disponível em <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/pne.pdf> (acessado em 10/02/2012)

¹² Disponível em http://www.camara.gov.br/internet/comissao/index/mista/orca/ppa/ppa%202000-2003/ppa_rel_aval/007_Educa%C3%A7%C3%A3o.PDF (acessado em 10/02/2012)

direção à justiça, à solidariedade e à democracia” (BRASIL, 2001c). Desde então o Fórum se esforça para que se reconheça a importância das atividades de extensão e as incentive com maior apoio institucional e recursos financeiros. Em 2003, o Fórum consegue maior articulação com o governo e reedita o PROEXT (Programa de Apoio à Extensão Universitária), financiando 80 projetos e programas de Extensão. Outra conquista foi a ampliação do Censo da Educação Superior para incluir questões referentes à produção da Extensão e de prestação de serviços (CASTRO, 2004).

Ainda hoje, o debate dentro do FORPROEX diz respeito principalmente aos processos de institucionalização das atividades extensionistas e ao reconhecimento das mesmas pelas instâncias governamentais. Do XXX Encontro Nacional do Fórum de Pró-reitores de Extensão das Instituições Públicas de Educação Superior, realizado em novembro de 2011¹³, foi produzida uma carta que aponta metas para orientar futuras ações:

[...] após refletirmos sobre o caminho percorrido, avaliando sucessos e insucessos [...] consideramos que o fortalecimento da Extensão Universitária como atividade acadêmica, objetivo do FORPROEX desde o seu surgimento, exige redefinições nas políticas e práticas institucionais, tanto no âmbito das Instituições de Educação Superior como no âmbito do MEC e das agências governamentais que apoiam às ações de fomento, execução acadêmica, monitoramento e avaliação. (FORPROEX, 2011)

E continua ao listar os principais problemas a serem enfrentados:

Mesmo com os avanços para a inserção da dimensão Extensão na matriz orçamentária das IFES e do aumento dos aportes financeiros do MEC, inclusive com a redução do percentual de contrapartidas de 20% para 1% no âmbito das universidades estaduais nos convênios com o governo federal, enfatizamos ainda o estado de financiamento insatisfatório contínuo e irregular, pois a dependência do regime de editais não permite fluxo permanente das ações de Extensão de modo a tornar perene esta dimensão; [...] A finalização e formalização do Plano Nacional de Extensão como instrumento regulador e de suporte ao conjunto das ações de Extensão desenvolvidas no âmbito da Educação Superior brasileira requer urgência na sua efetivação; [...] Finalização do dossiê de avaliação da Extensão Universitária da Educação Superior pela comissão de avaliação do FORPROEX, com definição de indicadores, metodologias e instrumentos. Até o momento os instrumentos de avaliação da Extensão

¹³ Durante o 5º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, Porto Alegre – RS, reuniram-se: Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras; Fórum Nacional de Extensão e Ação Comunitária das Universidades e Instituições de Ensino Superior Comunitárias; e Fórum de Extensão das Instituições de Ensino Superior Particulares.

não permitem identificar se ocorreu a incorporação curricular das ações de Extensão no projeto pedagógico dos cursos; (FORPROEX, 2011).

Nota-se que o tema do reconhecimento junto à comunidade acadêmica e a necessidade de tornar-se visível às esferas governamentais continuam como objetivos a serem buscados nos movimentos do Fórum. O financiamento e a avaliação das atividades extensionistas são pautas priorizadas tanto na agenda interna como na externa.

Elaboração de uma minuta de regulamentação da Extensão como prática acadêmica que mobilize a comunidade universitária para pressionar o poder público a agendar esta demanda. (FORPROEX, 2011).

Consolidar uma política nacional de extensão pautada nos ideais e conceitos contidos no Plano Nacional de Extensão Universitária continua sendo uma luta do Fórum. Henriques (2011) afirma que a extensão tem seus princípios traçados no Plano Nacional, que em sua última edição (BRASIL, 2001c) a concebe como processo educativo potente para transformar a relação entre Universidade e sociedade, articulando o ensino e a pesquisa. Entretanto, o plano ressalta que a intervenção na realidade não tem o objetivo de levar a Universidade a substituir atribuições de responsabilidade do Estado.

Esse documento reconhece a potencialidade da extensão para estabelecer a troca de saberes acadêmico e popular. Como consequência, ela propiciaria a produção de conhecimento resultante do confronto com a realidade (loco-regional), bem como a democratização do conhecimento acadêmico e a participação efetiva da comunidade na atuação da Universidade. Além de instrumentalizadora desse processo teoria/prática, a Extensão é vista como um trabalho interdisciplinar que favorece a visão integrada do social e enfatiza o compromisso social da Universidade (HENRIQUES, 2011).

A Extensão deve ser realizada considerando o compromisso social da Universidade enquanto instituição pública, empenhada no equacionamento das questões que afligem a maioria da população, devendo ser realizada preferencialmente em articulação com as administrações pública. (BRASIL, 2001c)

Como anteriormente abordado, essa compreensão acerca da Extensão não foi sempre a dominante. Por exemplo, como nos lembra Henriques (2011), durante a

ditadura militar, com a Lei nº 5.540/68 da Reforma Universitária (BRASIL, 1968), a extensão foi tornada obrigatória em todos os estabelecimentos de ensino superior, mas com caráter de atividade desenvolvida por alunos, nem sempre com a participação docente. Sendo assim a Extensão ganha contornos numa dimensão mais assistencial, esvaziada de qualquer significado emancipatório, como uma forma de realização das políticas de governo.

De maneira geral, o Plano Nacional de Extensão busca maneiras de integrar a extensão ao campo acadêmico, dando visibilidade à sua potência educativa e científica, reconhecendo-a como espaço fundamental na produção de conhecimento contextualizado e socialmente comprometido – que vise à transformação (tanto da sociedade e como da Universidade). Espera-se que esse conhecimento seja construído dialogicamente com a população atendida, a ponto de ser possível refletir sobre a responsabilidade da Universidade no processo de democratização das relações sociais.

Interessa-nos a discussão sobre Extensão Universitária em sua articulação com a formação na área da saúde, principalmente na formação em medicina. Segundo Henriques (2011), o modo como tem sido apresentada nos documentos oficiais e nos relatos de experiência, a Extensão Universitária apresenta potencial de transformação dos processos de ensino-aprendizagem em saúde, em grande parte, do ponto de vista de sua ontologia, a extensão valoriza o território híbrido das práticas, além de sua configuração amistosa à interdisciplinaridade e integralidade do cuidado em saúde.

Torna-se ainda mais relevante refletir sobre a formação em medicina numa lógica do cuidado integral em saúde, justamente nessa condição tecnológica da medicina (SHCRAIBER, 2008), quando perdem cada vez mais importância as interações entre as pessoas, a convivência e os significados que estas dão a suas existências. Passa a ocupar mais centralidade o papel da educação, principalmente quando imbuída de uma dupla esperança: sua potência concomitantemente de renovação e conservação.

Propomos-nos a analisar processos formativos permeados por essa concepção de educação¹⁴: uma educação que preserva o que é tradição, mas que

¹⁴ De fato, o processo formativo é parte constituinte do que entendemos por “educação” de maneira geral. Aqui tomaremos o termo “educação” como perspectiva de **espaço de formação**, de produção de subjetividades, como processo de singularizar-se frente à pluralidade humana, incluindo, para além do aprendizado de

prepara para a liberdade de ações criativas, nas quais o cuidado com o mundo – que já existia e continuará a existir – constitui-se como ofício educativo fundamental.

A educação é o ponto em que decidimos se amamos o mundo o bastante para assumirmos a responsabilidade por ele e, com tal gesto, salvá-lo da ruína que seria inevitável não fosse a renovação e a vinda dos novos e dos jovens. A educação é, também, onde decidimos se amamos as nossas crianças o bastante para não expulsá-las do nosso mundo e abandoná-las a seus próprios recursos, e tão pouco arrancar de suas mãos a oportunidade de empreender alguma coisa nova e imprevista para nós, preparando-as em vez disso com antecedência para a tarefa de renovar um mundo comum. (ARENDR,2009a, p. 247)

Parece-nos necessário e urgente que esse senso de cuidado e responsabilidade – com o mundo e com os outros – seja refletido dentro do processo formativo em saúde, e aqui em análise, na medicina, como valores a serem exercitados em virtudes ético-políticas.

2 DESENVOLVIMENTO DE VIRTUDES: APROXIMAÇÕES FILOSÓFICAS

Este capítulo visa estabelecer um diálogo epistemológico¹⁵ de natureza interdisciplinar, no sentido de oferecer elementos coerentes com o campo da Saúde Coletiva, no que tange a inclusão de aportes filosóficos para se (re)pensar o desenvolvimento de valores e virtudes na formação em saúde em geral e, especificamente, na medicina.

A aproximação com esses aportes foi fruto de uma trajetória de participação em estudos e disciplinas do pesquisador no âmbito do Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis) – grupo de pesquisa do CNPq, que busca desenvolver, dentre outras linhas de investigação, novos aportes teóricos-conceituais e metodológicos capazes de contribuir nas funções essenciais da universidade voltadas para articulação das atividades de ensino, pesquisa e extensão/intervenção na saúde coletiva.

Na esteira desse percurso, assumimos o desafio de aproximar o pensamento filosófico de Hannah Arendt do campo da saúde, refletiremos sobre o cuidado enquanto ação política tendo como base a ideia da pluralidade humana. Ao final, abriremos chaves para a concepção arendtiana de “narrativa” que nos serve, ao mesmo tempo, como referencial epistemológico e metodológico neste estudo.

Filósofa e cientista política do século XX, Arendt dedicou maior parte de seus estudos ao tema das atividades que praticamos no mundo, em especial a práxis política, a ação e o espaço público. No entanto, as perplexidades vivenciadas pela pensadora desde o Holocausto da Alemanha nazista até o polêmico julgamento de Adolf Eichmann no início da década de 60, podemos dizer que determinaram os rumos dos questionamentos da autora no que diz respeito à conduta e à ação humanas e as relações entre política e ética: como aquilo pôde acontecer numa civilizada sociedade alemã com padrões morais supostamente firmes e estáveis? Como compreender que inimigos e, principalmente, amigos “viraram-se de costas” aos fatos, tornando-se colaboradores da engenharia da “fábrica de cadáveres” nos campos de concentração? Como Eichmann, condenado de guerra, e tantos outros,

¹⁵ Pinheiro (2007) nos ensina que uma abordagem que concilie filosofia, ciências sociais e saúde é justamente a aposta numa epistemologia dialógica, em que a articulação de conteúdos, como da filosofia e da política, por exemplo, apresenta-se produtiva e necessária ao desenvolvimento de uma maior capacidade de compreender o humano e seus fenômenos no mundo.

serviram a tal maquinaria como dentes de engrenagem, dizendo-se inocentes e alegando, burocraticamente, “obediência a ordens superiores”?

Ao refletir sobre o julgamento de Eichmann, Arendt afirma:

Os atos eram monstruosos, mas o agente – ao menos aquele que estava em julgamento – era bastante comum, banal, e não demoníaco ou monstruoso. Nele não se encontrava sinal de firmes convicções ideológicas, ou de motivações especificamente más, e a única característica notória que se podia perceber tanto em seu comportamento anterior quanto durante o próprio julgamento e o sumário de culpa que o antecedeu era algo de inteiramente negativo: não era estupidez, mas *irreflexão*. (ARENDR, 2009b, p. 18)

Arendt propõe, em *A vida do espírito*, uma análise acerca da faculdade de pensar e questiona se seria possível que a atividade do pensamento – enquanto “hábito de examinar o que quer que quer que aconteça ou chame atenção, independente de resultados e conteúdos” (ARENDR, 2009b, p. 20) – evitasse o mal? Arendt analisa a atividade do pensar socrático como um constante exercício de ciência de si, cujo próprio método descreve um fluxo contínuo de perguntas e respostas, dando visibilidade às experiências, a reflexão em excelência (ASSY, 2004).

A maiêutica socrática consiste justamente na maneira como Sócrates guiava os atenienses pelos caminhos do pensamento, revelando que esses respondiam sem pensar e nem refletir sobre o que estavam dizendo, apenas repetiam o que lhes era ensinado desde sempre. Dessa maneira, como que parindo ideias, desorganizando o estabelecido, Sócrates embaraçava os cidadãos de Atenas questionando sobre os sentimentos, as condutas e os costumes previamente modelados, que pareciam existir previamente por si, atemporal e naturalmente, provocando um deslocamento para a busca do significado verdadeiro (ou essência) das virtudes atenienses. Como e por que alguns costumes eram considerados bons e outros ruins? O que eram e o que significavam os costumes ensinados?

Segundo Assy (2004), Arendt assume a atividade do pensar socrático fazendo aparecer três elementos. De início, o pensamento socrático traz consigo a capacidade de provocar perplexidade e espanto, deslocando-nos do automatismo da vida cotidiana, fazendo-nos pôr em análise padrões estabelecidos, hábitos tomados como certos, incrustados no dia a dia. Um segundo elemento analisado é a

consciência de si, ou seja, a capacidade de pensar gerando a possibilidade de reviver experiências que apenas nós testemunhamos e que ninguém tem conhecimento. Dessa atribuição podemos *aparecer* para nós mesmos e, numa espécie de reflexão-alteridade, evocamos a pluralidade à tão solitária atividade que é o pensar. Nesse sentido, o pensamento abarca outros pontos de vista dentro de nós mesmos, fazendo dissipar qualquer indício de solipsismo. Por último, a faculdade socrática de pensar afirma a primazia do diálogo, da diversidade de pontos de vista e da pluralidade na formação de nossa *doxa* ou opinião, ou seja, da nossa maneira singular de ver o mundo e de produzir nossa existência.

A pluralidade humana é elemento central no pensamento arendtiano, pois é pelo encontro com outros que Arendt eleva as atividades dos Homens no mundo à *práxis* política, implicando os seres humanos em sua capacidade mais livre. Arendt acredita que a condição básica para a política é a *pluralidade* – esfera na qual todos somos iguais, porque pertencemos à mesma espécie, mas somos singularidades diferentes porque, ao mesmo tempo, somos seres humanos únicos e distintos. Para revelar essa singularidade, os seres humanos utilizam as palavras e os atos e, por esse motivo, Arendt afirma a ação política como a mais especificamente humana das atividades.

A imagem da *pluralidade humana* apresenta-se como condição duplamente: condição para o agir político – em que as ações precisam aparecer aos outros e serem compartilhadas com os outros – e para o pensar arendtiano – em que alargar a imaginação se transforma em pensar do ponto de vista de outra pessoa. Aqui se salienta uma afiada crítica às virtudes valorizadas na modernidade aguçadas pelo atual estágio do capitalismo: competitividade, liberdades pautadas nas individualidades e invasão do espaço público pela privatividade.

Arendt expõe argumentos em prol de uma virtude impregnada de liberdade, virtude essa que só se materializa como ação, num agir que aparece aos outros, num mundo que é comum aos homens.

[...] nossos padrões comuns de julgamento, tão firmemente enraizados em pressupostos e preconceitos metafísicos – segundo os quais o essencial encontra-se sob a superfície e a superfície é o “superficial” – estão errados; e a nossa convicção corrente de que o que está dentro de nós, nossa “vida interior”, é mais relevante para o que nós “somos” do que o que aparece exteriormente não passa de uma ilusão [...] (ARENDDT, 2009b, p. 46-7).

Podemos afirmar que, no sentido arendtiano, a virtude se apresenta no ato de aparecer aos outros; e porque é ação acontece no espaço entre-homens, no mundo da pluralidade humana, na esfera pública, em oposição às virtudes da interioridade isolada, tradicionalmente atribuídas às virtudes cristãs. Admitimos que a ação arendtiana exige o envolvimento de outras pessoas e, para ter alguma relevância, deve acontecer publicamente – em vez de privadamente. Mediante o agir político, as pessoas revelam quem são, quando “*ser e aparecer*” coincidem no espaço público.

Hannah Arendt, segundo sua própria experiência, foi despertada para as questões políticas pelos eventos extremos que aconteceram na Alemanha na década de 1930. O deslocamento de sua filosofia para as questões morais – ainda impregnada de filosofia política – deu-se à época em que a filósofa se ocupou do julgamento do oficial nazista Eichmann, nos anos 1960, responsável pelo transporte de prisioneiros para os campos e concentração. Não somente por Eichmann, a Alemanha testemunhou um colapso total da ordem moral por duas vezes: primeiro, a instauração das fábricas de cadáver pelos nazistas, e em seguida, após a derrota na guerra, tudo repentinamente voltar à normalidade.

Justamente por essas rupturas, em termos morais, que para Hannah Arendt, não há um conjunto de regras fixas absolutas e universais que regem a moral. Ao falar em moral, o que sempre esteve em questão para as filosofias morais – em muito influenciadas pelo pensamento cristão – é a capacidade de discernir entre o certo e o errado, entre o bem e o mal. Mas essas questões não se resolvem por meio de imposição de regras e normas de conduta. As virtudes não podem ser ensinadas como *mores* (“costumes” em latim) ou *ethos* (“hábitos” em grego), pois hábitos e costumes podem ser desaprendidos e esquecidos quando as novas circunstâncias exigem uma mudança nos modos e padrões de comportamento (como na Alemanha de Hitler). Além disso, uma vez preocupadas com o bem e o mal, as filosofias morais costumam buscar no próprio *eu* um padrão moral de conduta.

Da *Ética a Nicômaco* até Cícero, a ética ou a moral era parte da política, aquela parte que não tratava das instituições, mas do cidadão, e todas as virtudes na Grécia ou em Roma são definitivamente virtudes políticas. A questão nunca é se um indivíduo é bom, mas se sua conduta é boa para o mundo em que vive. No centro do interesse está o mundo, e não o eu. (ARENDR, 2004, p. 218)

Na perspectiva arendtiana sobre a política – que considera a pluralidade humana do mundo –, a ética se constitui como responsabilidade pelo mundo, “esse ponto em que decidimos se amamos o mundo o bastante para assumirmos a responsabilidade por ele” (ARENDR, 2009a, p. 247). A ética da responsabilidade, em Arendt, não se baseia em normas, não expõe regras ou imperativos a serem cumpridas, mas justamente superar qualquer norma moral pré-estabelecida, por meio de uma constante *reativação do pensamento frente às experiências*. O pensar é a faculdade humana que mantém o sujeito em coerência com o seu agir, possibilitando a não dissociação daquilo que é feito e a busca de significados disso para a própria vida, mantendo unidos o sujeito, a capacidade de tomar decisão e a ação.

Desenhamos uma compreensão filosófica de “virtude” seguindo as pistas de Hannah Arendt. Neste estudo – que objetiva investigar sobre repercussões de ações extensionistas na construção de virtudes durante a formação médica – são as narrativas dos estudantes de medicina que farão aparecer as questões a serem analisadas pelo pesquisador-ouvinte. O tempo, a lembrança e os valores estarão imbricados na ação de contar suas experiências em atividades de extensão, fazendo emergir no *ato narrativo* suas virtudes. No próximo capítulo, dissertaremos sobre o referencial epistemológico da filosofia arendtiana atrelado a sua perspectiva política e da utilização da narrativa como escolha metodológica.

3 PERCURSO DA PESQUISA A PARTIR DE NARRATIVAS: OBJETIVOS E TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Esta pesquisa se insere nos estudos no campo de Saúde Coletiva. Para Luz (2006), o campo da Saúde Coletiva é multidisciplinar, com uma crescente prática interdisciplinar, cuja construção teórico-metodológica de objetos é muitas vezes transdisciplinar, justamente por dispor de um aporte de várias vertentes das ciências sociais, das ciências exatas e das ciências da saúde.

Nesse sentido, partimos do pressuposto de que não há somente uma única tradição metodológica, tendo em vista a diversidade do objeto “saúde”. Isto nos coloca a tarefa de traçar criativamente estratégias de realização do estudo, sem abrir mão do rigor ao fazer escolhas metodológicas que permitam contemplar o objeto. Os processos metodológicos pressupõem escolhas epistemológicas, ou seja, tomadas de decisão na construção do conhecimento, o que confere ao pesquisador responsabilidade sobre o assunto. Isto posto, assumimos que método científico e objeto de pesquisa devem ser pensados em um movimento dialógico e processual. Não há um ótimo método *a priori*.

Compreender a experiência humana pressupõe uma tarefa de extrema complexidade, visto que o homem constitui-se em singularidade que pensa, sente e expressa sua existência na linguagem – que é fluida, processual, semelhante e distinta ao mesmo tempo – o que exclui a possibilidade de explicar os fenômenos narrativos como se elas mesmas fossem verdades absolutas e universais. Isso justifica a natureza sociofilosófica de abordagem qualitativa desta pesquisa.

A valorização da pesquisa qualitativa no campo da Saúde Coletiva relaciona-se diretamente à própria transformação da saúde pública, principalmente nos anos 1970, no encontro com as ciências sociais e seus métodos de pesquisar. Estudos sobre representação social do processo saúde-doença e cotidiano das instituições, influenciados pela antropologia e por abordagens etnográficas, contribuíram para uma diversificação de referenciais teóricos – para além da tradicional hegemonia estruturalista do campo (ONOCKO CAMPOS e FURTADO, 2008).

Além disso, com as mudanças ocorridas na área da saúde no Brasil, tanto nas políticas como na concepção e na atenção à saúde, tendo como marco o SUS, abordagens metodológicas mais tradicionais não têm sido suficientes para compreender e prestar visibilidade a essas práticas.

Em produções recentes, observa-se maior importância na adoção de abordagens narrativas (BROCKMEIER; HARRÉ, 2003) em temas relacionados à subjetividade (AYRES, 2009; LUZ, 2010; BARROS, 2011) e em estudos sobre itinerários terapêuticos (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, P., 2008; PINHEIRO; MARTINS, 2011). Todavia o modo mais comum de se estudar narrativas pertence ao campo da linguística, no qual inúmeros autores se detiveram ao entendimento do ato de narrar. Camasmie (2007) cita teóricos da semiótica¹⁶, que entendem a narrativa como uma modalidade específica do discurso, sendo analisado o sentido do que é narrado, atendo-se especificamente ao aspecto estrutural da narrativa, não se ocupando das relações entre os sujeitos que narram nem valorizando como os significados dessa atividade se inserem na vida humana.

As narrativas, fora de seu esquema tradicionalmente vinculado a estudos etnográficos, nos quais tomam um caráter mais descritivo e cronologicamente arranjado, poderiam contribuir na pesquisa qualitativa em saúde coletiva se explorássemos sua capacidade de dispositivo poroso de comunicação, se tentássemos 'densificá-las', se construíssemos novos olhares narrativos. (ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2008, p. 1095).

A narrativa arendtiana como escolha metodológica

Neste tópico, propomo-nos a uma dupla tarefa: refletir sobre uma metodologia de pesquisa que valorize a exposição do sujeito em fazer aparecer seus pensamentos acerca de suas experiências no mundo; ao mesmo tempo buscaremos constituir nexos com a perspectiva narrativa de Hannah Arendt, ou seja, abordar a ação narrativa numa dimensão política (KRISTEVA, 2002).

Através do discurso narrativo os Homens se expressam permanentemente sobre si e sobre os outros, enredando suas histórias e manifestando-se narrativamente no mundo. Como afirma Arendt (2010, p. 220): “a ação e o discurso são os modos pelos quais os seres humanos aparecem uns para os outros, certamente não como objetos físicos, mas *qua* homens”.

Como o falar e o agir só aparecem em meio a outros Homens, na pluralidade do espaço público, a narrativa, como atividade política, somente se pode materializar

¹⁶ São considerados fundadores da semiótica contemporânea o filósofo Charles S. Peirce (1839-1914) e o linguista Ferdinand de Saussure (1857-1913). A semiótica é uma disciplina que estuda as estruturas dos diversos sistemas de signos, mais especificamente às línguas e suas linguísticas, dentre as quais se inclui a narrativa.

aí, pois “nada e ninguém existe neste mundo cujo próprio ser não pressuponha um espectador” (ARENDT, 2009b, p. 35). Ao afirmar que o Homem, para assegurar-se como humano, necessita da companhia de outros que constituem o mundo, a autora evidencia a dupla condição do Homem: ser singular e plural simultaneamente. “Nenhuma vida humana, nem mesmo a vida do eremita em meio à natureza selvagem, é possível sem um mundo que, direta ou indiretamente, testemunhe a presença de outros seres humanos” (ARENDT, 2010, p 26).

Em outras palavras, qualquer ato humano, para aparecer no mundo, necessita de outros Homens porque, sem isso, perderia seu sentido político. É no âmbito público que os Homens podem ser vistos e ouvidos pelos outros. Assim, para que algo se materialize como realidade, precisa “vir a público”, precisa ser visto e ouvido não só pelo sujeito, mas por outros que compartilham no mundo, sendo “a presença de outros que veem o que vemos e ouvem o que ouvimos garante-nos a realidade do mundo e de nós mesmos” (ARENDT, 2010, p. 61).

O espaço da visibilidade é onde de fato o Homem singulariza-se. No discurso e na ação, o sujeito revela *o que* é – seus dons, qualidades, talentos e defeitos – ao mesmo tempo *exibe quem*¹⁷ é, sua singularidade única em meio à pluralidade humana. “Só no completo silêncio e na total passividade pode alguém ocultar quem é” (ARENDT, 2010). Contar a vida seria, em suma, o ato essencial para dar-lhe significado.

Segundo Aguiar (2001), o maior inspirador de Arendt na questão da “política da narrativa” é o filósofo contemporâneo daquela, Walter Benjamin. A comunicação e a oralidade são questões centrais também no pensamento de Benjamin. O autor entende a narrativa como expressão da experiência e afirma que a narrativa é uma forma artesanal de comunicação, que “não está interessada em transmitir o “puro em-si” da coisa narrada como uma informação ou um relatório. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele” (BENJAMIN, 1994, p. 205). Essa característica da narrativa talvez se aproxime da *práxis* aristotélica, na qual a ação (a fala), o sujeito que age (narrador) e a finalidade do agir (a narrativa em si)

¹⁷ “No momento em que queremos dizer *quem* alguém é, nosso próprio vocabulário nos induz ao equívoco de dizer *o que* alguém é; enleamo-nos em uma descrição de qualidades que a pessoa necessariamente partilha com as outras que lhe são semelhantes; (...) Essa frustração tem a mais estreita afinidade com a notória impossibilidade filosófica de se chegar a uma definição do homem, uma vez que todas as definições são determinações ou interpretações de *o que* o homem é e, portanto, de qualidades que ele possivelmente poderia ter em comum com outros seres vivos, enquanto sua diferença específica seria encontrada determinando-se que tipo de “quem” ele é.” (ARENDT, 2010, p. 226-227).

coincidem, ou seja, o amálgama que surge da fala e da experiência, como sabedoria prática, encontra-se configurado na ação narrativa. No entanto, Aguiar afirma:

Para ele [Benjamin], a narração possui uma dimensão utilitária, sempre propõe ‘um ensinamento moral, uma sugestão prática’, ‘conselhos’ e grande maioria dos seus intérpretes entende a narrativa como voz dos marginalizados. (...) [Em Arendt,] *storytelling*, é antes de mais nada, encontrar e trazer à luz o sentido nas indeterminadas e ‘caóticas’ experiências humanas. (AGUIAR, 2001, p. 224)

O pensar narrativo é crítico porque ele enseja, antes de mais nada, a troca de experiências, o *storyteller* (narrador ou contador de história) transforma a experiência em história. Kristeva (2002) ressalta a figura do espectador arendtiano, ao afirmar que o *ator*, em pessoa, sozinho, ainda que seu feito seja heroico, não constitui a ação maravilhosa, pois para sê-lo precisa ser compartilhado na memória dos outros.

Onde reside a memória? São os *espectadores* que ‘concluem’ a história; e isso graças ao pensamento vindo após o ato. [...] Não são os atores, mas os espectadores, se são capazes de pensamento e lembrança, que fazem da *polis* uma organização criadora de memória e/ou de histórias(s). (KRISTEVA, 2002, p. 76-7).

O valor da experiência está presente em boa parte dos escritos de Benjamin, em que ele procura conciliar experiência e memória para, a partir delas, tratar da importância da narrativa. Ou seja, a experiência existencial, proposta pelo autor, parte da memória do narrador para que esse possa construir a história a ser contada (GAGNEBIN, 2007). Nessa perspectiva, memória passa a se constituir um modo de experiência; um modo de ser e de existir do narrador e não somente um arquivo de informações. Isso se evidencia na atividade do contar lembranças, quando o que aparece são experiências de relações com as pessoas e coisas. Os fatos narrados jamais são destituídos de alguma experiência com um *outro*, pois sempre ocorreram com alguém, em algum lugar, em algum tempo.

A ação de recordar adquire, então, uma conotação de trazer os acontecimentos do invisível ao desvelamento. “A lembrança – por meio da qual tornamos presente para o nosso espírito o que de fato está ausente e pertence ao passado – revela o significado, na forma de uma história” (ARENDR, 2009b, p. 153). A narrativa, em vez de ser uma lembrança acabada de uma experiência, se

reconstrói à medida que é narrada. Narrar alguma coisa, nesse sentido, corresponde à elaboração benjaminiana de “intercambiar experiências”.

A memória permite que o passado seja lembrado na narrativa de experiências, não simplesmente como lembrança a ser contada. Para que a recordação de experiências seja compreendida como ação política – tanto em Benjamin como em Arendt –, a lembrança precisa se dar como atividade de compreensão de si em uma dimensão reconciliadora. Segundo Assy (2008, p. 81), “ao contar nossa própria história, podemos nos tornar o protagonista de *quem* somos e, assim, nos reconciliar com nossas experiências de vida”¹⁸.

Pelo fato de derivarem de experiências vividas por seres humanos, as narrativas devem permanecer vinculadas a essas experiências. Por outro lado, o que se torna manifesto quando falamos de experiências vividas nunca é a experiência em si, mas tudo o que diz respeito a ela quando pensamos sobre ela. “Pensar para Arendt tem um significado muito especial. Pensar não se equipara aos atributos clássicos da racionalidade científica, como uma faculdade cognitiva cujo critério é a verdade, onde os conceitos são apreendidos por meio de percepções passivas e que objetivamente levarão a um conhecimento verificável”¹⁹ (ASSY, 2008, p. 83). É a partir da experiência que o pensamento se elabora e na história contada que pensamento e experiência são compartilhados.

A narrativa contempla, ao mesmo tempo, a experiência contada pelo narrador e ouvida pelo outro, o ouvinte. Este, por sua vez, ao contar aquilo que ouviu, transforma-se ele mesmo em narrador, por já ter agregado à sua experiência a história ouvida. O fato de a narrativa manter percepções presentes na experiência narrada e conservar os valores – interpretados pelo ouvinte como virtudes aparentes – corrobora a narração como metodologia coerente com objeto e objetivos desta pesquisa.

Segundo Gagnebin (2007), ao se trabalhar com as narrativas dos sujeitos das pesquisas, estaremos não só participando da sua história, expressa na experiência refletida, mas estaremos, ainda, participando da sua reconstrução, através da profusão de significados, em função do seu não-acabamento essencial.

¹⁸ Tradução nossa do trecho em inglês: “By telling our own story, we may become the protagonist of *who* we are and thereby, as an outcome, we can reconcile ourselves with our life experiences”.

¹⁹ Tradução nossa do trecho em inglês: “Thinking for Arendt has a very particular meaning. Thinking is not equated with the classical attributes of rationality as a cognitive faculty whose criterion is truth and which apprehends concepts through passive perceptions leading to objectively verifiable knowledge”.

O entrevistado-narrador precisa ser entendido como um sujeito que busca no “ato de contar” as situações que muitas vezes queria ter tido ou que só descobriu depois. Com esta elucidação demarca-se que uma narrativa não é a verdade tal como aconteceu, mas uma interpretação da pessoa que também será por nós interpretada. Nesse sentido, a abordagem científica que parte de narrativas compartilha alguns dos princípios metodológicos da investigação qualitativa, mas que introduz algumas rupturas, como o fato de que a experiência vivida não é algo a ser captada, mas criada no próprio processo investigativo (RABELO, 2011).

Com efeito, o narrador *conta* sua experiência, e não somente “informa” sobre ela como verdades universais a serem desvendadas. O componente filosófico deste estudo talvez seja não produzir verdades como resultado final de um procedimento científico-metodológico, mas partir de verdades singulares que apareçam nas narrativas dos sujeitos. Ou seja, o pensar originando-se numa experiência de verdade oferecendo condições de operar cientificamente, pois “a verdade é sempre o início do pensamento; pensar é sempre sem resultado. A verdade não está no pensamento, mas é a condição de possibilidade do pensar” (ARENDT, 1995, p.52).

Nesse tópico, refletimos sobre a escolha metodológica de valorizar a exposição do sujeito em fazer aparecer seus pensamentos acerca de suas experiências no mundo, ou seja, investigar a narrativa numa perspectiva política. Partiremos agora para a descrição dos objetivos e do desenho metodológico, elucidando sobre a seleção do cenário e dos sujeitos da pesquisa e sobre a utilização das narrativas enquanto aporte metodológico para estudos qualitativos.

Dos objetivos

O objetivo geral desta pesquisa consiste em analisar as experiências de estudantes de medicina a partir de suas narrativas sobre a participação em atividades extensionistas e suas repercussões na construção de virtudes na formação médica.

Este estudo desdobra-se em objetivos específicos, quais sejam:

- Contextualizar os movimentos de crítica ao ensino médico no Brasil, a partir dos anos 50 e sua relação com a Extensão Universitária;

- Identificar as diferentes percepções que surgiram no campo sobre Extensão Universitária buscando os nexos constitutivos com a formação médica;
- Reconstruir as narrativas de estudantes de medicina sobre suas experiências em Extensão Universitária de modo a sublinhar os modos pelos quais as noções de moral, ética, virtudes e valores são culturalmente produzidos.

Narrando a trajetória do pesquisador...

A trajetória acadêmica do pesquisador motivou em grande parte a escolha do objeto e do cenário deste estudo. Ter sido graduado pela Faculdade de Medicina da UERJ (FCM-UERJ) e ter participado de experiências em projetos de Extensão trouxeram significados importantes para a compreensão da prática médica, não somente enquanto clínica, mas também seu papel social e político. Compreensão esta que foi menos construída nas aulas teóricas e no internato dentro do hospital universitário, mas em grande parte no cotidiano de atividades extensionistas. A extensão – que acontecia em estágios eletivos, mas com pouquíssima valorização dentro da escola médica – propiciou o movimento de experienciar situações junto às pessoas em suas casas, em suas comunidades, em suas cidades do interior, onde a pluralidade de cenários de aprendizagem e a interação com pacientes e estudantes de outras profissões auxiliaram na elaboração de questões e críticas acerca do modelo de formação em medicina. A escolha desta instituição se justifica tanto pela trajetória de formação do pesquisador, como pela facilidade para a coleta de dados.

Outro fato que auxiliou na delimitação do objeto no percurso do desenho desta investigação foi que em conversas informais com outros médicos sobre as questões que estavam norteadando este estudo, o pesquisador percebia uma espécie de “entusiasmo saudoso” nos médicos (e em outros profissionais de saúde) ao rememorarem suas experiências na extensão universitária²⁰.

Para atingir os objetivos mencionados, planejou-se como cenário da pesquisa o conjunto de projetos de extensão cadastrados pela FCM na Sub-reitoria de Extensão e Cultura da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (SR3-UERJ). No

²⁰ Um dos momentos importantes desse percurso foi o “XI Seminário do Projeto Integralidade” que aconteceu em Recife, em Setembro de 2011. Uma das mesas-redondas teve como tema a Extensão Universitária e o debate suscitou falas emocionadas dos profissionais e estudantes que participavam do evento.

entanto, a complexidade e pluralidade do que os sujeitos entrevistados referiam como “atividades extensionistas” nos fez ampliar a circunscrição do estudo para abarcar projetos e atividades desenvolvidos e executados pelos alunos em supervisão ou coordenação de um docente. Dessa forma foram entrevistados estudantes de medicina e médicos egressos que participaram de diferentes atividades extensionistas. Vale ressaltar como característica comum aos estudantes entrevistados as múltiplas inserções em diferentes atividades e/ou projetos extracurriculares, tornando esse campo de pesquisa ainda mais complexo, na medida em que um único sujeito atuou em diferentes cenários, muitas vezes concomitantemente. Para visualizar essa questão e possibilitar uma melhor compreensão acerca do contexto da pesquisa, destacamos algumas características dos sujeitos que participaram deste estudo. Segue abaixo um quadro (Quadro 1) que lista as múltiplas inserções em diferentes atividades extensionistas e que prenuncia os meandros das narrativas que se atravessam e são atravessadas nas histórias contadas pelos sujeitos.

Sujeito²¹	Idade	Ano de graduação	Projetos/Atividades de Extensão
Miriam	35 anos	Médica formada em 2004.	- PROSS e ELOSS (NESA) - Alunos na praça - Internato Rural (FCM)
Fernando	33 anos	Médico formado em 2007.	- Grupo com Vida (FCM) - Alunos na praça
João	30 anos	Médico formado em 2008.	- Cuidadores de Idosos (UNATI) - VER-SUS (MS) - Movimento Estudantil
Fábio	24 anos	Estudante de medicina, 6º ano.	- LIONCO (FCM)
Paulo	24 anos	Estudante de medicina, 5º ano.	- LAMFAC (FCM) - Ambulatório Social (FCM)
Amanda	23 anos	Estudante de medicina, 4º ano.	- LIONCO
Jorge	20 anos	Estudante de medicina, 3º ano.	- PET Saúde Mental - Movimento Estudantil, - Gruno Com Vida
Natália	21 anos	Estudante de medicina, 2º ano.	- Interculturalidade, Gênero, Direitos Humanos e Saúde (NESA) - LASMU (FCM) - Liga do Trauma (FCM)
Bárbara	22 anos	Estudante de medicina, 2º ano.	- HLV (FCM) - LIONCO (FCM) - LAC (FCM)
Emília	21 anos	Estudante de medicina, 2º ano.	- VER-SUS (MS) - Grupo Com Vida - LAMFAC - HLV

Quadro 1. Lista dos sujeitos entrevistados e suas inserções em atividades extensionistas

A seleção dos entrevistados baseou-se nas indicações de professores coordenadores de projetos de extensão e em recomendações dos primeiros entrevistados, prosseguindo na técnica de “bola de neve”. Os sujeitos foram contatados informando as indicações interpessoais de entrevistados anteriores, o que resultou em boa receptividade dos mesmos, confirmando o procedimento de outros estudos, como apontado por Schraiber (2008).

A escolha dos entrevistados obedeceu aos seguintes critérios:

²¹ Os nomes verdadeiros dos entrevistados foram mantidos em sigilo, seguindo as orientações do CEP/IMS/UERJ.

- a) seleção de oito graduandos em medicina, devidamente matriculados e que estivessem há pelo menos um ano participando de atividades extensionistas. Tentou-se buscar alunos do segundo ao sexto ano com o intuito de compreender as diferenças e peculiaridades de cada etapa formativa, além de poder ajudar o pesquisador a conhecer temporalmente as experiências formativas em atividades de extensão e suas conexões com os anos na graduação;
- b) seleção de três médicos egressos dessa instituição, que participaram de projetos de extensão em sua graduação. Selecionamos médicos formados a partir do ano 2001, por entendermos que foi nesta última década que a diversificação de cenários de aprendizagem e as atividades de extensão foram estimuladas pelas políticas educacionais do início dos anos 2000.

O conhecimento prévio de alguns dos entrevistados ou mesmo a simpatia – pela própria ligação de ambos, sujeitos e pesquisador, com o tema – longe de serem inconvenientes, foram favoráveis, pois a técnica investigativa escolhida se baseia na autenticidade narrativa do sujeito, cuja história o pesquisador quer conhecer e não avaliar, testar ou contestar.

Para tanto, o procedimento de coleta da narrativa se deu em etapas: primeiramente o contato com o sujeito indicado pressupunha fazer referência ao entrevistado anterior que o indicou, o que facilitou a disponibilidade de agendar a entrevista. Nesse momento, também se explicitavam os objetivos da pesquisa.

O local escolhido para realizar a maioria das entrevistas foi o Centro Acadêmico Sir Alexander Fleming (CASAF), por este contar com um ambiente confortável e pela disponibilidade de salas. Além de ser um espaço ao mesmo tempo institucional, mas eminentemente estudantil, era um local onde os entrevistados sentiam-se à vontade – ou por utilizarem frequentemente ou pela relação afetiva com o espaço por ter feito parte de sua história acadêmica, nos casos dos médicos egressos. Dois encontros não aconteceram no CASAF, porque esses entrevistados preferiram o ambiente de suas residências.

Reforçando a perspectiva ética deste estudo e em respeito às normas éticas destinadas a pesquisas envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)²² do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, representado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMS-UERJ, no início de cada

²² Número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 03677212.9.0000.5260

entrevista os sujeitos eram esclarecidos acerca deste estudo e da técnica de entrevista a ser realizada. O termo de consentimento informado (Anexo I) foi o instrumento utilizado para firmar esse compromisso inicial em cada entrevista.

Buscando um clima de cumplicidade, o investigador iniciava a entrevista com perguntas amplas sobre a trajetória pessoal do sujeito até o ingresso para a faculdade de medicina. Na medida em que este estudo não se propôs a estudar histórias de vida, esse momento da entrevista serviu mais como apresentação do sujeito e como prenúnciação do foco do interesse: o período da formação em medicina e as experiências formativas nas atividades de extensão. No entanto, foram fundamentais para a construção das narrativas as associações dos vários aspectos da vida: estudo, família, lazer, trabalho e ideologias mesclavam-se a angústias, esperanças e decepções. O sujeito se apresentava ao investigador-espectador em toda a sua complexidade.

Ao final de cada entrevista, o pesquisador utilizou um caderno de campo, com o objetivo de tomar notas sobre algumas impressões sobre o encontro. O caderno também foi importante para anotações durante o “II Fórum das Ligas Acadêmicas de Medicina da FCM-UERJ”, que aconteceu no dia 27 de agosto de 2012, durante o 50º Congresso Científico do HUPE. Esse fórum reuniu cerca de 40 alunos da FCM, além de professores e as coordenações de graduação e de extensão, para discutir o papel das Ligas Acadêmicas dentro da instituição. Foi um espaço onde o pesquisador pôde fazer contato com alguns estudantes e aproximar-se da coordenação de extensão, cujo auxílio como informante-chave foi importante para o campo de pesquisa. Algumas questões discutidas durante o evento ajudaram a tematizar elementos que serão abordados na discussão desta dissertação.

Apesar dos cuidados éticos tomados na relação com os entrevistados e de todos terem sido informados das peculiaridades deste estudo (o uso do gravador, as entrevistas longas, a possibilidade de novos encontros e o estímulo à narrativa livre), surgiram alguns impasses: por falta de empatia, por timidez excessiva do sujeito ou por inadequação na abordagem por parte do pesquisador, uma narrativa não foi passível de construção. Tal fato evidencia, por um lado, uma limitação do uso da narrativa em pesquisa. Por fugir das modalidades mais comuns de pesquisas de curta duração e que fazem uso de questionários padronizados, a ferramenta narrativa não se propõe somente a se debruçar sobre as informações contidas nos

relatos, mas o próprio modo de narrar (MEIHY E HOLANDA, 2010). Nesse sentido, pessoas com qualquer dificuldade de expressar narrativamente suas experiências tornam frágil essa técnica de investigação.

Schraiber (2008) aponta que investigações que se utilizam de narrativas trazem aspectos polêmicos quanto à sua tecnicabilidade, principalmente devido a fatores como “o instrumento de coleta de dados muito amplo, sua definição sob princípios operativos muito genéricos e a grande dose de decisões pessoais do pesquisador no curso de sua utilização no trabalho de campo” (SCHRAIBER, 2008. p 60). De fato, na bibliografia consultada, os métodos de investigação narrativa se apresentam de diversas maneiras – História Oral, Relato Oral, História de Vida Focal e Depoimento Pessoal – que, guardadas as devidas nuances, Minayo (2010) chama de “abordagens compreensivas nas pesquisas em saúde”. A autora afirma que apesar da grande contribuição para os saberes e as práticas em saúde, tais abordagens receberam e ainda recebem críticas de outras correntes de pensamento. E continua:

Por isso, entendo e defendo que os questionamentos trazidos pelas teorias compreensivas para o campo da saúde, quando não são tomadas em suas vertentes reducionistas, têm sido fundamentais para a promoção das interações entre todos os agentes do setor, para compreensão de fenômenos focalizados, locais e específicos e para humanizar o sistema de saúde. (MINAYO, 2010, p.106)

Dessa forma, os mesmos elementos polêmicos talvez sejam eles mesmos os mais produtivos – em termos científicos – na medida em que, por sua natureza, permitem melhor explorar a subjetividade como objeto de conhecimento, justamente por promover o resgate de dimensões subjetivas dos processos sociais, externalizando o pensamento sob a forma de narrativa.

Esse aspecto também é corroborado por Assy (2008), quando a autora ressalta que na linguagem podemos encontrar o elo que Arendt estabelece entre o mundo das coisas que aparecem e a interioridade invisível do homem.

[...] pensar é a atividade do espírito que dá realidade àqueles produtos do espírito inerentes ao discurso e para os quais a linguagem, sem qualquer esforço especial, já encontrou uma morada adequada, ainda que provisória, no mundo audível. Se falar e pensar nascem da mesma fonte, então o próprio dom da linguagem poderia ser tomado como uma espécie de prova, ou talvez mais como um sinal de que o homem é naturalmente dotado de

um instrumento capaz de transformar o invisível em uma “aparência”. (ARENDR, 2009b, p. 128-9)

Schraiber (1995) afirma que a natureza metodológica baseada em narrativas – especialmente seus estudos sobre o “médico e seu trabalho” – permitiu, não somente conhecer o pensamento de personagens técnicos acerca de processos sociais, mas revelar aspectos éticos em sua forma de pensar: a produção de narrativas mais livres, reconstituindo esse pensamento, “fez emergir o valorizado e o desqualificado, bem como o problemático e o natural, para as percepções singulares e para seu conjunto, o pensamento médico” (SCHRAIBER, 1995, p. 73).

Buscando justamente um modo no qual os sujeitos pudessem narrar o mais livremente suas experiências, realizamos neste estudo um total de onze entrevistas utilizando a técnica de entrevista em profundidade, contando com um roteiro de questões que estimulasse o sujeito a contar como foram suas inserções nos projetos. Uma das entrevistas foi descartada enquanto material coletado, por não ter sido possível constituir-se em narrativa, pelos motivos já expostos anteriormente. A quantidade de entrevistas gerou cerca de vinte e cinco horas de gravação, sendo a duração das entrevistas variada entre quarenta minutos e duas horas. Algumas narrativas foram coletadas em apenas um encontro, enquanto outras necessitaram de dois encontros. Os critérios que estabeleceram a quantidade e o tempo para cada entrevista seguiram a percepção do pesquisador em relação à saturação dos temas suscitados nas narrativas.

Ao longo da investigação, outros critérios para além da saturação foram sendo formulados, pois não podiam ser antecipados: a melhor maneira de se obter um relato narrativo ou o momento adequado para encerrá-lo foram decisões tomadas no desenrolar da entrevista, já que algumas questões estavam previamente traçadas pelo pesquisador, enquanto outras novas surgiram na própria interação com os sujeitos da pesquisa.

Associar, repetir, refazer as histórias, surpreender-se com a lembrança e o esquecimento foram constantes nas entrevistas narrativas. Mesmo que o investigador tivesse uma ideia geral da história a ser contada sobre a graduação em medicina e que cada participante da pesquisa tivesse suas próprias recordações, no encontro da entrevista ambas são refeitas: a maneira de contar, a pluralidade de

perspectivas, novos fatos e novas formulações sobre os efeitos da extensão universitária foram sendo produzidos de maneira totalmente original pela narrativa.

Apesar de o roteiro de entrevista (Anexo II) ter servido de guia para o pesquisador, o mesmo foi modificado permanentemente no desenrolar das entrevistas, de acordo com a avaliação subjetiva de cada diálogo. O roteiro, flexível, pressupunha alguns aspectos a serem tratados durante a entrevista, sempre pautados nas memórias, práticas e reflexões acerca das experiências do sujeito: a trajetória do sujeito até a entrada na faculdade de medicina; a formação em medicina em termos gerais; a participação em projetos de extensão universitária; a relação entre extensão universitária e a formação em medicina; a relação graduação-pesquisa-extensão. A busca pela compreensão de suas experiências foi constituindo nexos e elementos que faziam aparecer em suas narrativas os efeitos próprios dessas vivências refletidas – o que por vezes surpreendia o próprio narrador. Ou seja, algumas vezes os entrevistados eram tomados de surpresa ao refletirem sobre suas experiências no próprio ato de narrá-las. Em vários momentos da entrevista, o pesquisador estimulava a descrição de casos e histórias marcantes, de maneira a enriquecer as narrativas a serem construídas.

O gravador foi utilizado como instrumento fundamental para facilitar a transcrição do material coletado. A gravação permitiu ainda um maior aprofundamento dos elementos comunicacionais: pausas de dúvida, entonação de crítica ou ironia, entusiasmo, assim como fatos e reflexões trazidas pelo narrador que compuseram de maneira essencial a narrativa a ser produzida.

Transcrever as gravações é transformar com a máxima fidelidade a oralidade para a escrita. Isso constitui um processo trabalhoso e custoso, exigindo que se escolha um profissional competente para tal. A conferência do áudio com a transcrição exigiu do pesquisador cautela diante das correções, já que muitos termos utilizados na pesquisa se remetem ao universo da formação em medicina, que o profissional transcritor não necessariamente domina.

Apoiados em Dutra (2002), quanto aos procedimentos metodológicos narrativos, as entrevistas foram gravadas, transcritas e literalizadas. Meihy e

Holanda (2010) conceituam o processo de literalização por meio do termo *transcrição*²³.

O conceito de transcrição é uma mutação, ‘ação transformada, ação recriada’ de uma coisa em outra, de algo que, sendo um estado da natureza, se transforma em outro. A beleza da palavra composta por ‘trans’ e ‘criação’ sugere uma sabedoria que ativa o sentido íntimo do ato de transcriar. Fala-se de geração, mas não de cópia ou reprodução. Nem de paródia ou imitação. O senso estético encontra aí o colo que abriga aproximações sempre evocadas entre literatura e história oral. (MEIHY E HOLANDA, 2010, p.133)

A *transcrição* é o momento de “alargamento da imaginação” do próprio pesquisador em direção ao sujeito entrevistado. A *transcrição* aproxima o pesquisador dos significados e intenções que o narrador quer contar. A passagem do oral para o escrito compreende, antes de tudo, o bom entendimento do que foi falado, para que não se perca de vista o referencial do outro, o narrador. Metáforas, exemplos e trejeitos linguísticos devem permanecer no texto final para que a narrativa transcrita seja outra e a mesma, como uma tradução.

Ao construir narrativas dos estudantes pelo método da *transcrição*, foi possível produzir nexos de coerência entre esse processo e a narrativa arendtiana. Isso porque, ao transcriar narrativas dos estudantes, o transcriador precisa reconhecer o outro e suas singularidades narradas em forma de histórias e, ainda, exercitar “alargar” a imaginação e o pensamento de modo a caber o *storyteller* entrevistado no texto a ser transcrito.

Nesta pesquisa, o processo de *transcrição* foi bastante recompensador. Primeiro, porque dessa maneira o pesquisador pôde trazer, mesclado à estratégia metodológica, o prazer da atividade literária. Segundo, porque, ao transcriar as entrevistas, pôde atentar-se à humanidade das narrativas, às histórias e às memórias carregadas de emoção e significado, valorizando, dessa maneira, as experiências e os valores dos sujeitos. Ainda, a partir dos significados que se revelaram na experiência narrada e como produto das reflexões feitas pelo

²³ “Haroldo de Campos, poeta brasileiro, emprestou a ideia de recriação, dinamizando o processo de tradução de um idioma para outro. A isso chamou ‘transcrição’. A tradução do oral para o escrito, assim como uma tradução entre idiomas diferentes, não se opera com uma simples transcrição, especialmente quando se trata de um texto subjetivo. [...] Pessoas do Núcleo de Estudos em História Oral da USP se valeram do mesmo processo e o aplicaram às entrevistas em história oral.” (MEIHY E HOLANDA, 2010, p. 134)

pesquisador na sua trajetória de vida pessoal e profissional, o processo de *transcrição* revelou-se como diálogo textual entre o pesquisador e os sujeitos participantes deste estudo.

Posteriormente, as narrativas transcritas foram revistas pelos sujeitos, num movimento de devolução ao entrevistado a narrativa compartilhada. Esse foi um momento interessante, pois os narradores precisam apreciar, corrigir o que fosse necessário para que os mesmos pudessem validá-las de maneira a se reconhecerem no texto. Nenhum dos sujeitos solicitou modificações importantes no texto final, exceto por questões temporais ou de conexão de fatos. No processo de validação da narrativa, três entrevistados manifestaram gratidão por sentirem-se representados plenamente nos textos narrativos transcritos.

Cabe ressaltar que, como material empírico coletado e transcrito, as narrativas têm duplo caráter, como afirma Schraiber (2008): o dado empírico a ser interpretado é ao mesmo tempo resultado do estudo. Meihy e Holanda (2010) radicalizam ao considerar as narrativas em si, como resultados interpretativos das histórias. Esses autores afirmam que a apresentação das histórias completas dá sentido à ideia de colaboração e mediação, vislumbrando mais e melhor as possibilidades de interpretação e dimensionando a importância do tema tratado por meio da fala do narrador. No entanto, optamos por trazer no corpo da dissertação uma edição sintética²⁴ das narrativas, além de trechos considerados plurais em suas singularidades, associados a exercícios interpretativos por meio da análise temática. Segundo Minayo (2010), ao optar por uma análise temática, o pesquisador deve buscar núcleos que compõem uma narrativa, cuja presença signifique algo para o objeto analítico em questão. Dessa forma, buscaremos, na análise das narrativas, eixos temáticos que surjam nas histórias transcritas. Tais eixos serão interpretados e discutidos em capítulo que segue.

Apostamos que, ao reconstruir narrativas, nos aproximamos da tarefa de esclarecer dilemas de estudantes sobre suas práticas extensionistas na graduação em medicina. Apoiados em Rabelo (2011), sustentamos que essa abordagem ganha potência ao pensar sobre as experiências dos sujeitos no campo da educação. Uma vez que ao efetuar um olhar mais detido sobre o seu processo formativo – e

²⁴ No desenvolvimento desta dissertação utilizamos fragmentos e trechos singulares associados a relações interpretativas a partir da leitura do conjunto das narrativas. Alguns trechos foram mantidos mais longos que outros em virtude de abarcarem uma pluralidade de temas a serem analisados, enquanto outros trechos traziam temas para o debate mesmo em recortes menores.

especificamente, neste estudo, sobre as experiências em Extensão Universitária e na formação em medicina – os estudantes criam a oportunidade de refazer o seu percurso na forma de memória-lembrança. Isso permite que os desdobramentos desta análise revelem-se para estampar novos significados a experiências passadas de outros e reformular práticas futuras.

4 EXPERIÊNCIAS DE ESTUDANTES SOBRE FORMAÇÃO EM MEDICINA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: ANÁLISE A PARTIR DE NARRATIVAS

Neste capítulo, apresentaremos o exercício analítico desenvolvido sobre o material empírico coletado e construído durante a pesquisa de campo, à luz dos referenciais teórico-metodológicos utilizados. Ressaltamos que a distinção entre material teórico e empírico e a consequente busca de integração nas linhas que seguem refletem o próprio percurso do pesquisador: de um lado o referencial teórico fazia consonância com as histórias dos estudantes que iam se configurando narrativas; de outro, as mesmas narrativas iam produzindo chaves de compreensão que se abriam aos referenciais sociofilosóficos, de modo que um se tornava poroso ao outro na própria trajetória analítica da pesquisa.

Isto posto, a apresentação dos trechos narrativos são seguidos de nexos analíticos com os referenciais teóricos, estando o capítulo distribuído em três tópicos: o primeiro evidencia a pluralidade de perspectivas dos narradores entrevistados sobre a Extensão Universitária, o que nos permitiu verificar, dentre outros dados, a emergência e a institucionalização das Ligas Acadêmicas na FCM-UERJ; no segundo tópico, buscamos apreender das narrativas a relação entre Extensão Universitária e o conhecimento em saúde, sendo a experienciação um componente relevante que aparece nas narrativas; e, por fim, o terceiro tópico evidencia repercussões de ações extensionistas na construção de virtudes, evidenciando a potencialidade da Extensão Universitária como ambiente profícuo para o desenvolvimento de um senso ético-político fundamental para o cuidar em saúde.

4.1 Extensão universitária e a pluralidade de perspectivas sobre a relação teoria-prática e ensino-serviço

Na FCM-UERJ, assim como na maioria das universidades brasileiras, a Extensão Universitária não se encontra inserida na chamada “grade curricular”, sendo considerada, dessa forma, no âmbito das atividades extracurriculares. Taquette et al. (2003) desenvolveram um estudo nessa mesma instituição com o objetivo de avaliar ocorrência e intensidade da prática de estágios extracurriculares entre os alunos de medicina. As autoras constataram que os estágios

extracurriculares foram realizados por mais de 90% dos alunos. A principal motivação apontada para a procura de estágios extracurriculares foi a busca por um aperfeiçoamento prático. Outros relataram como motivo a falta de determinada atividade no currículo, enquanto outros citaram a necessidade de bolsa de estudos, ou seja, a necessidade econômica. Os motivos menos frequentes foram melhorar o currículo pessoal, conhecer um pouco mais sobre uma possível especialidade e trabalhar em comunidade.

No caso específico de práticas extensionistas, foco desta dissertação, observamos que, em suas narrativas, os alunos contam variadas motivações, mas aparecem principalmente a busca por aprendizados em situações práticas diferentes da sala de aula e a procura por atividades que não existem no currículo médico. No entanto, chama a atenção, nas narrativas dos estudantes, como se a vontade ou o desejo de participar de atividades comunitárias ou projetos coletivos fosse anterior ao ingresso na faculdade.

Uma coisa que marcava meus dias nessa cidade pequena era estar sempre engajada em algum movimento: gostava de estar no mutirão para matar o mosquito da dengue, nos grupos jovens da igreja... Tanto que eu cheguei a ser segunda catequista com treze anos de idade, dividindo uma turma de catequese... Hoje eu acho que sempre tive essa necessidade gregária muito forte dentro de mim, quase uma questão militante mesmo. Olhando para trás, enxergo isso desde que minhas memórias existem, talvez sete ou oito anos de idade: ser liderança de grupo de rua, ser a organizadora do jogo de handebol, ser representante da sala de aula... (Miriam)

Nesse trecho fica claro o que Pessoti (1996) chama de *sistema de valores* do aluno (PESSOTI, 1996). O autor afirma que ao mesmo tempo em que o aluno desenvolve valores a partir de suas experiências dentro da instituição formadora, outras experiências são revistas sobre um sistema de valores que já existe.

Eu estava no segundo ano do ensino médio quando decidi fazer medicina. Minha mãe não é médica, mas trabalhava na gerência de um plano de saúde, o que fazia da minha relação com os médicos um tanto conflituosa, já que eles eram chefes da minha mãe e, pelas histórias que ela contava, minha visão sobre a medicina não era das melhores... Então eu tinha, de certa forma, uma resistência em fazer medicina. Até que eu conheci um projeto, parecido com o Doutores da Alegria. Comecei a participar desse projeto onde eu morava, no interior do Rio. Comecei a frequentar o hospital, conhecer a rotina do hospital e os estudantes de medicina... Só então fui me encantar pela coisa da saúde. Quando eu escolhi a medicina eu tinha duas paixões: eu queria trabalhar também como uma 'doutora da alegria' ou alguma coisa que pudesse misturar isso com a clínica... (Natália)

Podemos considerar que é a partir de suas experiências anteriores que o estudante vai afirmar, criticar e refletir sobre valores previamente estabelecidos. E há uma expectativa que é a instituição formadora que precisa prover tais experiências. Por outro lado, grande parte das narrativas dos estudantes apontou para uma “decepção” ou uma “quebra de expectativa” logo no primeiro ano do curso. Na FCM-UERJ, assim como na maioria das escolas médicas brasileiras – apesar de já se notarem avanços – a formação ainda se baseia no modelo flexneriano, dividindo-se em ciclo básico e clínico, com pouca integração de conhecimentos, como constatado pela CINAEM (2000)²⁵.

Agora que passou, acho que vejo a faculdade dividida em momentos... Os dois primeiros anos da faculdade ainda passávamos longe dos pacientes, não fazia muito sentido isso... Uma coisa meio esquizofrênica... A faculdade era um esquiteamento do conhecimento, com pouquíssimos momentos de costura disso tudo. Eu não via muito sentido em estudar fisiologia e anatomia de maneira tão focada. Talvez alguns professores tinham uma ideia muito formatada e queriam formatar muito os alunos. Eu não me esqueço do dia em que me perguntaram, no primeiro dia de aula, na primeira aula de anatomia, que especialidade eu queria fazer... E a maioria dos alunos já tinha uma respotinha na ponta da língua?! Aí vem aquela imagem do estereótipo, do clichê, da formatação de todo mundo. Naquele momento fiquei me sentindo um pouco pressionado... (Fernando)

Nesse primeiro bloco da minha formação, eu vejo aulas sempre muito teóricas, muito distante das pessoas. Parecia que estávamos ali sendo formados para atender um cadáver ou um robô. Nos primeiros dois anos, a grade curricular praticamente te isola do mundo, com um discurso que você está sendo preparado para depois entrar, de fato, no lugar onde se aprende a lidar com o outro... Essa divisão é tão grotesca que os prédios onde acontecem aulas teóricas e práticas são separados. As aulas do ciclo básico são muito semelhantes às de química orgânica e inorgânica. As aulas de anatomia, bioquímica, estatística diferem pouco das aulas de animais vertebrados e invertebrados. São aulas muito parecidas no seu formato: com pouca liberdade, monótonas, onde existe um que fala, alguns que escutam, outros que dormem e outros chegam atrasados... E a diferença entre assistir uma aula e ler o livro em casa, sai ganhando quem dispõe esse tempo para ler o livro. Então esse foi o básico. (Miriam)

De certa forma, essa mesma “decepção” é narrada como uma das motivações para que se buscassem atividades mais práticas, ou que se aproximassem mais de suas expectativas acerca do que imaginam ser a prática médica.

²⁵ Embora, como já vimos em discussão anterior, as Diretrizes Curriculares Nacionais tenham repercutido em modificações em parte das escolas médicas (PINHEIRO, CECCIM, MATTOS, 2006; HENRIQUES, 2011), tais mudanças pouco interferiram na estrutura curricular propriamente dita (BARBOSA NETO, 2012).

O bloco inicial coincidiu com as cadeiras básicas, quando eu estava muito ligada às disciplinas da faculdade. O compromisso teórico era muito forte por causa da grade curricular... É onde eu tentava escapular, fazer alguma coisa fora do teórico no centro acadêmico, em organização de campanha de vacinação, em fazer a recepção de calouros... Foi quando eu entrei em contato com a extensão universitária. (...) No final tenho a sensação que fiz mais extensão do que graduação propriamente dita. Não sei se eu graduei, mas estender, eu estendi... Creio que fui tocada desde cedo pelas questões 'O que que te trouxe para a faculdade? O que você espera disso aqui? O que você está encontrando é o que você esperava?'... Acho que foi a decepção, de certa forma, com o processo de formação como um todo. A busca era muito grande por outros espaços e atividades diferentes daquelas que eram propostas no currículo formal. Uma vez que se coloca na balança as expectativas e as frustrações, tudo é motivo para buscar... (Miriam)

No início da faculdade, é tanta animação que tudo é maravilhoso. Mas logo a gente sente uma quebra de expectativa com o ciclo básico. Isso acontece com quase todo mundo. A gente acha que vai entrar na faculdade e vai ser médico. Mas não, a gente entra na faculdade e começa com coisas muito da biologia. Apesar de serem chatas e desestimulantes, Bioquímica e Biofísica e outras disciplinas do ciclo básico são mesmo necessárias, pelo menos é o que dizem. Às vezes o projeto de extensão é uma possibilidade que a gente tem de ser um pouquinho mais 'médico', mesmo no ciclo básico. " (Bárbara)

Basicamente, as aulas seguiam o padrão da medicina, onde os professores são muito bons profissionais, mas não tão bons professores. Algumas aulas eram bem maçantes. Eu nunca tinha dormido em sala de aula no ensino médio todo, agora na faculdade eu vivo dormindo e é muito vergonhoso, mas eu não sei o que acontece. Então tinha umas aulas que eram interessantes pela experiência do professor, mas para estudar a teoria mesmo era melhor ler em casa. Por toda essa teoria maçante, já no primeiro ano da faculdade eu entrei na Liga de Saúde da Família, a LAMFAC. (Natália)

Taquette et al. (2003) estavam preocupadas com a busca por estágios em hospitais que não o hospital universitário. De fato, a procura por plantões em unidades de terapia intensiva, obstetrícia e emergência em instituições externas à universidade, segundo o referido estudo, tem seu auge no quinto ano de formação. No entanto, por meio das narrativas foi possível inferir que os estudantes iniciam suas atividades "fora do currículo" desde o primeiro ano do curso, sendo que tal processo se intensifica nos dois anos seguintes. Ou seja, os três primeiros anos da faculdade de medicina constituem o período em que os estudantes relatam buscar mais as atividades extensionistas.

No trecho a seguir, podemos compreender a narradora que conta uma situação na qual, mesmo já ingressada no ciclo clínico – supostamente a etapa mais "prática" da formação médica –, ainda assim, sente-se "amarrada", por conta das

relações hierárquicas (e muitas vezes autoritárias) estabelecidas entre aluno e professor nesses espaços. Por esse motivo, a narradora busca por outros cenários de aprendizagem onde pudesse exercitar não somente raciocínios da prática clínica, mas sua própria produção enquanto sujeito.

Quero retomar os blocos imaginários em que eu vejo meu processo de formação. Existe um outro bloco que, pela grade curricular, seria a transição entre o teórico e o prático, quando se entra no cenário de prática. Há um problema grave aí, na minha opinião, pois o aluno entra nesse ciclo com as mãos amarradas, como se alguém estivesse o tempo todo dizendo: 'Você está aqui, mas não se mexa, não exista, não interfira nesse cenário!'... Como se isso fosse possível... 'Este cenário existe e, se você for bom o suficiente, um dia você fará parte desse cenário... Por enquanto, não se mexa...' Aí foi o momento de maior participação em extensão, de maior militância da minha vida, onde o contraste era tão grande entre o que eu imaginava que era a faculdade e o que eu enxergava, que eu precisei de outros espaços para existir. Eram espaços dentro da universidade, mas também eram fora: o centro acadêmico, os projetos de extensão, ir para comunidades... Em qualquer lugar onde pudessem fazer mais sentido as coisas que eu pensava. (Miriam)

Corroboramos o que Rios (2010) aponta ao analisar as relações pedagógicas em uma escola médica. A autora afirma que as dificuldades para a construção de um senso de alteridade se iniciam nas truncadas experiências intersubjetivas já nos espaços de formação, onde “o ambiente acadêmico da escola estudada (que nesse caso não a diferencia muito das instituições de um modo geral)” (p. 283) como um ambiente de desconfiança e deslizamentos éticos, relações superficiais e de caráter instrumental, oportunistas e interesseiras, o que recomendaria atitude de cautela e superficialidade nas relações. Ambiente esse em que o professor tem grande poder e o exerce de acordo com sua personalidade, numa escala que vai da mais absoluta empatia e respeito ao aluno à tirania e humilhação (RIOS, 2010).

Outro dado que emerge da análise das narrativas consiste em uma característica comum aos estudantes entrevistados: as múltiplas inserções em diferentes atividades e/ou projetos para além do currículo formal. Se por um lado, tal fato gerou nesta pesquisa a necessidade de ampliar o que o pesquisador pressupunha como “atividades extensionistas”, por outro, essa constatação traz imediatamente uma preocupação acerca do processo de organização curricular institucional.

Com uma carga horária total de quase 10.000 horas distribuídas num período de seis anos (contabilizando ciclos básico, clínico e profissional – chamado internato

– e desconsiderando os estágios em hospitais externos, inserção em projetos de pesquisa e em atividades de extensão – que são listados como extracurriculares), o curso de medicina é apontado como um importante gerador de estresse entre os estudantes de medicina. Furtado, Falconi e Clark (2003), assim como Lima, Domingues e Cerqueira (2006), dentre outros, citam pesquisas nacionais e internacionais que analisam a relação entre o processo de formação em medicina e a vulnerabilidade a transtornos psíquicos em estudantes de medicina. Quando analisam o estresse em alunos, tais estudos consideram, de um lado, a presença de certas características inerentes ao aluno que podem torná-lo mais vulnerável ao estresse como, por exemplo, perfeccionismo ou traços obsessivo-compulsivos de personalidade. Por outro lado, foram mencionados como principais causas de estresse as exigências acadêmicas excessivas e a falta de tempo para desenvolver outras atividades do âmbito afetivo.

Corroborando a vasta bibliografia mundial sobre o tema, Lima, Domingues e Cerqueira (2006) afirmam que o estresse na educação médica e suas possíveis consequências – como somatizações, depressão e suicídio – por vezes parecem ser negligenciados no contexto educacional, tendo em vista que os alunos continuam buscando atividades extracurriculares – e são estimulados a fazê-lo – mesmo não havendo, por parte das instituições, um debate mais amplo sobre uma carga horária real que extrapola as horas-aula das disciplinas, como fica evidente na narrativa abaixo.

Minha vida acadêmica sempre foi muito mais agitada no extracurricular... O curricular, as disciplinas, eu consegui tirar de letra. Sempre cumpri minha carga horária metodicamente... Nunca tive problema nenhum com a graduação, apesar da carga horária ir piorando um pouco quando a gente entra no internato, mas apesar de todas as atividades que eu fazia externamente, a graduação não foi prejudicada em nada. Na verdade sempre a coloquei em primeiro lugar: provas, trabalhos, o próprio conteúdo em assimilar, em entender tudo.

Claro que existem as exceções. Muitos serviços são muito ruins, as aulas são péssimas, mas eu sempre gostei bastante da graduação, do ensino. Sempre fiz as duas coisas em paralelo... Mesmo com aquela discussão do currículo paralelo, que algumas pessoas concordam e outras discordam. Eu particularmente acho que é tudo uma coisa só e eu realmente consegui fazer como uma coisa só. Levei a graduação junto com as outras coisas que eu fazia.

Sinceramente, eu não sei dizer o que me motivou a buscar atividades extracurriculares... Eu sempre gostei de fazer muita coisa, sempre fui do fazer... Para mim é uma coisa natural. Por outro lado, acabo me sobrecarregando... 'ah, eu gosto disso, eu gosto daquilo, eu vou pegando e vou fazendo'. Mas sempre fui de... fazer muitas coisas ao mesmo tempo.

Daí minha motivação até mesmo para entrar na faculdade de medicina...
(Fábio)

Apesar de a maioria dos estudantes de medicina alegar falta de tempo para atividades extracurriculares em razão da carga horária formal, Vieira et al. (2004) observaram que o envolvimento em atividades extracurriculares superava oito horas semanais, para a maioria dos alunos na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – achado confirmado por Peres (2006) e por Tavares et al. (2007), sendo este último inquérito realizado na Universidade Federal de Minas Gerais. Ocupar o pouco tempo livre torna-se uma constante para muitos estudantes, formando-se um comportamento paradoxal: embora reconheçam a necessidade de tempo para descanso e lazer, tratam de logo ocupar o tempo livre com outras atividades, às quais atribuem valor significativo a ponto de lhes tolher o descanso ou lazer.

A grade curricular da FCM-UERJ passou por uma reforma nos anos 2001 e 2002, em grande parte para adequar-se às novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Segundo relatório não publicado (FCM-UERJ, mimeo) – ao qual tivemos acesso por meio dos informantes desta pesquisa – as principais mudanças produzidas na estrutura do currículo foram, dentre outras: ampliação do internato de 12 para 15 meses; introdução da cadeira de Cirurgia Ambulatorial dentro da carga horária da disciplina de Cirurgia Geral; ampliação da carga horária da disciplina Ginecologia; ampliação do internato em Medicina Integral 12 para 15 meses; estágio em plantão geral no HUPE, que era oferecido de forma opcional, foi organizado em disciplina obrigatória; integração das disciplinas Clínica Propedêutica e Clínica Médica, sendo criadas as disciplinas Clínica Médica e Propedêutica I, II e III; ampliação da carga horária da disciplina Anatomia Patológica I, exclusão da disciplina Anatomia Patológica II e fusão dos conteúdos destas disciplinas; a Disciplina Informática Médica passou a ser obrigatória; criação das disciplinas de Medicina Integral, Familiar e Comunitária I, II e III (que será abordada mais detalhadamente).

Em 2001, foi alterado o calendário letivo com aumento de 15 para 22 semanas por semestre para que “áreas verdes” fossem criadas (FCM-UERJ, mimeo). Tais áreas verdes constituiriam períodos (manhã ou tarde) totalmente livres para o aluno. Marcondes (1996) afirma que melhor seria denominá-las como “tempo pró-aluno”, quando o aluno decide o que fazer nesse seu tempo: lazer, leitura,

atividades complementares etc. No entanto, nas narrativas dos estudantes, não ficou evidente a constituição concreta de áreas curriculares “pró-aluno” na FCM-UERJ, mas sim uma heterogeneidade na distribuição da carga horária, a ponto de o segundo ano do curso ser ironicamente chamado de “segundolândia”²⁶.

No segundo ano, que a gente chama de “segundolândia”, é um ano muito tranquilo quando a galera vai buscar fazer estágio, extensão, pesquisa etc. Foi o ano que eu participei de diversos projetos de extensão, dentre eles o PET e o Grupo Com vida. (Jorge)

No segundo ano da faculdade existem disciplinas, como Patologia, que se preocupam um pouco mais com o método de ensino... Mas no geral o 2º ano é um período meio parado, pois não tem muita matéria instigante. Na verdade, infelizmente, os assuntos são meio jogados nos alunos... Matérias como a de fisiologia, que deveriam dar base, acabam não ajudando muito. Talvez por conta de ter algum tempo livre e ter disciplinas muito distantes da prática médica, a gente começa com atividades em paralelo. Eu, por exemplo, eu comecei a dar monitoria de Biologia Celular e entrei na Liga de Oncologia... (Amanda)

Abríamos vagas para todos os alunos, mas creio que a predominância do segundo ano tenha a ver com a grade curricular da faculdade que dá mais espaço livre no segundo ano. Essa coisa dos “segundoanistas” é uma característica de quase todas as Ligas Acadêmicas aqui. (Fábio)

A “Segundolândia” é considerada pelos estudantes como um período menos importante no percurso formativo, em termos curriculares. Ao mesmo tempo, é o ano em que os estudantes relatam maior inserção em projetos extracurriculares. Além de evidenciar pouca integração entre atividades extensionistas e as salas de aula, este aspecto mostra fragilidades na constituição de nexos entre as experiências vividas no âmbito da extensão e no âmbito do ensino.

É uma pena o fato de os projetos [de extensão] não terem nenhuma repercussão nas disciplinas ou no currículo... Acaba tudo sendo realmente extracurricular. A grade do currículo de medicina é muito fechada. Então se eu não quiser fazer parte de nenhum projeto de extensão, não participo. O aluno acaba buscando por si e fazendo grande esforço para isso. Porque a grade em si não favorece em nada. Eu acho isso muito confuso porque, enquanto instituição, eu acho que a FCM apoia bastante os projetos de extensão. Tanto que esse ano foram três PETs [Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde], dois só aqui da FCM. [...] Há um apoio institucional aos projetos, mas não há uma reflexão sobre a relação entre graduação em si e extensão. Não vejo tentativas e estímulos reais para se tentar mudar alguma coisa curricular, para poder integrar as áreas, ou integrar teoria e prática utilizando essas experiências da extensão. (Jorge)

²⁶ Como referência jocosa ao parque de diversões “Disneylândia” e outros parques que utilizam o sufixo “-lândia” em seus nomes.

No que diz respeito ao ensino médico, as escolhas sobre o que será valorizado no currículo e que conteúdos serão selecionados se originam da concepção política e do projeto pedagógico que cada escola médica faz por meio de seus atores sociais. Assim como algumas disciplinas são valorizadas em relação a outras, o currículo também oculta certos aspectos da cultura que rodeiam a instituição de ensino.

Saippa-Oliveira, Koifman e Pinheiro (2006) nos lembram que, desde que a instituição escolar iniciou o uso da noção de *curriculum*, isso reflete a preocupação tanto com uma coerência estrutural em forma de disciplinas, quanto com o sequenciamento (ordem/ordenamento) dos estudos, levando a um controle sistemático e mais impessoal do funcionamento da educação escolarizada. Ou seja, o currículo insere-se enquanto produção social, há valores e interesses de várias ordens que levam à inclusão de determinados conhecimentos nos processos de formação. Essas escolhas expressam distintas visões sobre educação na formação em saúde e diferentes concepções nesse campo.

Nesse sentido, a construção de projetos pedagógicos e as decisões políticas para concretizar mudanças de paradigma na área da saúde apresentam-se como desafios ainda atuais para as instituições de ensino preocupadas em formar profissionais capazes de dar respostas às necessidades de saúde da população (GUIZARDI et al., 2006). Uma questão central para esses autores é de que maneira organizar o currículo para possibilitar a concretização dessa proposta.

Nas narrativas dos estudantes, as disciplinas ministradas pelo Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária (DMIFC) produzem efeitos diferentes de outras disciplinas, tanto no ciclo básico, como no internato. Itikawa et al. (2008) nos contam que desde o final da década de 1960, em meio aos movimentos renovadores da prática e do ensino médico, já apontados em capítulo anterior, foi criado no HUPE/UERJ o Ambulatório de Medicina Integral (AMI), inicialmente inspirado no movimento da medicina preventiva em desenvolvimento nos Estados Unidos. Na década de 70, o AMI foi reestruturado para proporcionar ao estudante um aprendizado do raciocínio clínico a partir da atenção ambulatorial, cujos aspectos biopsicossociais do processo de adoecimento eram postos em relevo junto às ferramentas biomédicas. Os autores afirmam que a institucionalização do AMI,

apesar de ter enfrentado a resistência de setores mais conservadores da universidade, consolidou-se aos poucos e foi assumindo progressivamente novas responsabilidades, culminando com a criação do atual departamento (DMIFC).

Neste contexto, e tendo as DCN por base, foi elaborado para a reforma curricular da FCM no início dos anos 2000, uma proposta de três novas disciplinas que seriam obrigatórias para a grade curricular do ensino médico da FCM: disciplina de Medicina Integral I, II e III, quando seriam abordados, respectivamente, conceitos e práticas em promoção e educação em saúde, para estudantes do 1º ano (2º semestre); fundamentos da organização da atenção à saúde e do SUS, para estudantes do 2º ano (1º semestre); e fundamentos da Medicina de Família e Comunidade e da Medicina Ambulatorial, para estudantes do 2º ano (2º semestre).

No trecho narrativo que segue, o aluno fala sobre as disciplinas do DMIFC como importantes para a grade curricular, corroborando o que Itikawa et al. (2008) descreveram em uma avaliação da cadeira.

No 1º ano da faculdade só tem aquela coisa chata de Anatomia e as disciplinas básicas que eu já estava acostumado a estudar por causa da minha formação técnica [no ensino médio]. A matéria que mais se tem algum contato com a prática médica é a Medicina Integral, no 2º período, que os professores têm investido muito nos projetos de apresentação da rede de saúde, de trabalhar mais com foco o paciente... Tem melhorado muito, porque as turmas anteriores diziam que era insuportável. (Jorge)

A escolha de ter selecionado estudantes de vários períodos e de médicos já formados, mas que ingressaram na universidade em 1999, possibilitou formar um panorama sobre as disciplinas da Medicina Integral, desde sua implementação em 2002 até o ano desta investigação. Tais disciplinas surgem nas narrativas de quase todos os estudantes entrevistados, sob diferentes aspectos. De um lado, a evolução em termos de organização pedagógica e de conteúdo foi apontada como uma melhora real do ponto de vista do currículo. Por outro, tais disciplinas foram se constituindo no decorrer do tempo como uma espécie de contraponto em relação às outras disciplinas do ciclo básico, principalmente no que concerne às tentativas de integração teórico-prática com os campos de vivências criados da própria cadeira.

No primeiro ano da graduação a gente tem uma disciplina de Medicina Integral, na qual há alguns debates diferentes das outras disciplinas, porque são mais dinâmicos e os alunos são levados para lugares fora da

universidade também. Lembro que a gente foi levado para uma comunidade e desenvolveu um projeto numa creche. Fizemos um diagnóstico de comunidade e produzimos uma atividade de educação e saúde... Foi muito interessante perceber que uma intervenção pequena, ou que a gente considera pequena, ao ser aplicada na comunidade, torna possível ver o retorno direto das crianças, se conseguimos ou não nossos objetivos. Essa disciplina ainda teve algumas atividades práticas, mas no geral é tudo muito teórico e em grande volume de matéria e assuntos para estudar. (Natália)

Eu também participei de um projeto muito legal que foi o Projeto Interdisciplinar de Diagnóstico Comunitário Voltado pra Ações de Educação e Saúde. Foi um projeto que foi originado no DMIFC, como proposta de atividade da disciplina Medicina Integral. Não foi de iniciativa dos alunos. Mas foi bastante interessante porque levou a gente para fora do centro urbano. Esse projeto acontecia em comunidades de Angra dos Reis e a ideia era a gente se familiarizar com um método de pesquisa que chama Estimativa Rápida Participativa, que é uma forma muito legal de você fazer um diagnóstico comunitário rápido. Com duas ou três visitas já se consegue ter uma ideia geral daquela comunidade e mesmo propor alguma intervenção. A gente não conhecia a localidade lá e são comunidades completamente distintas das que a gente conhece aqui no centro urbano. Esse projeto inclusive estava atrelado ao Internato Rural que acontecia em Angra dos Reis. Mas por uma questão da política de lá, com a secretaria de saúde, o projeto teve que acabar no meio. A gente acabou conseguindo chegar no diagnóstico comunitário, mas não conseguimos voltar lá para poder fazer as intervenções que a gente propôs. Mesmo assim foi bacana para conhecer uma outra realidade de saúde, formas de viver diferentes... (Paulo)

Essa última narrativa traz uma perspectiva interessante a ser posta em reflexão: na medida em que as DCN estimularam a utilização de metodologias que “privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência” (BRASIL, 2001a), disciplinas foram criadas com o objetivo de promover campos de práticas em serviços dentro e fora das universidades. Como já exposto em capítulo anterior, não somente pelo estímulo das DCN, mas no próprio campo da saúde coletiva, há um consenso sobre a importância da integração teoria-prática para a formação em saúde.

Durante o 50º Congresso da Associação Brasileira de Educação Médica²⁷, o pesquisador constatou uma grande quantidade de trabalhos de diversas faculdades do país mostrando a construção de disciplinas com caráter mais prático, propostas de diagnósticos comunitários, intervenções de educação e saúde, visitas a unidades do SUS e a outras instituições como creches, asilos etc. A propósito de um exemplo,

²⁷ De 11 a 14 de outubro de 2012, em São Paulo – SP, aconteceu o COBEM, evento do qual o pesquisador participou e pôde fazer análises de temas discutidos durante o congresso.

Fernandez (2009) analisou em sua dissertação de mestrado a implantação – no curso de Nutrição da Universidade Federal Fluminense – de um conjunto de disciplinas chamado “Prática Integrada”. A autora afirma que as Práticas Integradas passaram a constituir um desafio para o currículo renovado durante os anos 2000, na medida em que a disciplina, introduzida a partir do segundo período do curso, propõe o seu desenvolvimento partindo de situações vividas pelos alunos nas instituições onde existe atuação do nutricionista.

No contexto da FCM-UERJ, as disciplinas de Medicina Integral estão em consonância com essa tendência.

Um ponto marcante que não posso deixar de mencionar é o quanto quase todas as disciplinas do ciclo básico são muito mal conduzidas. Os professores são muito desinteressados em aproximar o assunto da área médica mesmo.

Uma disciplina que se mostra bem diferente das outras nesse ciclo básico é a disciplina da Medicina Integral, no 2º semestre. Apesar de eu ter ficado um tanto perdida em relação ao conteúdo, eu me lembro de uma coisa: foi a primeira vez que eu fiz um vídeo na faculdade. Eu adoro fazer vídeo. E o primeiro vídeo de todos eu fiz por causa de um trabalho dessa disciplina do AMI. A tarefa do grupo era fazer um trabalho de Educação em Saúde, a gente escolheu falar sobre higiene infantil. Foi no orfanato Romão Duarte, que fica ali no Flamengo. Foi muito interessante porque, antes de tudo, tínhamos o planejamento de fazer sete atividades e só conseguimos fazer duas. Eu levei umas amigas de fora da faculdade para me ajudarem, uma delas já tinha sido monitora infantil e era claro o domínio dela sobre como lidar com as crianças... Mas logo em seguida eu entrei na onda e aprendi rápido... Foi interessante também ver como as crianças realmente participavam. Outra questão marcante também foi o contraste de realidade: a realidade das crianças e a nossa realidade. Uma das crianças me chamou de mãe. Fiquei um pouco assustada, mas logo continuei agindo como se ele não tivesse falado nada... Foi a solução que eu arranjei... Até hoje eu não sei se ele falou para provocar, porque ele tinha uns oito ou nove anos e já tinha noção de que eu não era mãe dele.

Foi muito marcante a proposta da medicina integral de trazer essa experiência de criação de projeto de extensão, de atividades fora da universidade. Na realidade essa disciplina é justamente para trazer essa ideia de planejamento, a questão de como escolher o público alvo, de como que você vai montar suas atividades, isso eu aprendi lá. Realmente foi um grande aprendizado. Inclusive me lembro de ter assistido uma palestra no HUPE falando sobre métodos para realizar atividades de educação e saúde, mas é a prática que realmente traz outra visão de tudo. Você pode discutir o projeto com o professor várias vezes dentro da sala de aula, inclusive tenho lembranças memoráveis de discussões com a professora e vários alunos – a professora queria de um jeito, os alunos queriam de outro, e discutíamos bastante –, mas quando chegava na hora ‘h’ e o projeto tinha que mudar completamente... É muito interessante a gente ver que começou com uma proposta inicial de atividades e saiu de lá conseguindo fazer somente metade do que tínhamos planejado. Mas achei que o resultado foi muito positivo, porque isso também é aprendizado.

Um período depois, na Medicina Integral II, um professor pediu para a gente fazer um vídeo falando sobre o SUS. Escolhemos a linha de cuidado de uma pessoa com Diabetes tipo 1. Decidi, então, fazer um vídeo, tipo um

documentário, falando sobre a linha de cuidado, de como ela deveria funcionar, de como ela funciona na realidade. A gente utilizou depoimentos de dois pacientes: uma amiga de uma aluna e um paciente do HUPE. Foi ótimo porque pude utilizar minhas habilidades em vídeo e isso me deixou muito feliz, porque, como disse antes, era um dos poucos momentos que eu podia usar minha criatividade, liberdade de expressão artística, mesmo dentro da faculdade. De resto você só faz prova e estuda. (Amanda)

A disciplina Medicina Integral faz uma coisa muito interessante com a questão da teoria e da prática. Ao mesmo tempo em que se enfocam os conceitos da Medicina de Família e Comunidade discutindo em sala de aula, temos também a parte prática da disciplina. Cada grupo vai para uma comunidade do Rio. Lembro que meu grupo foi para o morro da Formiga, onde a gente conheceu o lugar, visitou algumas famílias, aplicou um questionário que a gente tinha produzido para ter o mínimo de noção de onde é que a gente podia propor alguma intervenção de saúde, ou para melhorar o acesso à saúde da população... A base era o posto de saúde, onde a gente conheceu os profissionais e os agentes comunitários. O projeto de intervenção não deu muito certo porque tínhamos uma prova de anatomia no dia seguinte da data agendada, então preferimos remarcar para um sábado, que acabou indo pouca gente da comunidade... Mas o processo de planejar foi muito interessante. Por exemplo, pensar em como o outro fala para a gente poder falar parecido, se fazer entender... A coordenadora chamava muito a atenção para isso. Algumas atividades dessa disciplina de Medicina Integral parecem verdadeiros projetos e de extensão. (Bárbara)

À medida que as disciplinas como a Medicina Integral vão assumindo metodologias ativas de ensino-aprendizagem, durante as quais os alunos são levados para cenários de aprendizagem diversificados, há de se pensar o papel da Extensão Universitária frente a esse processo. Se os campos de prática das cadeiras são entendidos enquanto atividades extensionistas, torna-se fundamental refletir o lugar da extensão universitária na formação em saúde. Por certo que refazer as estruturas pedagógicas das disciplinas e torná-las mais porosas ao “mundo da vida” são estratégias importantes para o ensino da medicina. Contudo, as disciplinas têm um tempo, objetivos e propostas bastante distintos do que têm os projetos de extensão. Enquanto as atividades práticas das cadeiras tendem a propor intervenções mais pontuais, com planejamentos mais longos para tais atividades – cujo foco está no processo formativo dos estudantes –, os projetos de extensão visam propostas mais longitudinais, cujos objetivos precisam também estar voltados para a comunidade atendida e o aprendizado do aluno passa a ser parte do processo de experienciar planejamento, intervenção e avaliação.

Esse “borramento” das fronteiras entre extensão universitária e a sala de aula – produzido recentemente por estímulo das DCN nas instituições de ensino – torna-

se ainda mais evidente na pluralidade de perspectivas que emergem das narrativas dos estudantes sobre como tem-se dado a conformação da Extensão Universitária. Evidencia isso o fato de uma das principais propostas da coordenação de extensão da FCM-UERJ se firmarem no apoio à formação de Ligas Acadêmicas.

Segundo Hamamoto Filho et al. (2010), há registros de criação de Ligas desde os anos 1920²⁸. No entanto, os autores afirmam que a intensificação do surgimento de Ligas Acadêmicas em escolas médicas brasileiras data dos últimos dez anos. Tal crescimento foi tão expressivo que propiciou a criação de organizações regionais, estaduais e mesmo nacionais, como o Comitê das Ligas Acadêmicas da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, o Comitê Brasileiro das Ligas do Trauma, a Sociedade Brasileira das Ligas Acadêmicas de Clínica Médica, entre outras. Todavia, o maior marco foi a criação, em setembro de 2006, da Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina (ABLAM) (PÊGO-FERNANDES; MARIANI, 2011).

“Definidas como um grupo de alunos que se organiza para aprofundamento didático em determinados temas, as ligas fazem parte do dito currículo paralelo²⁹ do estudante de medicina” (HAMAMOTO FILHO et al., 2010, p. 161). Nas ligas, estudantes recebem aulas teóricas sobre determinado assunto, organizam cursos e simpósios, desenvolvem projetos de pesquisa e participam de atividades junto a serviços médicos ou à comunidade.

A proliferação das ligas em todo o país coincide com as reformas curriculares, estimuladas pelas DCN. Hamamoto Filho et al. (2010) sugerem como explicação possível para isto a busca dos estudantes por complementação de conteúdos num contexto de currículos que talvez não lhes transmitam segurança. Esta hipótese é reforçada com os dados de Tavares et al., que apontam como principal motivação para a busca de atividades extracurriculares a aquisição de maior experiência clínica.

Por outro lado, Peres et al (2006) e Vieira et al. (2004) ponderam que o envolvimento de alunos em atividades extracurriculares não representa uma tentativa apenas de preencher lacunas curriculares, mas também de integrar-se com

²⁸ A primeira Liga Acadêmica brasileira foi criada em 1920, na Faculdade de Medicina da USP – São Paulo, sendo a Liga de Combate à Sífilis. Na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, a criação da primeira Liga ocorreu em 1957 (HAMAMOTO FILHO et al., 2010).

²⁹ Currículo Paralelo constitui o “conjunto de atividades realizadas pelos estudantes que não constam no rol previsto e preconizado oficialmente pela instituição de ensino” (REGO, 2005, p. 58).

colegas e de atender a indagações profissionais ou ainda funciona como estratégia de adaptação e combate ao estresse gerado no próprio processo de formação em medicina.

Na FCM-UERJ, as Ligas são de ocorrência recente, desde 2008, quando os alunos iniciaram a formação de grupos independentes da faculdade para discutir temas, propor atividades, em consonância com o que estava acontecendo em outras escolas médicas, principalmente em São Paulo, onde o debate e a institucionalização de Ligas Acadêmicas já vinha acontecendo desde a década de 90 – como na Universidade Estadual Paulista de Botucatu e a Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto.

Na verdade, eu tive a vivência de todo esse processo de Ligas acontecendo aqui na UERJ, desde a primeira Liga que começou em 2008, até o *boom* que a gente teve em 2009, e que continua até hoje. Era um movimento novo no Rio de Janeiro que ninguém conhecia direito. Um aluno do terceiro ano, que era de São Paulo, trouxe a ideia das Ligas que já era tradição nas faculdades de medicina paulistas. Esse aluno veio com a ideia de fazer uma Liga de Trauma... A direção concordou, uma professora aceitou ser a coordenadora e o processo começou a se desenvolver. Logo isso se tornou uma febre e vários outros estudantes começaram a se mobilizar também para fundar outras Ligas. Eu fui um desses.

Como sempre tive interesse na área de oncologia, eu comecei a organizar o embrião de uma Liga de Oncologia. Durante seis meses, o segundo semestre inteiro de 2008, foi um preparativo enorme para constituir a LIONCO. Nós, alunos, sempre buscando professores da faculdade e do hospital universitário para ajudar nesse processo até que encontramos uma professora para coordenar a Liga. (Fábio)

Essa ideia de extensão dentro das Ligas vem crescendo nos últimos anos: em parceria estão as Ligas, a DLU, a coordenação de extensão... No início era uma iniciativa só dos alunos, mas a gente transformou isso em uma coisa que está vinculado a um projeto acadêmico dentro da FCM. Hoje existem várias: Liga de Trauma, Liga de Medicina da Família e Comunidade, Liga de Oncologia, Liga de Radiologia, Liga de Medicina Complementar e Integrativa, Liga de Cardiologia, Liga de Infectologia, Liga de Cirurgia Geral, Liga de Anestesiologia, Liga Medicina Intensiva... Todas atuando, sendo que umas mais, outras menos... Umas mais voltadas para o ensino, cursos e palestras, outras para atividades extensionistas. (Paulo)

Por meio das narrativas, podemos inferir que o “movimento” de constituição de Ligas estudantis na FCM-UERJ parte dos alunos, mas quase concomitantemente é institucionalizado junto à coordenação enquanto projetos de extensão. Se por um lado isso possibilita maior supervisão acerca das atividades das Ligas, por outro, compreendemos este como mais um “borramento” de fronteiras no que diz respeito

à Extensão Universitária: as Ligas Acadêmicas passam a ser uma das principais linhas de práticas extensionistas da instituição.

A partir de então, minha vida universitária praticamente ficou por conta das Ligas, em especial em relação à extensão. Ou melhor, a gente acabou identificando na extensão a possibilidade de colocar as Ligas de um modo institucional. Apesar de a Liga não ser, necessariamente, apenas atividades de extensão, ela também abrange (ou deveria abranger) a extensão como qualquer movimento universitário. Mas foi como projeto de extensão que a gente conseguiu se vincular. (Fábio)

Eu considero a Liga como extensão universitária. Primeiro, porque é algo extracurricular. Pelo menos a extensão universitária aqui na UERJ, é uma atividade extracurricular. Segundo, porque as atividades que praticamos nas Ligas, muitas são fora da universidade. E também porque o aprendizado que a gente tem nessas atividades extensionistas dá uma visão diferente da que a gente tem na graduação. Então para mim isso é uma extensão. É uma coisa diferente das aulas, da graduação. E há inclusive uma discussão dentro da faculdade para pensar as Ligas. Eles usam muito o regimento da Universidade, o que está escrito, para definir o que é extensão e o que não é. E muitas ligas quando estavam sendo criadas eram, na verdade, cursos de extensão e não Ligas Acadêmicas. E outras nem podiam se considerar como extensão porque repetiam a graduação, por exemplo, a Liga de Cardiologia daqui, ela tinha interesse de aumentar o tempo de contato com a cardiologia, porque a gente tem incríveis nove dias contados de cardiologia na faculdade inteira. Então a Liga dava mais um ano. Mas era exatamente o que a gente fazia na graduação, aí isso não pode ser considerado de extensão. Ou então quando a Liga não tinha nada, só aula teórica de temas que não foram abordados na graduação. Isso é um curso e não atividade extensionista. Há esse debate na própria DLU. (Paulo)

O debate a respeito das repercussões das Ligas na formação do médico tem crescido nos últimos anos, tanto que alguns eventos e congressos de educação médica³⁰ reservam um espaço para essa discussão, que também tem recebido alguma atenção da literatura mais recentemente.

Quando entendidas, porém, no contexto de currículo paralelo, com prejuízo e subversão da estrutura curricular formal, as Ligas Acadêmicas passam a ser bastante criticadas, especialmente pelas comissões de graduação. Risco adicional à formação médica pode ser oferecido quando as Ligas reproduzem vícios acadêmicos e se tornam espaço para especialização precoce.

Os temas de oncologia são abordados de forma fragmentada na faculdade e, dentro da LIONCO a gente tenta reunir os principais assuntos integrando a atividades práticas. Há uma liberdade de a gente criar o nosso próprio projeto, de fazer a nossa própria atividade. (Amanda)

³⁰ Referimo-nos em especial aos últimos congressos da ABEM, além de simpósios e fóruns regionais, como já citados anteriormente.

No caso da Liga de Oncologia, a gente começou a criar as atividades baseados no que achávamos importante para nossa formação. Primeiro porque não existia uma disciplina de oncologia (ainda não existe uma disciplina formal de oncologia no hospital). Segundo porque temos um ensino do câncer muito picotado, muito superficial, de forma bem genérica ao longo das cadeiras. Por outro lado, a gente não queria que fosse uma especialização precoce porque não era esse o objetivo. Então a gente se preocupou em fazer um curso teórico com algumas atividades práticas, que envolvessem os aspectos mais básicos de prevenção, rastreamento, diagnóstico precoce, e claro, com as noções básicas de tratamento dos principais tumores. (Fábio)

Então no momento eu sou ligante da LIONCO. E acho muito importante, porque realmente é uma disciplina que a gente não tem aqui na FCM. Por mais que a gente tenha um Centro Universitário para controle do câncer, com uma tecnologia superavançada, os alunos não têm muito acesso a esse setor. Não existe uma disciplina de Oncologia, apesar de algumas cadeiras abarcarem esse tema em aulas. Eu acho que todo clínico deveria ter uma noção de oncologia, tinha que ser uma cadeira obrigatória na formação. Então foi por isso que eu entrei na LIONCO. (Bárbara)

Compreendidas como atividades extracurriculares que configuram um “currículo paralelo”, Torres et al. (2008) citam preocupações com que as ligas se transformem em meras atividades de ensino e/ou assistência, afastando-se de sua função primordial de Extensão Universitária com atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, aprendizagem de abordagens comunitárias e práticas de intervenções mais duradouras. Referem também o risco de que as atividades das ligas tragam uma carga horária adicional, nos moldes das atividades acadêmicas de rotina, reproduzindo a lógica meritocrática e as relações burocratizadas e hierárquicas da instituição, fortalecendo um ambiente competitivo na escola médica (HAMAMOTO FILHO, 2011).

Outra coisa é essa visão de que a Liga é para tapar os buracos do currículo. Isso existe sim. Existem alunos que trabalham com a ideia de que a Liga é um curso restrito, e enchem a boca para dizer ‘só tem poucas vagas’. A partir disso, começa uma disputa por uma falsa questão do *status*. Minha opinião é que a Liga tem que ser uma coisa aberta, tem que ter vaga para todo mundo que quiser participar, pensando só em alguns critérios de bom senso e de compromisso. Por exemplo, eu não vou trazer um aluno do primeiro período para assistir uma aula de cirurgia porque não é o momento. Outro exemplo, entram 20 alunos numa seleção para entrar na Liga, 20 alunos vêm na primeira aula, na segunda vêm 18, na terceira vêm 15, no final só tem 10 alunos. Mas quando você deixa aberto, vem só quem realmente quer. (Amanda)

O que temos hoje nas Ligas da UERJ é mais a questão do ensino e das atividades de extensão. O ensino porque, convenhamos, é o mais fácil de fazer: basta convidar um professor para fazermos uma atividade teórica, ainda que geralmente repetimos o modelo ‘cuspe e giz’ das disciplinas

curriculares. Nas Ligas ainda não conseguimos fazer uma metodologia nova de ensino, alguma coisa que ultrapasse o modelo tradicional. Em relação à extensão acho que estamos conseguindo desenvolver bastante: em quase todas as atividades de extensão que a gente realiza, a gente sempre tem a preocupação de fazer um mapeamento da população-alvo, uma revisão bibliográfica do que a gente vai trabalhar e se preocupa em fazer um questionário para aplicar naquela população, colher dados etc. Mas a gente não desenvolve esses dados. As Ligas ainda não conseguem produzir pesquisa, que ainda assume um lugar muito aquém do que gostaríamos. (Fábio)

O pesquisador teve a oportunidade de participar do “II Fórum das Ligas Acadêmicas de Medicina da FCM-UERJ” que aconteceu no dia 27 de agosto de 2012, durante o 50º Congresso Científico do HUPE. Com o título “Processo de transformação da educação médica e em saúde através das Ligas Acadêmicas”, um dos objetivos do evento foi “demarcar a extensão universitária como elemento diferencial das Ligas da FCM em relação a Ligas de outras universidades”³¹. Com efeito, observamos elementos nas narrativas que buscam evidenciar uma analogia direta entre Ligas e extensão universitária, entretanto, com argumentos pouco consistentes capazes de justificar essa afirmação.

Eu estava no segundo ano e tive a ideia de montar uma Liga Acadêmica de Medicina de Família e Comunidade, que ainda não existia aqui na FCM. Essa Liga acadêmica já tinha um projeto, um embrião, mais ou menos montado. Eu havia participado de algumas experiências anteriores, por exemplo: me lembro de um curso chamado de mini-semana de medicina de família e comunidade, eu estava no primeiro ano e participei da organização do curso e também como aluno. Mas no segundo ano um grupo de cinco alunos, do qual eu fazia parte, decidimos assumir o projeto e montar a Liga de Medicina de Família. Éramos eu, do segundo ano, e os outros, calouros. A gente resolveu montar a Liga de forma mais objetiva: começamos com um curso, com a parte do ensino. Hoje temos atividades de extensão também, que é o que queremos fazer mais. (Paulo)

Eu valorizo muito as Ligas porque o tripé da Liga se corresponde com a Universidade, ou seja, extensão, pesquisa e ensino. E o ensino realmente apresenta algumas coisas que não existem na faculdade, como oncologia, que eu acho que deveria ter. A parte da extensão é importante para se aprender as questões do lidar com o paciente. Dentro das Ligas ou dos projetos de extensão, fora do currículo, é que se consegue ampliar esses espaços para os alunos. As Ligas ajudam a abrir a cabeça, mostram outras possibilidades. Por exemplo, a Liga de Homeopatia e Medicina Integrativa. Não temos nada de Homeopatia na FCM e a Liga ajuda ao aluno que pensa em se especializar nisso a buscar entender mais essa área. Outro exemplo é a Liga de Cardiologia, que orienta o aluno que já tem uma ideia de ser cardiologista. Mas eu não acho que isso seja uma especialização precoce. É mais uma possibilidade de pensar e experimentar uma área. Conhecer essa área para saber se é a que você realmente quer escolher. (Bárbara)

³¹ Notas e reflexões tomadas do diário de campo desta pesquisa.

A narrativa acima corrobora uma contradição: se, por um lado, a constituição de Ligas com foco em especialidades pode indicar um processo de especialização precoce – o que por vezes é estimulado no próprio cotidiano das aulas dentro dos hospitais³² – por outro, a procura de estudantes por atividades extracurriculares – seja em formato de Ligas ou em projetos extensionistas – traz a discussão acerca das insuficiências próprias do currículo formal. Uma Liga de Homeopatia, por exemplo, não deveria simplesmente apresentar a especialidade ao estudante com intenção de seguir tal carreira, mas antes possibilitar que o aluno questione a própria formação biomédica e sua grade curricular – que não abarca outras racionalidades médicas.

Posto de outra forma, Ligas que seguem os recortes das especialidades (como Liga de Oncologia, de Cardiologia, do Trauma etc.) tendem a fazer escolhas de temas e atividades voltados de maneira centrípeta para um núcleo de saber específico. No entanto, existem Ligas que, por sua própria proposta constitutiva, possibilitam debates e práticas centrífugas, saindo de seus núcleos específicos e caminhando para uma reflexão interdisciplinar ou intersetorial, como é o caso da Liga de Saúde da Mulher – que não se chama Liga de Ginecologia-Obstetrícia –, conforme expressa a narrativa abaixo.

Nesse mesmo período, eu comecei a montar a LASMU, que é a Liga de Saúde da Mulher. Eu e algumas amigas nos juntamos para estar à frente da gestão da Liga, o que é uma coisa um tanto complicada. A LASMU está caminhando devagar ainda, nós temos pouquíssimos alunos inscritos. Na verdade, a Liga está cadastrada na FCM, mas a gente está um pouco desmotivada porque há pouca procura dos alunos. E como todos fazemos muitas coisas, temos tido dificuldade de manter um calendário, e de reter todos os alunos que entraram na Liga... Mesmo assim a gente construiu alguns projetos interessantes da LASMU: por não ser de nenhuma especialidade específica, saúde da mulher é um tema amplo, nossa ideia era fazer aulas interdisciplinares. Os primeiros foram simpósios sobre violência contra a mulher, sobre aborto, e o último sobre tensão pré-menstrual. Todos eles tiveram pessoas de diversos cursos, a gente extrapolou a medicina. Veio muita gente da nutrição, das ciências sociais, da odontologia... A maioria era da medicina, mas esse pessoal de outros cursos que apareceu foi sensacional, porque foi um evento de uma Liga de medicina. O tema do aborto foi o que mais atraiu público de outras áreas. Eu acho isso legal porque qualquer outra aula, de qualquer outra Liga ou mesmo dentro do currículo médico, só vai ter gente da medicina. Nós trouxemos palestrantes também de outras áreas. (Natália)

³² Macêdo et al (2006) relatam que as experiências de práticas de ensino vivenciadas nos hospitais universitários podem colaborar para o fenômeno da “especialização precoce” e acarretar em uma visão distorcida da rede de serviços local e das demandas e necessidades de saúde das pessoas atendidas.

O reforço de vícios da própria grade curricular também pôde ser observado em algumas narrativas sobre as experiências em Ligas Acadêmicas. Segundo um levantamento feito por Hamamoto Filho (2011) com diferentes Ligas de todo o país, a maioria realiza atividades de ensino, geralmente constituídas de aulas teóricas, mas não têm bem desenvolvidas atividades de pesquisa ou de extensão. Considerando-se que uma das motivações dos estudantes ao participarem de Ligas é a insatisfação com o currículo, por que repetem nelas a lógica que permeia estruturas curriculares tão tradicionais como as aulas teóricas? Na narrativa abaixo, para a estudante, a Liga proporcionou aulas teóricas e acompanhamento de consultas em ambulatório que já faz parte da própria disciplina de Medicina Integral, porém no semestre seguinte.

Por toda essa teoria maçante, já no primeiro ano da faculdade eu entrei na Liga de Medicina da Família e Comunidade, a LAMFAC. Foi uma experiência maravilhosa porque quando você entra na medicina você quer logo ver o que o médico faz. Foi bem legal porque eu tive essa oportunidade, participando da Liga. Eu comecei a assistir às aulas da Liga de Medicina da Família no primeiro semestre. O primeiro momento era só aula teórica e depois a gente foi para o ambulatório de Medicina Integral. No ambulatório, a gente não fazia nada efetivamente, mas acompanhava as consultas dos residentes. Tudo isso pela LAMFAC. (Natália)

Resgata-se nesta narrativa o fato de muitas Ligas reforçarem as dicotomias acadêmicas, não conseguindo romper com os binômios teoria/prática do próprio currículo formal.

A gente queria ter um pouco de teoria, mas que não fosse uma coisa muito expositiva, como é na graduação. Um momento que a gente pudesse sentar com alguém experiente naquele assunto que a gente estivesse estudando e que o grupo pudesse debater o assunto. Uma outra parte da Liga seria a parte mais prática, de extensão, com atividade de Educação em Saúde, atividades com a população, ou mesmo aqui no próprio hospital universitário, ou se inserir num serviço de medicina de família, de acompanhar o ambulatório, visita domiciliar... (Paulo)

Na narrativa acima, podemos notar que apesar de reproduzir a dualidade teoria/prática da maioria das disciplinas, o estudante valoriza a prática da Liga enquanto prática extensionista, na qual a diversidade de cenários seria um elemento a ser considerado.

As Ligas, em seu aspecto extensionista, trazem ainda o que Torres et al. (2008) apontam como espaços em que o aluno possa atuar junto à comunidade

como agente de saúde, ampliando o objeto da prática médica, não somente pelo olhar do desenvolvimento científico, mas também como exercício de cidadania. Na narrativa abaixo, criatividade e liberdade se relacionam com a socialização forjada entre os alunos. Ao se reconhecerem em prol de um objetivo comum e durante o planejamento de atividades da Liga Acadêmica, os estudantes podem exercitar autonomia, liberdade e criatividade num processo coletivo.

Eu vejo [a Liga de Oncologia como] um espaço de total liberdade, de criatividade. E foi aí que quando fiz um vídeo sobre uma atividade que fizemos, coloquei no título: liberdade, autonomia e solidariedade. Dentro das Ligas Acadêmicas os alunos têm um espaço no qual o próprio aluno vai poder decidir que aspecto de determinada disciplina interessa mais, o aluno assume o planejamento do conteúdo. Os professores coordenadores muitas vezes dão dicas e ajudam nesse planejamento, mas quem decide a abordagem, tanto do conteúdo quanto da forma, são os alunos. Por exemplo, a gente tinha conversado com a professora sobre uma discussão sobre câncer de fígado e a professora deu alguns nomes de pesquisadores e professores que eram bons especialistas no assunto. No final das contas é a oportunidade de ter autonomia mesmo, já que na grade curricular a gente não pode mexer. A gente quer ter a possibilidade de discutir aquele assunto da forma que a gente quer. E não simplesmente estar ali passivo diante de um conteúdo que é jogado para a gente, que acontece na graduação, infelizmente. Eu acho que deveria ter um pouco mais da nossa participação nesse jogo, mas eu também entendo que metodologias ativas, essa coisa mais moderna, também são um pouco complicadas, exige muito mais esforço do aluno. Então tem esses dois lados, nem todo mundo gosta. Até mesmo o aluno é muito conservador, porque vem de uma escola tradicional e acaba acostumado a esse modelo. Eu vejo as Ligas da FCM ainda muito presas ao modelo tradicional. Essa é uma autocrítica. Por exemplo, quando a gente faz um curso e reproduz as aulas da graduação: o aluno senta, o professor fala e continuamos nesse modelo tradicional. Mesmo assim, é preciso valorizar essa ideia das Ligas como espaços de liberdade e de criação. (Amanda)

Como possibilidade de exercício da liberdade e de criação coletivas, somado ao cultivo de um sentimento de pertencimento a um grupo, as Ligas carregam a potência de despertar interesse para outros aspectos da extensão universitária entre os estudantes.

Mas meu interesse pelas atividades de extensão, veio em conjunto à Liga. Quando eu comecei a ver a Liga e comecei a ver a extensão como algo que, em minha opinião, é científico, é pesquisa também, apesar de não ser aquela pesquisa de bancada, mas é algo que você aprender a lidar com a pessoa, com o outro, é algo que vai pra além da faculdade e faz com que o conhecimento que é produzido lá dentro da Universidade atinja uma população que realmente tem que atingir... Para mim o auge da minha formação foi quando eu me vi no meio da extensão. E realmente hoje eu sou apaixonado por essa área. (Fábio)

A supervisão docente nas atividades das Ligas Acadêmicas é outro aspecto a debater. Existem alguns estudos que analisam a figura do professor e do preceptor nos processos formativos em saúde, dentre esses Marcondes (1996), Pontes (2005) e Rios (2010). Em atividades extracurriculares, frequentemente, não se garante uma adequada supervisão docente (PERES, 2006). Disso resultaria o aprendizado de conceitos e técnicas incorretos que facilmente se incorporam às práticas profissionais do estudante. A situação se agravaria com o exercício ilegal da profissão, como discutem Taquette et al. (2003), visto que em muitos estágios extraoficiais, os estudantes desfrutam de autonomia e liberdade incompatíveis com seu nível de formação.

[...] sei que é um defeito meu fazer muitas coisas ao mesmo tempo, eu também faço parte da Liga de Trauma. Na Liga do Trauma só podem entrar os alunos que passam numa prova de seleção. Acho que eles são a única Liga, pelo que me lembre, que fazem uma seleção. Depois temos um ano de curso teórico. Depois desse curso, você faz alguns plantões no Hospital Municipal Miguel Couto. Eu estou nessa etapa dos plantões. Acontece assim: você fala que é da Liga do Trauma da UERJ e você acompanha o residente da cirurgia, que nunca tem tempo para te acompanhar. Então você fica lá e torce para ter uma alma caridosa para te ensinar alguma coisa. Eu já fui cinco vezes... É interessante estar lá, mas acho que podia ter um pouco mais de cuidado com os alunos... O ideal é ir um grupo de sete pessoas. Da primeira vez que fui, alguém da Liga chegou e mostrou para a gente 'olha, você vem aqui, fala com o chefe e procura o residente!' Como fomos juntos com alguém da Liga, conseguimos acompanhar o residente e ficamos lá o tempo inteiro. Nos outros dias, os residentes somem. Eles têm outras coisas para fazer, então a gente vai à cirurgia, e tenta... e pede para acompanhar. No primeiro dia eu assisti uma cirurgia e foi sensacional, mesmo eu não querendo cirurgia, foi uma experiência bacana.

No geral, a gente fica solto nesse plantão. Então eu acabo entrando naquelas salas da emergência, com as pessoas sofrendo... Lembro um senhor que estava naquela grande emergência e ele gritava 'não me deixe, não me deixe aqui! Me ajuda, me ajuda!' A enfermeira já tinha dado o remédio, mas ele continuava gritando. Aí a gente foi conversar com ele, e ele ficou ouvindo. Começamos a conversar e vi que, na verdade, ele estava com medo de ser deixado sozinho pela família. Ele tinha 94 anos. A gente começou a conversar da família, ele parou de chorar, de gritar. Mas a gente não podia fazer mais que isso... Pelo que ele falou ele tem família, ele tem filhos, netos, está no hospital no meio de uma sala, sem o menor conforto, com dor, com medo de ser abandonado... Essa história foi muito triste... Como a Liga é feita de alunos, essa atividade de plantão fica bastante solta. Acabamos contando com a sorte de encontrar algum médico mais legal e disposto. Mas mesmo assim é interessante porque chegando no terceiro ano, começando a ver Clínica Médica, essa realidade de plantão de hospital faz a gente abrir os olhos e ver o que acontece de verdade. Acaba sendo uma experiência diferente. (Natália)

Na narrativa acima, podemos notar o quanto algumas atividades das Ligas podem oferecer riscos à formação profissional por falta de orientação pedagógica ou

por inadequada supervisão docente, conferindo aos estudantes autonomia discordante com o momento de sua formação. Para Taquette et al. (2003), uma das consequências dos estágios práticos sem supervisão adequada é a aprendizagem de conceitos e técnicas errados e a incorporação de condutas antiéticas à prática profissional.

Principalmente por esse motivo a questão da institucionalização das Ligas torna-se importante tópico para ser discutido. A intervenção institucional das escolas médicas nas rotinas das Ligas Acadêmicas não é um consenso (HAMAMOTO FILHO, 2011). Há escolas que atribuem créditos curriculares aos estudantes quando estes participam de Ligas; há escolas que sequer as reconhecem como legítimas. Há quem considere o tema de interesse exclusivamente estudantil, negando-se a discuti-lo.

Na FCM-UERJ as Ligas Acadêmicas estão alocadas como projetos de extensão dentro da Coordenação de Extensão da faculdade. Nesse processo de institucionalização, também foi iniciado um fórum deliberativo composto pelos estudantes presidentes das Ligas, chamado Diretório de Ligas Universitárias (DLU), um autocontrole gerido pelos estudantes, que funciona, de certa maneira, como um regulador das ações das Ligas, mas também como propositor de atividades conjuntas. Com efeito, o fato de as Ligas serem cadastradas como projetos de extensão traz distorções sobre o que seria uma Liga Acadêmica, assim como sobre o que se entende ser Extensão Universitária. A narrativa abaixo evidencia esse debate.

As ações de uma Liga na FCM devem incluir uma atividade de extensão. As Ligas acabaram se tornando os principais projetos de extensão da FCM até mesmo por um certo comodismo institucional. É claro que institucionalizar as Ligas é importante porque acaba fazendo um vínculo formal com a universidade. Mas a Liga, ela não se pode limitar a ações de extensão. Me parece que a FCM sempre teve muita dificuldade em desenvolver projetos de extensão. Então eu acho que as Ligas também surgiram como a 'galinha dos ovos de ouro' da faculdade de medicina. Certo que é uma coisa feita pelos alunos, conduzida pelos alunos, mas que precisa da chancela do professor junto... Tem o benefício para o professor, conseqüentemente para a instituição. Não sei se o lugar institucional ideal para as Ligas seja na coordenação de extensão, mas, acho que no momento foi o mais cabível. É o que foi possível. (...) Na época, a coordenadora de extensão já tinha inscrito a Liga de Trauma como um projeto de extensão. Apesar de eles ainda não terem realizado nenhuma atividade de extensão até aquele momento. Nesse barco, surgiu a possibilidade de a gente fazer isso com as Ligas que estavam surgindo também, dentre elas a LIONCO. Então a gente conseguiu se inscrever no final de 2008. Em 2009 já éramos um projeto de extensão, que até então só tínhamos atividades teóricas e cursos, mas já estávamos pensando em possíveis atividades de extensão. (Fábio)

Hamamoto Filho (2011) e Peres et al. (2006) alegam que as escolas não podem se omitir dessa discussão, dado o crescimento do número de Ligas e a presença dessas no cotidiano dos estudantes. Nas escolas cujas Ligas são exclusivamente atividades extracurriculares, a relevância da discussão do tema reside no risco do currículo paralelo e da subversão da estrutura curricular formal. Se os estudantes procuram as Ligas para preencher lacunas curriculares, é necessária uma avaliação com vistas ao aperfeiçoamento do currículo e do projeto pedagógico da instituição. No caso das escolas que atribuem créditos às Ligas, parece claro que precisam se apropriar da discussão, pois tais atividades precisam de algum tipo de monitoramento, seja por intermédio do orientador das Ligas, seja por mecanismos de autocontrole criados pela iniciativa estudantil.

No caso da FCM-UERJ, as Ligas são consideradas extracurriculares, portanto não são atribuídos créditos pela participação nas Ligas. No entanto, por serem institucionalizadas como projetos de extensão, as mesmas são submetidas às regras acadêmicas dessa modalidade. Além disso, o próprio DLU parece auxiliar na regulação, não só à proliferação desordenada de Ligas, como também a evitar que se descaracterizem como Extensão Universitária, além de estar atentos para questões éticas – principalmente no que diz respeito à execução de projetos e à escolha de fontes de financiamento. Por exemplo, obter patrocínio da indústria farmacêutica e de empresas da área da saúde precisam estar em pauta na questão dos recursos financeiros, mais ainda o papel da Sub-reitoria de extensão no financiamento dos projetos e no provimento de bolsas.

Essa questão de se institucionalizar as Ligas como projeto de extensão não é simples. O fato de ter as Ligas institucionalizadas tem seu lado bom de ser reconhecido como projeto de extensão, mas tem, por exemplo, a questão da bolsa. Cada Liga só recebe uma bolsa. Isso é um problema porque fica difícil manter os alunos. Bem ou mal, a bolsa é um fator que também conta, pois é uma ajuda de custo. Na faculdade de medicina, por ser período integral, você não consegue ganhar dinheiro. E o aluno 'ligante' está cheio de vontade de fazer as coisas, mas sem bolsa e sem financiamento para as atividades, acaba limitando várias ações das Ligas. Por esse lado, acho que a gente ainda tem pouquíssimo apoio da Universidade. Pois mesmo solicitando apoio da Sub-reitoria de Extensão e da FCM e participando de editais da Faperj e do Proext, acabamos pedindo recursos de patrocinadores, inclusive sociedades médicas, empresas da área da saúde e afins. (Amanda)

Somos muito estimulados pela coordenação da faculdade, ou seja, desenvolver atividades de extensão por meio da Liga. A coordenação

inclusive apoia e dá muito suporte. Por exemplo, há um ano veio um pessoal da PUC-Rio dar um curso de empreendedorismo voltado para Extensão Universitária. Foi muito interessante porque a gente não tinha experiência nenhuma nisso e para fazer uma Liga Acadêmica funcionar é necessário se organizar e regulamentar uma estrutura, além de uma organização de pessoal para dividir as tarefas, as responsabilidades... Com isso, a gente criou uma gestão, com um presidente, um vice-presidente, um diretor de extensão, um diretor científico, e um secretário geral e, assim, a gente conseguiu organizar mais ou menos como é que a gente queria fazer a Liga. (Paulo)

Outro aspecto que aparece nas narrativas dos estudantes é a compreensão de que algumas atividades extensionistas apresentam características de “movimento” ou “mobilização” por parte dos próprios alunos. Não somente as Ligas Acadêmicas, que trazem em seu próprio conceito serem organizações estudantis sem fins lucrativos que criam para seus membros oportunidades de atividades didáticas, científicas, culturais e sociais, abrangendo sempre uma determinada área da saúde, visando seu aprendizado e desenvolvimento, sendo gerida pelos próprios estudantes, e com orientação de docentes (PÊGO-FERNANDES; MARIANI, 2011). Mas também foram apontados projetos e atividades extensionistas que nasceram de propostas do Centro Acadêmico (CASAF). A questão do “entusiasmo” surge como fator contributivo na busca por atividades extensionistas. Tratando-se de atividade da qual o aluno pode escolher participar ou não, torna-se um espaço de troca de experiências, integração social, discussão sobre o próprio currículo médico e ampliação do aprendizado sobre a prática médica. Podemos ainda compreender uma forma de aprendizado que nasce em meio a uma iniciativa coletiva, num exercício político de seu aprendizado – em que prazer de aprender, sentimentos e paixões aparecem como sentimentos compartilhados coletivamente.

A primeira situação mais marcante que divergia da grade original desses dois [primeiros] anos [da faculdade] talvez tenha sido participar de uma campanha de vacinação. Eu ainda era aluna do primeiro ano e o CASAF estava organizando uma campanha de vacinação para Hepatite B cujo objetivo não era propriamente aumentar a cobertura de vacinação. O objetivo do CASAF era aglutinar alunos de medicina e enfermagem e trazer para esse grupo de alunos alguma experiência prática. Como já pontuei, os dois primeiros anos são muito engessados, muito teóricos, muito ‘cuspe e giz’. A ideia era ter alguma coisa diferente disso. Eu não consigo me lembrar exatamente de como fui abordada, mas lembro que fizeram um convite sobre um curso de capacitação para participar da campanha de vacinação. Eu pensei: ‘Poxa, alguém vai dar um curso, vai ensinar alguma coisa que vai me permitir participar de algo prático, de uma campanha de vacinação!’ Bateu forte! Na capacitação discutimos assepsia, cuidados com as vacinas... E na semana seguinte, chegariam as vacinas que estariam em nossas mãos! A impressão que eu tenho é que, naquela época, isso tinha

uma importância como um todo, não só para mim... Quando a campanha de vacinação começou e eu fui pegar na vacina, na seringa e comecei a vacinar e explicar às pessoas... Foi uma experiência prática muito bacana e animada que aconteceu no final do primeiro ano e divergia muito de tudo o que acontecia dentro da sala de aula. Foi talvez a primeira atividade de extensão, que era dentro do hospital... [...]

Apesar de as discussões terem sido muito técnicas com temas bem quadradinhos, do tipo 'qual a importância de lavar as mãos' e 'quais são os cuidados com a temperatura da vacina', 'sobre a cobertura dessa vacina'... No entanto, foi a primeira tentativa de fugir do convencional que era aquela grade curricular. Até porque o tal 'curso de capacitação' na realidade era um espaço de discussão gerenciado por alunos e com pouca participação de professores. A participação na campanha de vacinação era aberta para todos os alunos, mas curiosamente ela mobilizou somente alguns alunos recém-ingressados na universidade... Como são todos os processos dentro da faculdade de medicina... Não foi à toa que a estratégia principal de sensibilização era com os calouros que estavam entrando... [...]

A campanha de vacinação foi o primeiro embrião de um outro projeto que mais tarde se chamaria Alunos na Praça. A experiência da vacinação tinha sido tão bacana que pensamos 'como fazer essa sensação se manter? Como manter esse sentimento? Não podemos fazer campanhas de vacinação durante todo o ano, mas qual pode ser o próximo passo?' Daí começou um movimento de construção de um projeto, uma busca por alguma coisa qualquer, um desejo de uns oito ou dez estudantes mais empolgados com a campanha de vacinação que queriam dar continuidade a alguma coisa que não sabíamos exatamente o que era: 'A gente tá aqui para discutir o quê?' 'Pois é, vamos pensar...' E aí nasceu... Eu entrei na faculdade em 1998 e esse movimento aconteceu durante o ano 2000, ano em que o Alunos na Praça estava nascendo... Levou um ano entre a campanha de vacinação e a primeira coisa que se desdobrou dela que foi a recepção de calouros de 2000. Esse foi o primeiro passo na tentativa de construir um projeto conjuntamente com outros durante minha formação. (Miriam)

Podemos compreender a relação de atividades extensionistas operadas por alunos – narrada como “movimento” – para uma possibilidade de ações coletivas permeadas por sentimentos comuns, ou num vocabulário arendtiano, permeadas por sentimentos públicos. Assy (2004), partindo da filosofia de Hannah Arendt, afirma que a capacidade humana de imaginar aquilo que nos diz respeito enquanto coletividade atingiu tal patamar que mencionar sentimentos públicos parece não fazer qualquer sentido. O robustecimento da interioridade e a supervalorização da experiência interior vêm até os dias atuais progressivamente ocupando a esfera pública e inflando o espaço intersubjetivo com interesses privados, idiosincrasias individuais e satisfações pessoais (ASSY, 2004). Arendt (2009b) nos lembra que antes de se tornar um atributo do pensamento ou uma faculdade da vontade, a liberdade era entendida, na Grécia Antiga, como o estado do homem livre, que o habilitava para se mover, sair de casa, ir para o mundo e encontrar-se com outras pessoas em palavras e ações. Essa liberdade era precedida da liberação: para ser

livre, o homem devia ter-se libertado das necessidades da vida. Além da mera liberação, a liberdade necessitava da companhia de outros homens (ASSY, 2004).

A tendência de associar aprazimento exclusivamente a aspirações e êxitos pessoais – ou à plenitude material nas sociedades de consumo – demonstra não somente “um empobrecimento do nosso imaginário público, mas o aniquilamento de nossa capacidade de se comprazer com algo que não traga consigo expectativas e interesses particulares” (ASSY, 2004, p. 88).

Nesse sentido, podemos depreender que atividades extensionistas cujo viés de “movimento” ou “mobilização estudantil” esteja presente, proporciona uma valorização de experiências compartilháveis entre os estudantes no espaço público. Isso mostra razão direta ao encantamento de espaços potenciais daquilo que nos diz respeito como membros de uma comunidade, sobretudo do espaço intersubjetivo, às ações, à *práxis*, em que se permite construir um imaginário da “coisa pública” e no cultivo de sentimentos, não apenas privados, mas coletivos.

Vou contar um pouco sobre o projeto Alunos na Praça... Aos poucos aquele grupo que tinha participado da campanha de vacinação iniciou uma certa articulação por meio do movimento estudantil da UERJ... De início, não deu muito certo, exceto pela identificação com a vontade de fazer algo em conjunto com estudantes de psicologia e enfermagem. A gente queria fazer um projeto de alunos que fosse para praças e comunidades para discutir saúde de uma maneira mais real, mais próximo das pessoas... Era uma vontade apaixonada mesmo... Foi um longo percurso até a gente conseguir ir para o Morro da Formiga. Um dos momentos do projeto foi lá na Formiga, quando formamos grupos de educação em saúde que se encontravam periodicamente em um CEMASI, bem lá em cima do morro... (Miriam)

A tal “vontade apaixonada” refere-se diretamente ao sentimento de ação coletiva, tema que se repete em outras narrativas. Essa ação coletiva se pretende “extensionista” justamente por se buscar diferenciar cenários de aprendizagem para além das salas de aula, na tentativa de integração com outros ambientes ou serviços de saúde.

A necessidade de buscar integração entre ensino e serviço na área da saúde ganhou força na década de 1970 (CASTRO, 2004), justamente na época em que surgem as primeiras experiências inovadoras de medicina comunitária, junto aos movimentos de busca pela transformação do ensino médico. A autora cita a experiência da Universidade Federal de Minas Gerais com a implantação do Internato Rural, desenvolvido em parceria com o Projeto Montes Claros, considerado

até hoje uma das referências conceituais do SUS. As iniciativas de integração docente assistencial, entre as décadas de 1970 e 1980, e a articulação da Rede UNIDA, nos anos 1990, como exposto em tópico anterior, também se inserem no contexto da luta pela reforma da saúde e pela construção do SUS, centrando sua atuação no campo da formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde (ALMEIDA, 2001).

Com efeito, desde as primeiras propostas de reformulação curricular em que se colocavam as experiências IDA e UNI, estavam presentes ações de extensão e de ensino com potência de serem iniciativas concretas de indissociabilidade do “tripé universitário”. Chaves (1990), analisando as iniciativas do projeto UNI, afirma que a ausência de uma perspectiva transdisciplinar e as fragilidades na relação academia-serviço foram alguns dos obstáculos enfrentados.

Outros autores concordam que na relação com a rede de serviços para a inserção do estudante surgem conflitos que dizem respeito às relações culturalmente definidas da inserção da instituição de ensino nesses cenários.

Muitas vezes, a “ida ao campo” consiste em visitas aos serviços de saúde para que possam ser observados os profissionais em ação, a população em suas demandas e outras cenas que compõem uma espécie de “zoológico” de situações “exóticas” e de “realidades distantes” sem, contudo, firmarem nenhum compromisso de trabalho com aquela realidade. (PONTES, SILVA JUNIOR E PINHEIRO, 2006).

Henriques (2011) indica que, em sua pesquisa sobre formação em saúde e Extensão Universitária, é recorrente surgir nas entrevistas uma tensão na relação institucional entre academia e serviço, principalmente no que concerne à continuidade das atividades acadêmicas nas unidades de saúde da rede local. A autora aponta que a extensão pode tornar possível uma maior permanência dos docentes e estudantes nos cenários de prática e facilitar a integração desses sujeitos.

Macêdo et al. (2006) relatam sobre experiências em cenários de aprendizagem e constata que a imersão de docentes e de estudantes tem permitido que se contemplem diferentes dimensões da realidade social, ou seja, o cenário real cria um sentido de pertencimento que pode gerar transformações no ensino, no aprendizado e nas práticas do futuro profissional. As autoras apresentam ainda que em suas análises aparece um deslocamento importante em relação aos

cenários de aprendizagem, possibilitando a instituição de novas práticas pedagógicas a partir de políticas integradoras nas Universidades e citam exemplos de projetos de Extensão que se configuraram como cenários de aprendizagem, apontando potencialidades na interlocução com a população, na interdisciplinaridade e na cidadania, além de propiciar a relação da Universidade com o sistema local de saúde.

Em outras palavras, a presença Universidade nos serviços de saúde gera desafios institucionais, ao mesmo tempo em que move esses diferentes atores em busca de novos sentidos para suas práticas. Segundo Guizardi et al. (2006) sobre as interferências produzidas no espaço molecular entre ensino e trabalho se articulam na forma como os atores vivenciam e refletem suas práticas. É essa dimensão molecular não prevista como dispositivo institucional ou como desenho de políticas, que propicia campos de visibilidade do novo.

Nesse terceiro bloco [da minha formação] o que mais se destacou foi o projeto de São Pedro da Aldeia. Todo o desenho da ida para São Pedro da Aldeia foi o de um projeto de extensão e que ocupou meus últimos oito meses de formação. Consegui jogar todos os meus cinco optativos [do internato] para isso. O projeto desperta em mim amor e ódio... Primeiro porque foi um projeto que eu ajudei a escrever. Segundo porque eu fui a primeira interna em um projeto piloto cheio de dificuldades. Era uma costura política extremamente delicada... Na verdade essa história de São Pedro da Aldeia partiu de um grupo de alunos que desejava ter um módulo de internato opcional num cenário de prática fora do hospital.

Esse grupo de estudantes queria ir para outro município porque o Rio de Janeiro há oito ou dez anos era um caos em termos de sistema de saúde, principalmente na atenção básica. Aqui não tinha mesmo... Por isso ficamos tão 'pê da vida' porque não havia uma disciplina que discutisse atenção primária em momento algum da formação... Passamos a faculdade inteira sem ir a um posto de saúde... Mesmo sem ver nada disso na graduação, queríamos tanto vivenciar a atenção primária, principalmente porque nos projetos de extensão a gente via muito o foco da atenção primária. Os projetos extensionistas são basicamente dentro da atenção primária, mas nas aulas não... Ao menos os que eu participei, eram muito voltados para políticas de saúde, para compreender o sistema local, para fazer educação em saúde... Essas situações ou eram vistas na extensão ou não eram vistas... Para mim isso era um absurdo! Acho que agora as coisas estão mudando um pouco...

Imagina: estou num processo de formação em medicina, um processo longo, delicado e demorado, o Programa Saúde da Família sendo falado em todos os lugares no mundo todo, em vários municípios do Brasil, menos no Rio, e para a FCM não existia atenção primária... (Miriam)

No entanto, segundo Henriques (2011), se parece haver um consenso sobre a diversificação de cenários de prática e a exposição do estudante a um leque maior de experiências, isso ainda não significa que se esteja alcançando tal objetivo,

principalmente nos cursos de medicina estudados pela autora. Cita dois principais fatores para que, mesmo em situações nas quais a introdução de novos cenários vem ocorrendo, surjam entraves na sua concretização: a configuração de lutas institucionais por projetos de cuidado em saúde distintos, ou seja, as disputas internas de departamentos e disciplinas acerca de suas diversas concepções de saúde; e a maneira como as experiências vividas têm assumido significados para estudantes, docentes e para o projeto de formação institucional propriamente dito.

Organizar espaços que, de fato, ocorram na interface entre os mundos do ensino e do trabalho são fundamentais para se discutir a experiência que tira do lugar de conforto, que desaloja, o exercício de estranhamento do corriqueiro, a reflexão sobre o que normalmente se banaliza. Os espaços de apresentação e discussão com os sujeitos envolvidos redimensionam a experiência para que a mesma assuma sentido pedagógico e político, como podemos notar na narrativa que segue.

[...] eu ingressei em um projeto de extensão da UNATI. Eu fiquei sabendo por algum amigo meu, que tinha sido parte desse projeto. Além de eu querer participar para aprender ‘fazendo’, tinha a questão da bolsa, que naquela época foi mais um estímulo.

Esse projeto consistia em participar e realizar um curso para cuidadores de idosos. Os estudantes de medicina discutiam os temas na UNATI, se tornavam tutores e iam a outras localidades dar aulas para turmas onde as alunas se formariam em ‘cuidadoras de idosos’. A minha turma ficava em Nova Iguaçu e era composta por mulheres donas de casa, em sua maioria. Essa turma era organizada pela associação de moradores local. Eu acho que havia alguma ONG que ajudava a UNATI a organizar essas turmas, não lembro bem. E eu dava aulas sobre temas em saúde do idoso e o papel do cuidador.

De certa forma, esse projeto foi uma maneira de colocar em prática as coisas que eu tinha aprendido no movimento estudantil. Porque eu pensava muito qual era o meu lugar dentro da medicina: eu não queria nada de cirurgia e me imaginava em um trabalho que mantivesse minha militância dentro da saúde. Ao mesmo tempo, eu não tinha vontade de ser gestor. Então, eu pensei: como ser médico, na assistência mesmo, depois de tudo o que eu havia passado no movimento estudantil? Então eu descobri a UNATI e esse projeto de extensão. (João)

Nessa narrativa, “sair do hospital” e elevar o campo da Educação em Saúde enquanto práxis extensionista possibilitaram a identificação do narrador com um “trabalho em medicina” antes não experimentado dentro da faculdade. “Sair do hospital”, no caso da extensão em saúde, significa vivenciar processos formativos em outros serviços, por exemplo na rede de Atenção Primária, ou em espaços cujo foco da intervenção seja mais amplo que a Biomedicina praticada e ensinada nos

tradicionais cenários de aprendizagem, como os ambulatorios e o hospital universitário.

Entretanto, outras narrativas trazem experiências de extensão dentro do próprio hospital universitário, agregando outras perspectivas sobre o fazer extensionista, ou seja, a aprendizagem da Biomedicina, mesmo nos cenários tradicionais, ganha novos significados, em que o “doente” é contado como “pessoa” e o “cuidado em saúde” entendido também como “atenção e carinho” com cujo vínculo interpessoal é aprendido na própria construção da relação com o paciente.

[...] eu comecei a participar de um projeto de extensão chamado HLV, que é uma ‘paródia’ da sigla HIV. Significa Human Love Virus. É como se fôssemos portadores do vírus do amor e a ideia do projeto é que a gente leve um pouco de atenção e carinho para alguém que esteja internado no Hospital Universitário. Nós dividimos alguns leitos e cada leito fica sob a responsabilidade de uma dupla de alunos, mesmo que os pacientes internados naquele leito mudem. O mais legal desse projeto é a mudança na nossa visão sobre o paciente, porque a gente consegue conversar de fato com as pessoas, que se abrem mais para a gente nesses momentos do que no ambulatório ou na hora da visita médica. (Bárbara)

Ligas Acadêmicas, disciplinas renovadas com campos de práticas, influências do movimento estudantil e atividades realizadas dentro e fora dos muros da universidade: a pluralidade de perspectivas sobre como a Extensão Universitária – que se conforma nas narrativas ouvidas e construídas durante este estudo – nos faz notar um tipo de “borramento” do conceito de extensão, tal qual proposto por Paulo Freire (1992).

Freire (1992) na obra “Extensão ou Comunicação?”, no próprio título, já provoca uma reflexão crítica ao propor um debate sobre o termo “extensão”. Partindo de pontos de vista diferentes – linguístico, filosófico, político e pedagógico – opõe os conceitos de “extensão” e de “comunicação” como ideias antagônicas. Para o autor, a ação extensionista, qualquer que seja o setor em que se realize, remete à necessidade que sentem aqueles que a fazem, de “ir à outra parte do mundo”, considerada inferior, para, à sua maneira “normalizá-la [...] para fazê-la mais ou menos semelhante a seu mundo” (FREIRE, 1992, p. 22). Daí em seu “campo associativo” o termo “extensão” se encontra em relação significativa com *transmissão, entrega, doação, messianismo, mecanicismo, invasão cultural, manipulação* etc. Todos esses termos envolvem ações que, entendendo o homem

como “coisa”, o negam como um ser de transformação do mundo. “Poder-se-ia dizer que a extensão não é isto; que a extensão é educativa” (FREIRE, 1992, p. 22).

Em consonância com recentes trabalhos que se debruçaram sobre o tema da Extensão Universitária (MELO NETO, 2001; SERRANO, 2006; SILVA, 2012) e baseados no debate proposto por Paulo Freire, podemos perceber nas narrativas dos estudantes perspectivas, que, por vezes corroboram a crítica paulofreireana à ideia de ação extensionista.

A narrativa que segue conta sobre um projeto de extensão da FCM que radicaliza em relação ao assistencialismo, ou seja, o projeto foi construído para servir de cenário de aprendizagem na comunidade, mas que parece reproduzir a racionalidade Biomédica de “ambulatório” associada ao caráter “messiânico” extensionista, sem integração com a rede de saúde local.

Essa história toda das Ligas foi abrindo margem para surgir outros projetos, como, por exemplo, outro projeto que eu participei, que é o Ambulatório Social. É um projeto que ficou vinculado ao Departamento de Clínica Médica, mas que teve toda a iniciativa também de alunos. Foi o primeiro projeto de extensão do Departamento de Clínica Médica da FCM e que nasceu no ano passado, ainda engatinhando nesse tema da extensão... Numa das atividades que a DLU reuniu as Ligas lá no Morro do Salgueiro, nós fizemos contato com o pessoal da quadra da escola de samba. Na quadra existe um pequeno ambulatório: duas salas com banheirinho, salas equipadas com maca, inclusive é possível fazer alguns exames ali, como o eletrocardiograma, uma esteira para prova de esforço... Então a gente percebeu que ali era possível atender de alguma forma. Então a gente vinculou esse projeto ao Departamento de Clínica Médica para conseguir a supervisão de um médico daqui e um residente que vai conosco aos sábados de manhã até o Salgueiro para fazer esse ambulatório social de clínica médica. Com um médico, alunos de vários anos na faculdade e a possibilidade de encaminhar para o HUPE, conseguimos manter esse projeto de extensão. Quando esse projeto iniciou, eu já estava no quarto ano, então eu já tinha noção de semiologia e já tinha passado por algumas especialidades, já tinha condição de atender supervisionado. Participava ainda um pessoal do primeiro e segundo anos e ficava um esquema de um ensinar ao outro. O residente estava sempre presente e outro médico ia lá de vez em quando para supervisionar todo mundo, ver se o projeto estava andando. Então os atendimentos aconteciam aos sábados e a gente discutia os casos mais complexos do ambulatório uma vez por mês. (Paulo)

Outra nuance sobre as perspectivas sobre extensão que surge nas narrativas evidencia elementos assistencialistas e, por vezes autoritários, em relação ao conhecimento. A maneira como se conta sobre as atividades de Educação em Saúde faz aparecer características de projetos que se situam em uma perspectiva “autoritarista” em que os planejamentos são longos para atividades muito pontuais,

arraigados em uma prática “campanhista”³³ que marcou (e ainda marca) a formulação de políticas e a saúde pública no país.

Outro exemplo de atividade da LIONCO foi reunir-se a outras Ligas no evento que chamamos de ‘Ligados em Saúde’. Na verdade, a gente fez essa atividade como proposta de ser um evento único das Ligas, ao invés de eventos paralelos separados. Pensamos em fazer um evento maior, com todas as Ligas na Quinta da Boa Vista. Foram vários meses de organização, de dedicação, idealizar o projeto, de ir à prefeitura pedir autorização e a dificuldade de pedir o apoio... Conseguimos o apoio da FCM e da SR3. Quando chegamos a Quinta montamos as barraquinhas do jeito que a gente tinha planejado, as barracas, os alunos conversando com as pessoas, fazendo as atividades que tinham treinado... A gente fez uma cartilha única para mostrar às pessoas os assuntos que seriam abordados... Eu fiquei muito satisfeita. Satisfeita de ver um grupo tão heterogêneo de alunos trabalhando no mesmo intuito. [...]

Eu acho que o ‘Ligados em Saúde’ precisa se tornar anual, para a gente fazer todo ano na Quinta da Boa Vista. Pensando nisso, nessa primeira, vez nós aplicamos um questionário para ver as principais dúvidas das pessoas em relação à saúde delas... Colhidas essas informações, no ano que vem, a gente já sabe um pouco sobre o perfil das pessoas e a gente vai poder pensar em atividades melhor preparadas para receber aquele público. Então, a ideia é você fazer uma coisa contínua, de uma intervenção cada vez mais adequada. Minha maior crítica às atividades de educação em saúde que a gente faz é que não tem uma continuidade. (Amanda)

Atividades como o “Ligados em Saúde”, conforme narrado pela aluna, certamente geram repercussões na formação do estudante, na medida em que o entusiasmo que acompanha a narrativa fica evidente. A perspectiva autoritarista/assistencialista refere-se não aos efeitos na formação em si – ou à produção de certo conhecimento tácito que se constrói no planejar e executar tais atividades – mas à pobreza de efeitos na própria população/comunidade atendida.

As narrativas abaixo reforçam tal perspectiva em que muitas ações extensionistas se baseiam em planejamentos longos para produzir atividades extremamente pontuais. Nesse caso, o caráter “normalizador”, típico das campanhas de saúde pública, tornam-se evidentes como a “campanha do tabagismo” ou a “campanha do câncer de próstata”.

Durante todo esse ano de 2009 nos preparamos para fazer um evento de extensão. Nesse mesmo ano, fizemos um evento da Liga de Oncologia que a gente denominou como ‘Tabagismo: apague essa ideia’, pensando na prevenção e no combate ao tabagismo. Foi interessante a preparação do

³³ Remetendo à histórica cisão entre as iniciativas de caráter individual e curativo, que caracterizam a assistência médica, e as iniciativas de caráter coletivo e massivo, com fins preventivos, típicas da saúde pública. Ambas são faces do setor saúde brasileiro cuja separação, há muito instituída, ainda representa um desafio para a constituição da saúde no SUS (PEREIRA; LIMA, 2009).

evento, pois nós alunos que tivemos que conseguir dinheiro para fazer as coisas, porque a gente não tinha verba nenhuma. E conseguimos apoio da vice-reitoria, da sub-reitoria de extensão e da COMHUPE. Tivemos ainda o apoio do Laboratório de Tabagismo aqui do hospital. Arrumamos uma tenda e montamos aqui perto da árvore da psiquiatria. Alguns alunos perceberam que nas lixeirinhas do hospital havia muito cigarro, um monte de cinzeiro espalhado em volta do hospital. Para chamar atenção das pessoas, a gente colocou plantas e mudinhas de flores em todas as lixeiras de toda a FCM, de todo o hospital, e pregamos cartazes de prevenção ao tabagismo em todos os elevadores. Convidamos as pessoas que fumavam para participarem atividade da tenda onde a gente tinha criado um lugar para dar informações. Confeccionamos uma cartilha própria, com informações que a gente teve trabalho de procurar, material de brinde, um chaveirinho... E para as pessoas que fumavam, fizemos dois testes simples: o pick flow e a monoximetria, mais como chamariz para alertar dos possíveis danos do cigarro. Então foi uma atividade que deu muito certo. Eu estava no terceiro ano da faculdade. (Fábio)

Eu fiz vários projetos de extensão. Um deles foi à Liga de Oncologia, a LIONCO. Eu participei mais do curso, das aulas que eles organizam. Na verdade a gente teve alguns meses de aulas e nesse período a gente fez alguns projetos. Por exemplo, uma campanha sobre o fumo, a gente ficou no hall da UERJ, falando sobre quem fumava, quem não fumava. A gente utilizou o peak flow como instrumento para atrair as pessoas... Foi uma horinha só, mas foi interessante para a gente ver a preocupação ou falta de preocupação das pessoas em relação ao assunto, ver o que elas sabem e o que elas não sabem sobre o tabagismo. (Natália)

Fizemos outras atividades no prédio da UERJ, inclusive com apoio do INCA em parceria com o projeto “Fala Sério”, onde eles fizeram uma mostra de vídeo e a gente fez o resto da programação com as atividades de educação e saúde que a gente já sabia fazer. Fizemos também outras atividades durante o congresso do HUPE de conscientização a respeito do câncer de próstata, tirando alguns mitos, bem da temática do congresso que era sobre a saúde do homem. Fomos também para praia de Copacabana fazer a prevenção do câncer de pele. Fizemos várias atividades... (Fábio)

Por outro lado, em outras narrativas aparecem a preocupação com o “papel formador” que se almeja em projetos de extensão, assim como a consideração em um foco duplo: de um lado o estudante de medicina em formação e, de outro, a maneira como as pessoas “atendidas” pelo projeto apreendem os objetivos a que esse se propõe. Aqui a perspectiva autoritarista perde força ao dar destaque à valorização dos saberes das pessoas bem como nos efeitos nelas produzidos – quando o próprio modelo pedagógico planejado se baseia em metodologias mais participativas.

Eu vejo como principal característica desse projeto [Cuidadores de Idosos da UNATI] a questão do papel formador: por um lado para as mulheres que participaram, e por outro, para os estudantes de medicina... A questão do modelo pedagógico e da valorização dos saberes daquelas mulheres, também entendo como sendo elementos interessantes disso tudo. Mas no final das contas, de certa forma, esse projeto tinha como modelo as ONGs americanas que vão até as comunidades para oferecer instrumentos para as pessoas poderem viver melhor... Tem um quê de ‘salvadores’ e podemos

fazer críticas a isso. Mesmo assim, vejo os efeitos dessa experiência na minha formação. E mais: vejo efeitos dessas estratégias nas pessoas da comunidade também. Por exemplo, conheci mulheres que realmente começaram a trabalhar como cuidadoras de idosos e puderam ser organizadas financeiramente com uma atividade que era mais prazerosa que outras que elas desenvolviam... (João)

No cenário dos anos 2000, após a divulgação das DCN, elementos de novas tendências da educação e de avaliação têm sido construídos e testados, novos cenários de práticas se apresentam como promissores para o aprendizado e projetos de formação de professores estão em curso. Nota-se uma efervescência no campo, tendo em vista o crescente número de trabalhos publicados, trazendo contribuições para tornar ainda mais consistente esse processo de transformação (ALMEIDA, 2001; LAMPBERT, 2002; CRUZ, 2004; PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2006; SILVEIRA; PINHEIRO, 2010). Citamos exemplos dos últimos 10 anos de políticas de incentivo governamental: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e os Polos de Educação Permanente em Saúde, o AprenderSUS³⁴, o Promed³⁵, o Pró-Saúde³⁶. Em linhas gerais, todas essas políticas e programas, alguns com maior expressividade que outros, objetivam/objetivaram estimular processos de mudança na formação de profissionais de saúde, tendo os princípios do SUS e as DCN como alicerces.

A capilarização de algumas dessas políticas aparece nas narrativas construídas nesse estudo: o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e o Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS).

O VER-SUS é um projeto desenvolvido pelo Ministério da Saúde em conjunto com entidades estudantis dos cursos da área da saúde, dentre elas a DENEM e secretarias municipais de saúde, com o objetivo de oferecer a estudantes universitários vivências e estágios no Sistema Único de Saúde com duração média de 10 dias. De acordo com manual do MS (BRASIL, 2004b), o objetivo consiste em promover a integração dos futuros profissionais à realidade da organização dos serviços, levando-se em consideração os aspectos de gestão do sistema, as estratégias de atenção, o controle social e os processos de educação na saúde.

³⁴ Por suas características peculiares, a política AprenderSUS foi abordada anteriormente.

³⁵ Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares para os Cursos de Medicina (Promed).

³⁶ (PRÓ-SAÚDE).

O estágio tem sido realizado no atual formato desde o ano 2004, como desdobramento do seminário “Os Estudantes Universitários da Área da Saúde e o SUS”, ocorrido em Brasília, em junho de 2003, quando o Ministério da Saúde propunha uma articulação com o movimento estudantil para contribuir para o debate sobre o projeto político-pedagógico da graduação e sobre a implementação das DCN, além de estimular a inserção dos estudantes no movimento estudantil e em outros movimentos sociais (BRASIL, 2004b).

O VER-SUS também emerge das narrativas deste estudo sob duas perspectivas: a primeira consiste na participação de um estudante na da construção do projeto-piloto em 2004; e a outra, uma estudante participa do estágio quando este já estava mais consolidado nacionalmente. O VER-SUS não está cadastrado na SR3 como projeto de extensão propriamente dito, mas surgiu entremeado nas narrativas dos estudantes como experiências extensionistas.

Outra atividade que me envolvi e que tinha um jeito de extensão, não sei se seria considerada extensão propriamente dita, foi o VER-SUS. Na época, eu ainda estava na DENEM e um grupo do pessoal do Sul assumiu uma secretaria do Ministério da Saúde e decidiu ampliar para o país toda uma experiência que antes era regional e localizado no Rio Grande do Sul. Então a gente da DENEM foi chamado para compor um fórum de executivas em saúde, que tinha as executivas nacionais de outros cursos, como a enfermagem, psicologia, educação física... Dentre outras coisas, nosso papel enquanto representantes dos estudantes era ajudar a criticar e afinar esse estágio do VER-SUS nacionalmente.

O nosso papel ali era fazer duas coisas: ajudar criticamente a construir esse estágio e ser facilitadores dos estágios nos desenvolvimentos locais. Uma das críticas que a DENEM fez foi que não fosse apenas um estágio ‘ufanista’ do SUS, mas um espaço em que os alunos pudessem, de fato, problematizar e ajudar a despertar nos estudantes um olhar crítico sobre o sistema. Então, nada melhor do que ter estudantes ajudando outros estudantes a pensar o sistema e as práticas de saúde, sempre buscando um olhar crítico.

Então foram várias reuniões de escolha das cidades onde aconteceriam os estágios, a infraestrutura de receber esses alunos... Aqui no Rio de Janeiro, o projeto piloto aconteceu em Niterói. Depois até fizemos em outros municípios. Mas na época, Niterói era o único lugar capaz de apresentar um SUS com o mínimo de qualidade. Porque a ideia do estágio era apresentar ao estudante uma experiência que fosse interessante o suficiente para que o mesmo se abrisse a buscar entender o que é o sistema de saúde, suas lutas, suas conquistas e seus desafios também. Mas que a gente pudesse ganhar o coração daquela pessoa para essa causa da saúde pública universal, integral, equânime... E entender esses princípios do SUS na prática. Um dos critérios de escolha das cidades era o de ter um conjunto de coisas onde se pudesse ver a construção do SUS. (João)

O fato de ser um projeto proposto pelo MS visando à articulação com sub-reitorias de extensão (BRASIL, 2004b) e ainda ter sido posto em campo de

visibilidade nas narrativas dos estudantes, entendemos esta como uma estratégia política de sensibilização potente no sentido de dar oportunidade ao estudante, não apenas de medicina – nem mesmo somente da área da saúde –, de vivenciar experiências do (e no) SUS capazes de fazer repercutir na própria formação do aluno um compromisso ético-político com um “olhar crítico” sobre o sistema.

Entendido como uma ação extensionista, o VER-SUS acompanharia a vertente que prima pelo foco no estudante e em seu processo formativo, porém com pouca interferência direta na rede de atenção à saúde. A narrativa abaixo reforça tal perspectiva na medida em que valoriza os debates teóricos proporcionados pelas visitas às unidades, mas com pouco caráter propositivo.

O VER-SUS surgiu na minha vida porque uma das professoras me mandou um e-mail divulgando a história do estágio do VER-SUS. A ideia é ser um estágio de vivência... E eu, como todo aluno de medicina no começo, queremos práticas, eu já não aguentava mais só as matérias teóricas. Eu me inscrevi, fui chamada e aí, quando eu cheguei lá, foi muito bacana, porque não era só de estudante de medicina, mas conheci um pessoal do curso de história, da área de educação, psicologia, enfermagem... Inclusive é decepcionante a escassez de estudantes de medicina nesse estágio.

O estágio aconteceu ao mesmo tempo no Brasil todo. Mas eu acabei ficando no grupo do Rio de Janeiro mesmo. A gente ficou 10 dias juntos, num convento em Santa Teresa, saindo em grupos pequenos para conhecer a rede de saúde que está sendo construída aqui na cidade. Alguns grupos foram para unidades distantes e outros para unidades daqui da zona sul... No final da tarde fazíamos debates e era possível ver as dificuldades, as diferenças entre as áreas... E a gente debatia sobre as visitas domiciliares que a gente fez, sempre associando, por exemplo, ‘ah, não adianta o cara montar uma clínica da família se tem esgoto a céu aberto, as condições de moradia horríveis...’ A gente debatia mesmo essa coisa dos determinantes sociais e a saúde influenciando a rede do SUS. Então isso valia à pena. Deu para entender esse novo sistema das clínicas de família e o caótico sistema de saúde da cidade... Por vezes parecia que éramos levados para os lugares mais maquiados, mais arrumadinhos. Nos hospitais, por exemplo, só visitamos o Rocha Maia. E a gente discutiu muito isso, ou seja, a questão das Organizações Sociais gerenciando unidades de saúde etc. Mas nós éramos guiados pelos facilitadores, como se fossem nossos preceptores, mas ficou bem claro que fazia parte do estágio debater essa questão das políticas do Rio de Janeiro também.

Desse VER-SUS, o que mais ficou marcante para mim foram os debates baseados nas visitas e essa questão de ver diferentes pontos de vista, cada um falando da sua profissão, a estudante de pedagogia sempre tentava trazer as reflexões para a área da educação, pensar a relação entre as escolas e os postos de saúde. [...]

Eu vi que no Rio de Janeiro, em relação ao SUS, ainda tem muita politicagem... O VER-SUS aqui também serviu para a gente ver a importância da política na organização do sistema. Ouvi muitos pacientes elogiando, mas muitos outros criticando, porque na verdade ainda falta muito a se fazer. Foi interessante conversar com os trabalhadores, os profissionais de saúde. O quanto que ser contratado por Organizações Sociais e não ser estatutário da prefeitura também traz questões no dia a dia do trabalhador, que não tem plano de carreira, por exemplo. Qual é o

estímulo que o trabalhador vai ter de ficar ali naquele posto trabalhando anos, sem um plano de carreira? (Emília)

Em outra emergência das narrativas, aparece o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET), especificamente o PET-Saúde Mental. Apesar de ser cadastrado formalmente na SR3-UERJ como projeto de extensão, a proposta é oriunda do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) do MS. O PET-Saúde foi regulamentado por uma Portaria Interministerial (MS e MEC)³⁷, sendo destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Atenção em Saúde Mental, Crack, Álcool e outras Drogas, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais, bem como de iniciação ao trabalho e formação dos estudantes dos cursos de graduação da área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS, “tendo em perspectiva a qualificação da atenção e a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino superior” (BRASIL, 2010).

O PET Saúde Mental aparece na narrativa do estudante de medicina numa perspectiva de ação extensionista assistencial, entretanto produzindo um dispositivo de formação situado exatamente entre “o mundo do trabalho e o mundo do ensino”, onde o SUS passa a ser o intercessor.

No Projeto do PET-Saúde Mental, uma das coisas mais fortes foi a questão de lidar com o Sistema de Saúde e de treinar de verdade algumas intervenções dentro do SUS. O fato de irmos à unidade de saúde, de se perceber em rede e poder trabalhar com diversos profissionais que atuarão no futuro comigo foi muito bacana. Além do fato de poder lidar, ‘pegar tato’ com o atendimento ao paciente mesmo, porque a gente também fazia visitas nas casas dos pacientes. Eu fiquei um ano nesse projeto, mas não sei se ele ainda está funcionando. Lembro que na época surgiram alguns problemas institucionais, mas eu estive por lá no ano de 2011.

A dinâmica do PET era basicamente estar junto dos profissionais atendendo na rede de saúde, discutíamos os casos com eles e com os professores, tanto na unidade como no HUPE, sempre tendo como foco a saúde mental e a questão do uso de álcool e outras drogas. A gente se reunia com as equipes do morro do Borel e da Casa Branca. A ideia era atuar com a demanda dos próprios profissionais, ou seja, indicações dos casos mais complexos de pessoas que tinham problemas com o uso de álcool, crack e drogas em geral. Então nós partíamos dessa demanda dos profissionais que encontravam pessoas que faziam uso nocivo da droga, e a partir daí a gente trabalhava, a gente discutia e traçava propostas de como lidar e ajudar esse paciente, buscando traçar um plano terapêutico para levar à equipe de saúde. (Jorge)

³⁷ Portaria Interministerial (MS e MEC) nº 421, de 03 de março de 2010. Disponível em <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/inter-ministerial/103143-421.html>. (Acessado em 07/01/13.)

Outro aspecto que emerge tanto na análise das narrativas como no diário de campo³⁸ possibilita desvelar um elemento ideológico que permeia o debate sobre extensão na FCM-UERJ, e que, de certa forma, evidencia uma concepção da relação entre Universidade e Sociedade. De fato, recentes discussões que se procedem no Brasil acerca dos projetos de universidades são influenciadas pelas transformações político-econômicas que ocorrem não apenas nacionalmente, mas também em âmbito global. O papel das universidades diante de um mundo globalizado, que se apresenta eminentemente como perversidade³⁹, é feito não somente a reboque de políticas socioeconômicas, como a neoliberal que tende à hegemonia, mas se forja nos modos de ser, agir e pensar nas instituições, por vezes de maneira velada. De tal contexto a Extensão Universitária não fica imune. Melo Neto (2001) reconhece que o modelo político neoliberal é antagônico à prática extensionista compreendida pelo referencial de Paulo Freire (1992), tendo em vista a natureza crítico-transformadora dessas ações de extensão. Podemos inferir a existência de contradições entre narrativas de práticas de extensão – que se pretendem abertas aos diálogos, às reflexões críticas do mundo e permeadas pelo cultivo de um senso de responsabilidade por este mundo – e narrativas que carregam em si jargões do domínio empresarial, em que a política é reduzida à gestão/administração dos processos e a criatividade humana reduzida ao âmbito do empreendedorismo.

Eu sempre achei que a questão da gestão é uma das coisas mais encantadoras da Liga, é algo inovador no aprendizado do aluno e que pode ser trazido para dentro da graduação. Porque as vivências de extensão são possíveis de encontrar na disciplina de Medicina Integral ou em outros projetos de extensão. Mas em relação à gestão de projetos, só é possível experimentar se eu participo do Centro Acadêmico. Fora isso não existe. E Centro Acadêmico é diferente porque você tem que lidar com política, é bem mais complexo. Na gestão da Liga não tem tanto essa questão da politicagem, da burocracia maior. O aluno pode ter proatividade, aprender a liderar, trabalhar em equipe, coisas que você não aprende na faculdade. Na faculdade parece que a gente aprende mais a competir com o amigo... Aí a ideia é de poder trazer esse assunto da gestão para dentro da faculdade, porque a gente não tem uma disciplina sobre gestão em saúde. É uma tentativa de trazer o assunto para dentro da faculdade, de mostrar para os alunos de medicina de que existem técnicas de gestão de projeto e que podem ser adaptáveis para a realidade da saúde e das Ligas, por exemplo. Quando trouxemos a Empresa Júnior da PUC-Rio, pensamos em mostrar um modelo de gestão discente, de total autonomia dos alunos, que funciona

³⁸ Principalmente nas anotações referentes ao evento “II Fórum das Ligas Acadêmicas de Medicina da FCM-UERJ”, já anteriormente contextualizado.

³⁹ Como ensina SANTOS (2008).

tão bem a ponto de dar lucro e pode ser adaptado para a gente. Porque a ideia da coordenação de extensão é a gente conseguir sustentabilidade. Ou seja, vendendo os nossos produtos: o curso, os projetos de atividades educacionais [...].

Empreendedorismo e gestão são palavras que acabaram nascendo na área empresarial, mas que não necessariamente eu tenha que dar esse mesmo sentido. Eu vejo o empreendedorismo como uma característica muito da criatividade de você aprender a lidar com as pessoas para criar ou desenvolver um projeto. Você tem que empreender, criar, solucionar problemas e é isso que a gente tem que fazer na vida o tempo inteiro. E gestão, no sentido de se organizar, de poder dar uma sustentabilidade ao projeto, para não ficar uma anarquia louca. [...]

As Ligas da UERJ estão se tornando cada vez mais fortes, mais concretas. Mas ainda é um movimento que precisa ser reconhecido dentro e fora da UERJ. A ideia do Fórum foi justamente isso, trazer os vídeos e divulgar o que a gente faz. Associado a isso, a gente criou o site como um portal que junta todas as Ligas, como forma de divulgação. Porque as Ligas da UERJ têm potencial para se tornar realmente quase como microempresas, empresas júnior. Nós temos projetos muito bons, cursos, atividades em extensão, teatro infantil, tudo que você possa imaginar a gente tem, dividido em cada Liga. Se a gente puder divulgar isso, quem sabe escolas ou empresas não precisem de atividades educacionais sobre tabagismo ou higiene infantil. Com o site a gente se torna realmente visível para todo mundo. Isso tudo são planos, mas eu acho que tem potencial aí para ser muito bom. (Amanda)

É importante que a instituição tenha clareza sobre os rumos que se quer propor em termos de Extensão Universitária, especialmente no caso das Ligas Acadêmicas que são geridas e operadas por alunos, para que as propostas destas estejam coerentes com o projeto político-pedagógico construído institucionalmente. Espera-se, ainda, que o campo da extensão esteja atento para que não se reproduzam práticas centradas na questão da propriedade, no mercado e na acumulação de riquezas (MELO NETO, 2001), na medida em que estes são considerados desafios a ser enfrentados pelas universidades, quando se busca construir um processo formativo com base na cidadania, no cuidado em saúde e na responsabilidade pelo mundo.

As perspectivas sobre Extensão Universitária dissertadas neste capítulo não se pretendem a classificação nem catalogação de concepções sobre Extensão Universitária a fim de formar uma tipologia. Antes, tais perspectivas apresentam-se como um dos resultados deste estudo principalmente sob o aspecto da pluralidade, cujo fenômeno das ações extensionistas pode ser compreendido em sua potencialidade, ganhando visibilidade e importância no espectro das práticas acadêmicas, principalmente no cenário da pesquisa.

4.2 Extensão universitária, experiência e conhecimento em saúde

A racionalidade dominante na sociedade ocidental foi, desde a Idade Média, pautada pelos dogmas cristãos, especialmente os da Igreja Católica. Este campo epistêmico teocêntrico paulatinamente foi dando lugar, durante os séculos XV e XVI, a partir do Renascimento, ao estabelecimento da ciência experimental como fonte única da verdade (CAMARGO JR., 1993).

Luz (1988) nos aponta que a construção da racionalidade moderna como razão científica inicia-se pelo conflito, desenvolvendo-se num processo histórico de continuidades e rupturas. A autora ratifica que o Renascimento é, ao mesmo tempo, medievalidade e modernidade, uma época de modificação de costumes e de ideias. Uma série de momentos inaugurais na criação artística, filosófica, científica e tecnológica, que tiveram uma ressonância progressiva, partindo dos centros urbanos para toda a Europa, a despeito das reações político-religiosas de conservação e repressão, facilmente ilustradas pelos tribunais da Inquisição, pela Contrarreforma, pelas guerras e perseguições religiosas, presentes em todo o período até o século XVIII.

A fundação de um alicerce da racionalidade científica moderna vai gradativamente rearticulando saberes de diferentes cientistas e filósofos dentre os quais se destacam Newton, Descartes e Kant. O universo assume então o feitio de máquina e uma filosofia pós-kantiana assume cada vez mais o papel de tribunal da razão (CAMARGO JR., 1993). Mais tarde essa tendência será substituída pelo debate metodológico da ciência, identificada como *modo de produção de verdades*.

Dessa maneira, a racionalidade científica moderna, segundo Luz (1988), precisa ser vista como processo histórico de uma forma específica de racionalismo – tanto de caráter filosófico quanto social – que, contemporânea do Renascimento europeu, foi sendo formada. Ao mesmo tempo, deve ser entendida como estrutura de ordenação e explicação dos seres e do mundo moderno, servindo como princípio moral das relações dos homens entre si e com as coisas.

Do ponto de vista do sujeito, a racionalidade científica moderna terá como efeito a ruptura mais significativa: a ruptura do próprio sujeito de conhecimento, seu estilhaçamento em compartimentos: razão, paixões, sentidos e vontade, na medida em que institui agrupamentos epistemológicos e sociais para cada um desses

compartimentos – a produção de verdades para a razão (ciência), hierarquicamente superior às outras; as paixões e a vontade para a política e para a moral (ética); e os sentimentos e sentidos para as artes (estética) (LUZ, 1988).

Apesar de a razão, indubitavelmente, ocupar espaço privilegiado na produção do saber, de fato, as relações sociais e os costumes e hábitos dos indivíduos, seus sentimentos e paixões parecem constituir, na modernidade, um interesse crescente para a racionalidade científica. Entretanto, há uma suposição de que as leis da razão sejam universais e aplicáveis tanto ao mundo natural como ao mundo humano (LUZ, 1988). Os sujeitos sociais ordenados pela classificação da racionalidade social passam a objetos de um projeto de construção moral, para o exercício de uma conduta “razoável”, isto é, orientada por princípios racionais.

Desse modo, a razão se apresenta como virtude científica, em que o experimentalismo é ao mesmo tempo utilitário (por ser voltado para a solução de problemas impostos pela realidade), exploratório (pela busca de explicações novas) e interventor (por interferir e propor uma nova ordem aos seres e ao mundo), ganhando materialidade na primazia do *método científico*, no qual as regras da produção de verdades se tornam mais importantes, em última instância, que sua “veracidade” em si.

Apesar de não ser objeto central desta dissertação, consideramos que, para relacionar fundamentos e valores morais na racionalidade científica moderna, há de se ter claro que sua hegemonia foi decisiva para a construção da medicina moderna no século XIX, ou Biomedicina.

Para Luz (1988), a medicina é disciplina social por produzir um discurso natural sobre uma realidade social. É social, por conta de seus objetos: o corpo do homem, decomposto em elementos que o constituem; o funcionamento e o desajuste desses elementos; as relações desses elementos com esse corpo; as mentes e os sentimentos humanos; a sexualidade humana; seu sofrimento e morte através da doença e também seu comportamento e atitudes diante desses momentos. Luz considera sociais todas essas dimensões do viver e do sofrer, que têm sido, tradicional e historicamente, objetos da medicina — doença e morte, normalidade e patologia, equilíbrio e desvio.

Com a modernidade científica, tais categorias receberam uma ordenação teórica de disciplinas científicas modernas (biológicas, físico-químicas...), cindindo

doença e indivíduo doente: o “paciente” converte-se em objeto da ordenação social à medida que se desvia de um padrão de normalidade; a questão da vida se transforma em questão metafísica da filosofia, ou seja, pouco a pouco, a medicina se baseará na observação dos indivíduos doentes, retirando do seu cerne questões como a vida, a saúde e a cura. “Tudo é desvio em potencial. Juntamente com a doença [enquanto entidade], desfaz-se definitivamente, no grande universo da racionalidade médica, o conceito de saúde” (LUZ, 1988, p. 110). A saúde passará a ser vista não como afirmação da vida, mas como ausência de patologia; a “cura” será substituída pela cessação de sintomas. Buscando eliminar a doença do corpo dos indivíduos, surge a saúde na medicina moderna.

Essa forma de agir e pensar, com suas concepções e valores, tem-se reproduzido nas instituições de saúde (de ensino, de pesquisa, de serviços e nas políticas de saúde). Construídas a partir de conhecimentos biológicos (anatomo-físico-patológicos), estatísticos (formalismo quantitativo), ou até mesmo sociológicos (formalismo crítico-qualitativo) – a normalização das noções de saúde-doença utilizadas por essas instituições foram frequentemente enaltecidas nas análises no campo da saúde, em detrimento de um olhar mais abrangente sobre os saberes e práticas de saúde (PINHEIRO; LUZ, 2003).

A medicina moderna, dessa forma, evidencia um deslocamento do eixo epistemológico e clínico: de uma arte de curar indivíduos doentes transforma-se numa disciplina das doenças. O objeto da intervenção médica passa a ser, cada vez mais, o corpo individual.

Schraiber (2010) corrobora este pensamento radicalizando com o conceito de uma medicina tecnológica, ao averiguar as mudanças ocorridas na prática médica no final do século XX: com a supervalorização de exames laboratoriais e o abuso de procedimentos baseados em aparatos tecnológicos, o corpo se torna a imagem radiológica ou tomográfica, se reduz a números e a taxas laboratoriais, onde a investigação em busca de um diagnóstico ganha cada vez mais centralidade; não tanto mais o corpo, não tanto mais o indivíduo.

Utilizando uma comparação entre dois tipos de racionalidades médicas — a biomedicina e o vitalismo homeopático — Madel Luz (1988) afirma que este último estaria mais adequado à nossa “humanidade”. O vitalismo, por não poder ser esquadrinhado e quantificado, foi negado pelo cientificismo excessivo da medicina

moderna. O aspecto *vital* apontaria para a possibilidade de articulação das múltiplas dimensões do homem numa *soma* orgânica — onde se reencontrariam razão, vontades e paixões – despedaçada em fragmentos pela razão científica da qual a medicina moderna é expressão.

O modelo biomédico, como visto nesse último tópico, foi construído histórica e socialmente, constituindo-se alicerce não apenas para a medicina. Em maior ou menor grau, a virtude do cientificismo serviu de base a outros campos disciplinares que compõem a área da saúde como um todo.

Grande parte dos equívocos dos saberes e práticas de saúde está relacionada ao fato de ter-se conformado no modelo biomédico a virtude onipotente do caráter técnico-científico, tendo a doença reificada como categoria central, em detrimento de tudo aquilo que é subjetivo, mutável, complexo, variável – o que talvez melhor evidencie nossa condição “humana” (CAMARGO JR, 2007).

Contudo, isso não implica uma recusa a tudo o que é científico. Não seria possível – em nossa sociedade cujo cotidiano da vida é tão poroso aos produtos da ciência – nem seria prudente abrir mão dos conhecimentos e ferramentas que podem ser úteis ao cuidado em saúde. Quando se apreende *doença* numa perspectiva de *sofrimento*:

Doença pode ser entendida como um artefato teórico e heurístico, que organiza o conhecimento disponível sobre determinadas modalidades de sofrimento e auxilia na captação de informações, junto àqueles que sofrem, que idealmente serão utilizadas para, ao menos, minorar seu sofrimento. Mais ainda, ao delimitar uma classe de problemas em que a intervenção técnica é não apenas justificada como eticamente mandatária, circunscreve a esfera de atuação dos profissionais de saúde [...]. (CAMARGO JR, 2007, 71-72)

Ou seja, “doença”, segundo o autor, refere-se a um tipo de sofrimento humano no qual a abordagem técnica oferecida pelos profissionais de saúde é desejável e necessário, e que seja capaz de responder, ainda que parcialmente, a esta demanda por cuidado, aliviando o sofrimento que a motivou. Desta maneira, subordina claramente o campo de atuação técnico-científico a princípios éticos fundamentais. Mas que princípios éticos? Que virtudes esperamos – e desejamos – na constituição de saberes e práticas de saúde?

Podemos observar que o currículo médico, como apontado anteriormente, prevê que os estudantes de medicina tenham experiências nos chamados “estágios”

obrigatórios em campos de prática. Fraga Filho e Rosa (1980) e Feuerwerker (2002) afirmam que a vivência nessas situações se constitui um dos momentos privilegiados de construção da prática profissional, tanto nos aspectos técnicos quanto éticos. No entanto, ao longo do curso parece haver uma dicotomia entre teoria e prática, sendo que a prática inicia-se efetivamente no Internato, em atividades que ocorrem predominantemente nos hospitais universitários, onde os métodos semiológicos e terapêuticos acabam por centrar em procedimentos de alta tecnicidade – ou ainda, como já explorado no capítulo anterior, muitas vezes as práticas se iniciam em atividades extracurriculares, compondo o chamado currículo paralelo.

A dimensão das práticas também é posta em relevo quando as DCN propõem o conceito de “educação por competências” recolocando a prática profissional no centro das estratégias de mudança de currículos e processos avaliativos, a partir de uma orientação de perfil desejável para seus egressos. Na perspectiva de estimular a diversificação de cenários de aprendizagem, as DCN afirmam que o curso de graduação em medicina deve ter “um projeto pedagógico, construído coletivamente [...] e deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência” (BRASIL, 2001a, p. 4).

Macêdo et al. (2006) retomam a pedagogia de Paulo Freire ao evocarem os cenários de aprendizagem como espaços para conhecer na ação concreta no mundo, lugares de construção de conhecimento, de vivências, experiências que agreguem valores na produção de formas de atuar em saúde e de interagir com os usuários; ao mesmo tempo, são espaços de reflexão crítica sobre o mundo, possibilitando o desenvolvimento de um senso de responsabilidade, em suas diversas dimensões.

O cultivo do sentimento de responsabilidade é uma virtude cara ao campo da saúde. Restringir os significados conjugados à ideia de responsabilidade apenas às dimensões tecnicistas dos cuidados médicos soa como uma incoerência – dada a conformação atual de uma medicina tecnológica, na qual os vínculos intersubjetivos se fragilizam. Torna-se urgente que tais técnicas e virtudes biomédicas sejam permeadas por um senso de responsabilidade política e pelo cuidado integral como valores e ações na produção de práticas e de saberes em saúde.

Na medida em que não dizem respeito somente a técnicas a serem apreendidas, mas envolvem a possibilidade do aprendizado e do desenvolvimento de tais valores e virtudes pelos futuros médicos, cenários de aprendizagem diversificados constituem dispositivos pedagógicos fundamentais, como apontam Macêdo et al. (2006): experiências na atenção básica, nos internatos rurais, na interação ensino-trabalho-gestão em saúde, nos projetos de Extensão Universitária... Silveira e Pinheiro (2011) afirmam que a diversidade de cenários propicia a aprendizagem de valores como alteridade e permite que estudantes continuamente exercitem uma relação dialógica com o mundo das pessoas, com suas diferentes culturas e maneiras de viver.

Para Henriques (2011), a articulação do ensino, da extensão e da produção do conhecimento possui potencial de criar espaços flexíveis e amistosos para a produção e apreensão do cuidado em saúde, por incorporar outras perspectivas do processo de viver humano, para além das biomédicas. Retoma, nesse sentido, que os projetos político-pedagógicos das instituições de ensino em saúde devem contemplar a pluralidade, buscando consolidar o compromisso com a formação de profissionais cidadãos, exigindo a adoção de posições em defesa do mundo e da vida, o que não se resume aos aspectos estritamente técnicos, inferindo-se o que Schraiber (2008) chama de “o duplo técnico” – tecnologia e experiência – e “o duplo ético” – técnica e humano –, que devem permear tanto o trabalho quanto a formação em medicina.

Partindo dessas perspectivas este estudo propicia um campo de visibilidade para a Extensão Universitária como espaço de abertura a novas possibilidades de interação e articulação com serviços de saúde e com outros espaços sociais, garantindo aos estudantes experienciarem saberes e práticas que se vão construindo no cotidiano do viver com o outro (o outro docente, o outro usuário, o outro profissional).

Nos trechos das narrativas que seguem, os estudantes contam a maneira como percebem as diferenças entre o conhecimento aprendido em sala de aula e o conhecimento oriundo de suas experiências relacionais com os pacientes e professores.

Um primeiro projeto mais formal que participei era do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente, o Nesa. Participei de um programa de extensão chamado Programa de Distribuição de Preservativos e Prevenção de DST voltado para adolescentes. Nesse projeto, eu discutia as questões de

sexualidade com os adolescentes. Eu não me lembro de nenhuma aula que discutisse sexualidade dentro do currículo formal. Nas aulas, discutíamos as DSTs da mesma maneira biologicista como acontece nos ambulatórios de planejamento familiar: corpos cavernosos, grandes e pequenos lábios, patologias... Mas nunca a sexualidade em si. [...] No projeto de extensão do NESA, que era coordenado por uma psicóloga, uma médica, e uma enfermeira, o público-alvo era adolescentes secundaristas. O mote do projeto era distribuir preservativos feminino e masculino, com o objetivo de poder discutir com esses adolescentes transmissão de DSTs, prevenção, repercussão, o lugar da sexualidade... Na verdade era um lugar onde se podia discutir sexualidade amplamente. Eu fui bolsista por dois anos nesse projeto e era maravilhoso participar, por mais que eu tivesse a consciência de que aquilo ali era muito focal, considerando o universo de adolescentes... Mas foi um processo interessante porque eu fui aprendendo a lidar com esses conceitos e conteúdos ao longo desses dois anos... Eu ficava uns dois turnos em uma sala no prédio do Nesa, ao lado do HUPE. Recebi duas próteses penianas, dois projetos de pelve feminina, um monte de camisinha, panfletos, vídeos... O treinamento era feito em ato e as perguntas dos adolescentes iam chegando às conversas nessa sala. (Miriam)

Meu conhecimento hoje é mais que o conhecimento do livro. Eu vejo pelas minhas experiências e tento absorver as experiências de quem está me passando, como um ensinamento mais valioso até do que o ensinamento que está nos livros, o conhecimento técnico, científico, semiológico, clínico. O conhecimento técnico eu posso adquirir lendo, continuar a me informar e acho isso importantíssimo. Mas a experiência que eu ganho com aquele professor naquele momento, eu nunca mais vou ter. A experiência de ver, conversar com um paciente e pensar sobre esse paciente, discutir com o professor, associar com o que li sobre clínica ou semiologia... É uma experiência única aquele momento de relação que eu tive com determinado paciente. Algumas situações marcam muito. Antes de passar pela extensão eu nem perceberia que eu tinha essas experiências, porque eu não estava pensando nisso, não passava pela minha cabeça, então eu ia 'batido', passava rápido. Eu ia vivendo e absorvendo só o que me interessava naquele momento: buscar aprender a diagnosticar, a desenvolver um raciocínio clínico e a tratar a doença. Agora percebo que me interesse por uma coisa mais ampla, buscando atuar por meio de um cuidado integral mesmo. (Paulo)

Castro (2004), ao estudar projetos de Extensão Universitária – no que eles possuíam de agregador e inovador – identificou que, nas equipes das atividades extensionistas, as atitudes de respeito ao outro e de solidariedade colocavam os sujeitos numa condição de partícipes da proposta, em um movimento que parecia ser de diálogo contínuo e troca de experiência, tanto intraequipe quanto entre equipe e comunidade.

Ao ser inserido no texto das DCN, a indissociabilidade entre extensão, ensino e pesquisa reflete uma perspectiva de estabelecer um processo contínuo de construção de um conhecimento pautado nas experiências, vivências e interações entre sujeitos; um conhecimento que seja um permanente compartilhar entre saber acadêmico e o saber das pessoas.

Eu participei intensamente desse projeto porque ali eu podia, dentre outras coisas, fazer uma prática em saúde associada à educação propriamente dita. Eu olhava para os meus colegas da graduação, já certos de que especialidades iam seguir e me sentia perdido. Então foi na UNATI que eu consegui vislumbrar e praticar tudo aquilo que eu havia militado tanto no movimento estudantil: valorizar o conhecimento das pessoas, do saber que aquelas mulheres aprendiam no seu dia a dia e construir a saúde a partir disso. O modelo pedagógico [desse projeto] da UNATI, que nós ajudamos a desenhar, foi exatamente isso, porque não fomos para Nova Iguaçu ensinar as mulheres a serem cuidadoras. Elas já eram cuidadoras de suas famílias e suas casas e nosso papel era justamente questionar ou afirmar esse conhecimento prático delas. Nós éramos facilitadores do processo em que elas construam suas próprias compreensões sobre a saúde do idoso. (João)

Nesse trecho narrativo, compreendemos uma radicalidade da dimensão didático-pedagógica da extensão: quando os processos de ensino-aprendizagem são permeados pelos valores ético-políticos do cuidado em saúde, da alteridade e da responsabilidade. Por meio das atividades de extensão, o estudante narra como se pudesse exercitar as atitudes que ele mesmo imagina serem parte de um agir em saúde singular, em que estão impregnados valores que foram sendo construídos ao longo de sua formação (formação num sentido alargado, já que também o movimento estudantil foi evocado enquanto espaço formativo). Corroborando Henriques (2011), no trabalho em saúde é fundamental atentar que as condutas são tomadas a partir desses valores e das relações que estabelecemos com os outros, quando determinadas virtudes pautam o refletir crítico e a tomada de decisão.

Durante muito tempo a Extensão Universitária esteve centrada na ação, no agir no mundo, na possibilidade de atender a demandas da comunidade, mesmo que numa lógica assistencialista. No entanto, Castro (2004) reconhece que as atividades extensionistas vêm agregando reflexão crítica sobre o seu fazer, traçando um caminho de sistematização e difusão do conhecimento produzido. Fruto de encontros entre sujeitos (estudantes, professores, usuários...) e instituições (serviços de saúde, cursos de graduação, organizações não governamentais...), este conhecimento ainda encontra dificuldade em se produzir e divulgar de forma mais ampla, principalmente dentro da academia. Por meio das narrativas, percebemos que tal dificuldade parece estar associada à maneira como se tem tentado formatar tal conhecimento, vinculado a um modo de produção centrado nas virtudes científicas modernas, segundo as quais a experiência dos sujeitos é pouco valorizada enquanto saber.

Dos projetos que participei, não havia relação com as disciplinas... Eram coisas absolutamente diferentes: a extensão e a graduação. Em relação à pesquisa, lembro algumas coisas... No projeto de São Pedro da Aldeia a gente preparou um texto que foi para o congresso da Abem, fizemos uma apresentação falando do cenário de práticas e dessa experiência. Lembro que isso foi bem forte para mim porque eu participei bastante, escrevi, com orientação de um professor... Era sobre a estruturação do projeto e sobre essa questão dos meandros políticos.

Já no projeto do Nesa, produzimos alguns artigos e participamos de uns quatro congressos ao longo de dois anos... Mas era um recorte bem quantitativo, com alguma análise qualitativa dos atendimentos... Era razoável, porém bastante pontual... Lembro que era um esforço para a gente produzir, porque era difícil escrever sobre a experiência, fluía com dificuldade essa questão da produção formal do conhecimento...

No outro projeto, o Alunos na Praça, que era o mais radical dos projetos que participei, nós produzimos alguns textos, ganhamos prêmios, inclusive dentro da UERJ. Ganhamos o Prêmio Carmen Portinho... Eu lembro que foi um trabalho enorme para escrever nossa experiência coletivamente... Eu me lembro da gente ter se reunido diversas vezes para escrever e reescrever... O mais louco nessa história é que o Alunos na Praça não tinha vinculação institucional... Era um movimento e um projeto dos alunos, ao mesmo tempo, mas acabou ganhando um prêmio de extensão como se fosse um projeto institucionalizado... Essas são contradições institucionais... (Miriam)

Henriques (2011) afirma que ainda existem obstáculos que julgam a ação extensionista nas universidades menos importante que as demais atividades acadêmicas. Por outro lado, a autora lembra que, com os relatos de experiência apresentados em congressos e periódicos, pode-se perceber que na interface com a área da saúde, a extensão se configura como oportunidade de fortalecer os serviços e a rede local de saúde, além de assegurar aos estudantes as práticas das quais necessitam para se formar, não só tecnicamente, mas, formando valores ético-políticos na produção e valorização de um conhecimento baseado nas experiências cotidianas dos sujeitos envolvidos.

Na área da saúde, a formação e o trabalho são como territórios de interação que se apresentam fundamentais ao considerar que há um saber prático (exercitado nas experimentações e vivências em um dado cotidiano contextual) e um saber científico (exercitado em bases de um conhecimento que se entende universal) – é justamente nos espaços de encontro e interação entre experiência prática e teoria científica onde se potencializam saberes e práticas de saúde. Não é incomum que esses cenários deem origem ou sejam originados de projetos de extensão que se constroem, elaboram e desenvolvem a partir dessa implicação da ocupação dos mesmos espaços pela formação, pelo cuidado e pela extensão (HENRIQUES, 2011).

A narrativa abaixo nos ajuda a compreender ao mesmo tempo a importância de projetos de extensão para o desenvolvimento de uma reflexão crítica acerca das relações institucionais no SUS – em especial nas referências entre rede local de saúde e hospital universitário – assim como o aprendizado sobre o trabalho em saúde pautado pelo cuidado.

Outra coisa importante do PET é que tudo é discutido em conjunto com outros profissionais, o que não é uma realidade comum aqui na faculdade. Aqui a gente está sempre com um médico, lidando com estudantes de medicina apenas, dificilmente se dialoga com outro serviço ou outro setor. Além disso, estar no PET Saúde Mental é uma maneira de conhecer mesmo a rede, sabendo como funciona, o que tem de facilidade e dificuldade de acesso, quais as referências. [...]

E há uma diferença enorme para os alunos: de um lado vivenciar a realidade do SUS e, de outro, a realidade do Hospital Universitário. Não é que no HUPE vemos apenas os casos mais complexos, porque eu vi casos bastante complexos nas unidades básicas de saúde... Mas são situações diferentes, casos complexos em diferentes esferas. Além do mais, muitas vezes parece que o HUPE não faz parte da rede de saúde, parece que ele funciona independente e à parte de todo o resto. Isso é um problema porque, em geral, os alunos não conhecem o SUS de onde estamos estudando medicina. O PET ajudou muito nesse aspecto para mim. Acho que extensão abre o leque de tudo. (Jorge)

Eu precisei abrir mão de algumas coisas. Deixei de fazer, por exemplo, pesquisa básica, em laboratório. Mas através do Grupo Com Vida, escrevi um texto que virou um capítulo de livro, participei na produção de um artigo para a revista da ABEM... Fizemos boas discussões que acabaram estimulando a produção de alguns textos. No projeto de extensão eu fui bolsista e tinha muita liberdade para fazer pesquisa, para escrever... Um colega meu, que fez um estudo bacana: com um questionário, ele entrevistou pessoas HIV positivo do Grupo Com Vida e pessoas HIV positivo que não participavam do grupo. Então tínhamos liberdade para transitar, fazer pesquisa, mas com consistência acadêmica e orientação. De certa forma, a questão da pesquisa e da produção do conhecimento vinha abaixo das atividades de extensão, no meu caso, talvez porque meu interesse era ficar mais com as pessoas. (Fernando)

Segundo Aguiar e Ribeiro (2010), o aprendizado nos contextos reais de prática profissional envolve muitas dimensões além do conhecimento teórico, em geral implícitas nas rotinas e relações estabelecidas entre os agentes do cuidado. Esse outro conhecimento, tácito, construído empiricamente com base na experiência, é mais difícil de ser transformado do que o conhecimento sistematizado e, apesar de sua importância, não tem o mesmo *status* acadêmico do conhecimento

técnico. Relegado a compor o chamado “currículo oculto⁴⁰ ou paralelo”, tem inegável impacto no ensino de competências e atitudes profissionais.

Percebe-se que, no caso da extensão, a produção de conhecimento se opera a partir do particular e da experiência, processo no qual a capacidade de narrar sobre os fenômenos vividos torna-se substância própria do conhecimento a ser compartilhado. A produção de saberes oriunda de práticas extensionistas não se pretende verdade universal, mas verdades subjetivas pautadas pelas experiências, nas quais sempre será necessário um *outro* (aluno, professor ou usuário). Narradores e ouvintes parecem se revezar em seus papéis quando a experiência é vivida na interação.

As atividades de extensão dentro das Ligas influenciaram muito a minha formação. A experiência traz muita riqueza. Então eu pude ir além da experiência convencional de ser médico: ambulatório, hospital, com o paciente... Em atividades educativas, a gente dá uma informação mas aprende também. Aprende-se muito fazendo extensão: entendendo o ponto de vista do outro, compreendendo o jeito de vida do outro, a gente se torna tanto uma pessoa melhor quanto um profissional melhor também. Você passa a aprender maneiras de como se consegue atingir, tocar determinada população... Essas atividades permitiram que eu tivesse experiências riquíssimas de coletividade, de compromisso com o trabalho em saúde e de responsabilidade. (Fábio)

Para Castro (2004), o conhecimento produzido no âmbito da extensão é um conhecimento que circula, que tem possibilidade de agregar a si outros valores, não desprezando técnica ou ciência, mas justamente pensando na produção de saberes mais interessados nas questões cruciais do mundo a sua volta. A narrativa abaixo reforça tal perspectiva e nos ajuda a refletir como a Extensão Universitária enquanto espaço profícuo onde os saberes biomédicos podem, de fato, dialogar com os saberes das pessoas a fim de produzir novas maneiras de agir em saúde.

Existem muitas histórias que a gente ouve sempre que está no grupo [Com Vida]. Uma que me lembro é de um rapaz que tinha descoberto há nove meses que ele era portador do vírus HIV, mas ele não tinha contado para ninguém, absolutamente ninguém da família dele. Ao mesmo tempo, ali há pessoas do grupo que convivem há 20, 18 anos com o vírus, falando para ele ‘cara, você precisa contar para alguém que você confie, precisa fazer isso... Muita gente aqui já pensou em se matar e tudo que você está passando a gente já passou’... Aquilo me comoveu tanto, dessa troca de

⁴⁰ Para Rego (2005), Currículo Oculto inclui desde as influências advindas dos meios de comunicação e que circulam como socialmente aceitos até o resultado das relações sociais estabelecidas com integrantes ou não da comunidade da área da saúde.

experiências, essa ajuda compartilhada... Aquela pessoa que estava dando conselhos, estava fazendo isso pensando no sofrimento dele e do outro. Não sabemos se é possível evitar esse sofrimento, mas há uma tentativa de confortar, de ver que não se está sozinho. Esse é o aprendizado principal entre eles, mas para nós também, que estamos ali vendo tudo isso. Aprendendo com eles... Eu achei isso sensacional. Inclusive a própria professora falou depois para nós, alunos, que 99% do que ela sabia sobre AIDS ela aprendeu com eles, os pacientes, e somente 1% foi nos livros e artigos.

Acho que o principal aprendizado é com a experiência mesmo. Por exemplo, eles [os pacientes] falam muito sobre como são atendidos nas unidades de saúde, a abordagem dos profissionais em relação à doença. Eles reclamavam de alguns médicos pelos quais passaram, a maneira como eles descobriram sobre a infecção... Várias histórias de o profissional ter sido muito rude na hora de contar sobre o exame, não deu nenhum apoio, nem acolhimento, nem preocupação de explicar o que era a infecção ou a doença em si, como poderia se tratar, que aquilo não era o fim do mundo... Nos relatos deles, esse primeiro momento é sempre muito importante. Assim como o acompanhamento, a quantidade de exames, adesão ao tratamento, a fase de adaptação ao tomar os remédios, mudar o estilo de vida... Tudo isso é muito importante para você poder ter esse contato, essa confiança do médico para o paciente. Acho que é sempre uma questão de mostrar 'Estou aqui, tá? Você não está sozinho'. Isso eu aprendi bastante e quero manter isso na minha prática. (Emília)

Experiência ganha aqui conformação de *experencição*, como propõem Pinheiro e Ceccim (2006), em que “articular conceitos, percepções e sensações” produzem saberes ao assumir uma postura crítica e criativa de reconhecer possibilidades num verdadeiro desafio de “abertura de possíveis” (p 13). Na narrativa acima, a experiência não se configura somente como um estudo de caso para averiguar determinada teoria nem como experimento cujo controle de dados variáveis indicará uma verdade; tampouco corresponde à noção cognitivista em que a experiência seria mera base para o conhecimento. “Experenciar é, sobretudo, estar aberto, aceitando ativamente a criação, a invenção e a transformação” (PINHEIRO; CECCIM, 2006, p. 17).

Por um lado, a racionalidade científica moderna considera a experiência enquanto ponto de partida para a construção *conhecimento*, quando “conhecer” aponta para a busca de resultados a serem verificados, âmbito em que as evidências prestam um senso de certeza a respeito das informações e conhecimentos dos quais dispomos nas intervenções de saúde. Nesse aspecto, a experiência e o conhecimento podem ser compreendidos sob uma ótica utilitarista na medida em que representam uma base relativamente estável sobre a qual podemos atuar.

No entanto, podemos tomar uma perspectiva de modo a dar visibilidade a outro aspecto que emerge das narrativas: a experiência enquanto substância própria do *pensamento*. Arendt (2009b) nos ajuda a dar suporte a tal prerrogativa anunciando a “distinção que Kant faz entre *Vernunft* e *Verstand*, ‘razão’ e ‘intelecto’” (p. 28). Arendt apropria-se dessa construção kantiana entre a razão que pensa e o intelecto que conhece.

Assim, a distinção entre as duas faculdades, razão e intelecto, coincide com a distinção entre as duas atividades espirituais completamente diferentes: pensar e conhecer; e dois interesses inteiramente distintos: o significado, no primeiro caso, e a cognição no segundo. (ARENDR, 2009b, p. 29)

Para Arendt, o *pensamento* não provê uma conclusão sólida, mas diz respeito ao *significado* daquilo que nos ocorre. Ou seja, o pensar emerge de incidentes de experiências vivas e a elas parece permanecer ligado. O pensamento, enraizado na particularidade e na contingência da experiência, é um modo fundamental da abertura do espírito em relação ao mundo.

Se estamos imersos em uma “crise da medicina” (SCHRAIBER, 2008), cuja reificação dos meios-fins tecnológicos engendra rupturas de interações em diversos planos – entre médico e paciente; entre médico e outros profissionais; e entre médico e sua própria experiência – e quando o repertório de competências e saberes necessários à prática médica passa por permanentes renovações, torna-se fundamental ampliar, criar e dar visibilidade a espaços formativos onde, de fato, se possibilite refletir sobre a experiência que desaloja e se permita exercitar o estranhamento do que parece banal – neste estudo, a Extensão Universitária se mostra como “abertura de possíveis”.

Um exemplo marcante foi a ida ao Educandário Santos Drummond, que é como uma escola de detenção para meninas infratoras. Quando a gente chegou lá, o muro de uns 20 metros com aquele arame farpado impressionou. Mas, uma vez que você entra, é uma escola. Uma escola onde todas as janelas têm grades, mas é uma escola. Fomos convidados para fazer uma atividade com as meninas sobre o tabagismo. Nós estávamos empolgados: preparamos um vídeo sobre fisiologia respiratória, planejamos a dinâmica com o peak flow e o monóxímetro... A escolha desse tema foi por demanda do próprio diretor do educandário porque ele tinha proibido o cigarro dentro da instituição e queria uma atividade para mostrar às meninas os riscos do fumo e os benefícios para a saúde delas. Quando a gente perguntou quem fumava e desde quantos anos fumava, eu ouvi respostas mais espantosas como ‘desde os seis anos de idade’. Perguntamos também sobre quem já tinha filho: apesar de todas as

meninas serem menores de idade, boa parte da sala levantou a mão. Então são realidades que se chocaram muito, a delas e a nossa.

Conversando com um professor sobre nossa experiência, ele nos perguntou “Vocês pararam para pensar que vocês estão falando de educação e saúde, de prevenção, de risco, de evitar problemas no coração, câncer de pulmão... Coisas que podem acontecer daqui a 20 anos ou mais... E vocês se perguntaram qual é a perspectiva de vida e de futuro daquelas meninas? Elas estão presas, muitas cometeram homicídio, trabalharam com o tráfico, já têm filho e não sabem nem onde o filho está, na maioria das vezes, e todas são menores de idade... Que perspectiva de vida essas meninas têm?” E eu pensei “Nossa! E como é que a gente está indo lá para falar de saúde, de uma vida boa, feliz, saudável?!”. Quando me caiu essa ficha, fiquei me questionando para quem eu fui falar sobre a saúde, com que propriedade eu fui falar de perspectiva de futuro... Para uma pessoa que não tem nem a liberdade dela! Eu não tinha noção do que ela já passou na vida, ela começou a fumar com seis anos de idade, eu não sei o que fez essa menina começar a fumar com seis anos de idade... E eu vou falar sobre parar de fumar? Isso me bateu forte depois [...].

Por um lado existe essa questão de para quem que eu estou falando e por que eu estou falando. Por outro lado, tem a questão de elas se sentirem valorizadas, acreditadas. E foi com essa perspectiva que eu quis ir a essa atividade, de estar falando para meninas, que independente do que elas tenham feito, seja qual for o passado delas, para mim, elas têm um futuro. E lá dentro, talvez elas consigam se estruturar de outra maneira e buscar mudar de vida. Então, foi uma experiência muito marcante para mim, experiência de vida mesmo. Isso é o que a Liga e a parte de extensão te traz. O currículo da faculdade não me trouxe isso [...]. (Amanda)

O pensamento consiste algo como uma resposta às nossas experiências no mundo. Lembramo-nos do acontecido e procuramos compreendê-lo de modo que a experiência se conforme em significado, como fica evidente na narrativa acima. O pensar parte da experiência concreta, mas precisa distanciar-se dela para submetê-la à reflexão.

As narrativas dos estudantes de medicina nos oferecem subsídios para afirmar que, por meio das experiências em ações extensionistas é possível produzir não apenas *conhecimento*, mas serve ainda como ambiente para se processar *pensamento*, aprofundaremos a discussão para o desenvolvimento de competências e virtudes no âmbito da extensão universitária e da formação em saúde.

4.3 Extensão universitária e o desenvolvimento de competências e virtudes para o cuidado em saúde

Como já exposto, tradicionalmente, o modelo de formação médica segue um padrão orientado para o estabelecimento, nos anos iniciais do curso, de uma “base” de conhecimentos teóricos, oriundos das disciplinas biomédicas, segue-se ao chamado ciclo básico com uma sucessão de etapas de ensino-aprendizagem do método clínico – com base no desenvolvimento da semiologia e do raciocínio diagnóstico, em contexto usualmente hospitalar, inspirado no “Relatório Flexner”. Nessa concepção, o conhecimento científico transmitido no ciclo básico aparece descontextualizado e supostamente neutro, numa construção linear e cumulativa do saber. Afirmamos anteriormente que estudos evidenciam a distância entre essa concepção de conhecimento (dominante nas escolas) e os atuais requerimentos exigidos para os profissionais. Ou seja, as DCN, ao mesmo tempo que orientam a formação para contemplar as necessidades do SUS, enfatizam o desenvolvimento de competências e habilidades profissionais, tensionando sobre a relação teoria-prática na graduação e desafiando as universidades a transformar currículos e processos de ensino-aprendizagem-avaliação.

Retomamos as DCN, cujas premissas enfatizam conteúdos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais no processo de saúde-doença, a integração teoria e prática, pesquisa, ensino e extensão, além da inserção responsável dos estudantes nas atividades formativas e nos serviços de saúde, por meio de metodologias que estimulem o aluno na construção do conhecimento (BRASIL, 2001a). O texto das DCN evidencia a preocupação em alinhar a proposição aos cursos de graduação com os debates e a legislação proveniente das reformas dos setores saúde e educação no Brasil, a construção do SUS e com os movimentos nacionais e internacionais que lidam com a interface educação e saúde. Entendida nas DCN como um dos eixos que orientam a mudança no ensino e avaliação da aprendizagem, no nível estratégico, a noção de *competência* vem provocando discussão entre diferentes autores sobre as relações da escola com o mundo do trabalho (AGUIAR; RIBEIRO, 2010).

Extensão Universitária e um *ethos* como competência

Santos (2011) relaciona que o impulso para as discussões sobre competências e habilidades no Brasil teve ressonância com a adoção do modelo de competências por organismos relacionados à educação nos Estados Unidos e na Europa. De fato, no âmbito universitário, a declaração de Bolonha em 1999, propunha acrescentar uma especificação das características concretas das titulações universitárias, indicando as capacitações a serem adquiridas – o que se sabe fazer –, além de permitir facilitar a homologação das titulações acadêmicas dos países da União Europeia (SACRISTÁN et al., 2011). Isso favoreceria a movimentação de estudantes e formados no território europeu, à medida que a titulação teria um aval de transparência para satisfazer e se ajustar às demandas do mercado de trabalho.

Segundo Sacristán et al. (2011), a organização da aprendizagem por competências pretende consolidar o que se aprende, prestando-lhe algum tipo de funcionalidade. Uma orientação mais precisa desse enfoque utilitarista do ensino é representada pelas experiências de formação profissional, em que o domínio de determinadas habilidades, capacidades ou competências é a condição primordial do sentido da formação. Dessa forma, estruturar a formação tendo como referência competências a serem desempenhadas no posto de trabalho, tornar-se-ia a melhor fórmula para obter a finalidade da formação. Tal enfoque, segundo o autor, converteu as competências em algo pretensamente esclarecedor do que queremos obter nos processos formativos, transformando essa ideia como guia dos sistemas e programas educacionais, da organização de currículos e de práticas didáticas (SACRISTÁN et al, 2011).

Nesta pesquisa, por meio das narrativas dos estudantes de medicina, percebemos que um dos elementos desenvolvidos nas práticas extensionistas se relaciona diretamente com aspectos mais pragmáticos do aprendizado de competências: nos projetos de extensão, os alunos relatam que constroem maneiras de saber-fazer que extrapolam os espaços da sala de aula e ampliam a noção do que seja a atuação em saúde por meio de uma “articulação política” para viabilizar tais projetos, seja em Ligas Acadêmicas, seja em projetos que nascem numa perspectiva da mobilização estudantil.

Para que tivéssemos uma vivência de atenção primária no SUS, nós, alunos, precisávamos juntar três setores da universidade que não costumam conversar muito: a direção da FCM, o IMS e o AMI. Eu me lembro de ter escutado 'ih, isso não vai funcionar', mas aconteceu... Conseguimos unir alguns professores dessas unidades e escrevemos um projeto de extensão juntos. Para viabilizar o projeto precisávamos ter um docente no local, articular com a secretaria de saúde local... Era uma costura política delicada dentro da universidade. Era um ajuste político delicado também no município de São Pedro da Aldeia. Tudo só aconteceu porque conseguimos pessoas-chave: uma no IMS, uma no AMI e uma na FCM, que estavam dispostas a ajudar. E tínhamos uma pessoa disposta a ir ao cenário de prática também. Foi uma grande costura política feita pelos alunos, mas também com vários episódios circunstanciais. Por exemplo, a pessoa que aceitou ir para o campo de estágio era amigo pessoal do secretário de saúde na época. Coisas da política.

Mas em São Pedro da Aldeia havia uma rede de saúde pequena e na época era o único lugar possível, pois já existia alguma costura do pessoal da Nutrição da UERJ que fazia estágios lá. Já havia algumas portas abertas.

Pensando agora, acho que o próprio processo de viabilização desse espaço de São Pedro da Aldeia foi de muito crescimento. Participar da inclusão desse cenário na minha formação, viver as disputas políticas dentro e fora da universidade, estar em reuniões com pessoas de interesses diversos, de pessoas muito diferentes... Precisamos entender que estávamos imersos num processo político, que havia interesses de reeleição, interesses em subir dentro da estrutura política no próprio município... Então esse era um parâmetro que não tinha como aprender dentro da sala de aula... E no fim construir um ano de internato optativo, em forma de projeto de extensão, que foi tudo o que se conseguiu, foi um grande aprendizado... (Miriam)

Como Niterói estava no auge do desenvolvimento do seu Programa Médico de Família, fizemos o projeto piloto do VER-SUS lá. E a ideia era de imersão, de passar o tempo em campo com os outros alunos conhecendo os níveis de atenção, a gestão e o controle social.

Essa parte do controle social foi a que eu mais participei na construção do estágio do VER-SUS Niterói. Como eu estava mais chegado à formação do polo de educação permanente, que era uma estratégia de envolver universidade, gestores, profissionais e conselhos de saúde na discussão da educação e do trabalho em saúde, eu tive mais facilidade de articular com o controle social. Então eu ajudei a planejar essa parte do estágio e fui facilitador desse grupo. Foi interessante ver ao mesmo tempo os estudantes se encantando com a questão da participação dos usuários nas questões políticas, iam se decepcionando com as politicagens e com as burocracias do conselho municipal de saúde. E foi interessante isso porque eu era estudante ainda, mas depois que me formei, fui ser médico de família lá em Niterói... (João)

Por um lado, eu acho que as Ligas valorizam o que o aluno faz, ainda mais quando se trata de extensão. É colocar o aluno em evidência e não o professor. Nas Ligas nós temos a possibilidade de iniciativa, é a oportunidade dos alunos atuarem ativamente no seu processo de aprendizagem, principalmente quando nosso currículo não tem quase nada de metodologias ativas de ensino. As atividades da Liga são uma possibilidade do aluno tomar à frente seu processo de ensino-aprendizado, colocar a cara à tapa mesmo, aprender errando... Como somos nós que coordenamos e desenvolvemos, acaba sendo mais prazeroso correr atrás e faz mais sentido se empenhar. (Fábio)

Nas DCN, uma das “competências gerais” a ser contemplada na formação do médico relaciona-se à administração em saúde. O texto descreve que os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o “gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação”, da mesma forma que devem estar aptos a serem “lideranças na equipe de saúde” (BRASIL, 2001a, Art. 4º – V). A narrativa abaixo traz elementos que evidenciam a potencialidade dos projetos de extensão no que concerne ao estímulo de gerir processos relacionados a esta competência.

Em 2011, surgiu a dúvida de como seria a gestão da LIONCO, pois o presidente anterior teria que passar o bastão. Como eu amei o projeto, decidi assumir a vice-presidência e, logo em seguida, a presidência. É justamente aí que inicia, para mim, o grande benefício das Ligas: a gestão. É na gestão do projeto que se aprende a lidar com tudo e com todos. Na LIONCO foi interessante porque além de se buscar o ensino, a pesquisa e a extensão, a gestão foi também um grande aprendizado. Eu amadureci muito como pessoa, porque dentro de uma gestão se aprende a ter que lidar com alguém que é igual a você, que é tanto aluno quanto você, tem a mesma idade e muitas vezes é seu amigo, mas que tem pensamentos diferentes do seu... Aí vamos ter que debater para se chegar a uma solução. Aprender a liderar, aprender a dividir tarefa, e eu, por questão de personalidade mesmo, acabo por concentrar muito as tarefas... E isso é muito complicado dentro de um processo de gestão. (Amanda)

Outra orientação que propõe as DCN consiste na utilização de diferentes cenários de ensino-aprendizagem “permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional” DCN (Art.12 – VI), também aparece na narrativa abaixo.

Os projetos de extensão de que participei primeiro me colocavam em contato com pessoas de outros cursos que tinham processos de formação muito diferentes do meu... A possibilidade de discutir com aluno da faculdade de enfermagem, que tem curricularmente um espaço de relaxamento e de discussão sobre a construção do eu, sobre a arte do cuidar... É uma coisa surreal para a formação em medicina. Ter a oportunidade de conversar com essas pessoas modifica tanto que, por vezes, tornou insuportável o meu próprio processo de formação. Acho que as agruras na formação de enfermagem sejam outras, mas penso que na formação de enfermagem, ao menos a que tive mais contato aqui na UERJ, que as pessoas estão mais atentas a uma série de coisas, ou ao menos estão discutindo uma série de situações, por exemplo, o cuidado com o próprio aluno... [...]

Além disso, com o contato com outras áreas me fez ver que: uma coisa é a aula de hipertensão, dada pelo professor da cardiologia dentro do anfiteatro do segundo andar da FCM; outra coisa era discutir hipertensão com os colegas da enfermagem... E uma terceira coisa era quando a gente estava num cenário de prática como a praça pública, conversando com pessoas numa fila de hipertensos, que explicavam como era o seu acompanhamento

no ambulatório, como era o acesso ao remédio, porque tomava ou não tomava o remédio, quais as dúvidas sobre a doença, sobre os medicamentos... Então os espaços para discutir uma mesma patologia eram distintos demais... [Essa] questão tem a ver com a diversidade, de estar em contato com outros saberes, de estudantes de outros cursos. Isso permite a gente questionar o lugar do nosso saber, o que você efetivamente sabe e qual é o lugar que te cabe... Dá uma noção de realidade muito grande... (Miriam)

No entanto, compreendemos, por meios desses trechos narrativos, que a noção de *competência* ganha outros significados, para além do “saber-fazer” atribuído aos espaços de aprendizagem baseados em competências. Santos (2011) afirma que a existência de diversas matrizes teórico-conceituais de competência e as imprecisões inerentes à aplicação dos conceitos geram dissonâncias na organização de propostas formativas baseadas em competências. O autor nos lembra de que o conceito pedagógico sobre o desenvolvimento de competências tem raízes no *behaviorismo*, ou comportamentalismo – tendência influente na psicologia e na educação nos anos 60 e 70 –, traduzindo sua apropriação pela utilização de listas de tarefas a serem realizadas e a verificação destas por meio de *check lists*.

Já Aguiar e Ribeiro (2010) sustentam que, embora desperte controvérsia, o conceito de competência tem sido apropriado de modo fértil na discussão sobre mudanças na formação em saúde. Recolocar a prática profissional no foco do processo formativo ajuda a induzir as escolas médicas a repensar seus projetos, possibilitando a reorientação do planejamento educacional a partir do perfil de competência desejável para seus egressos.

A substituição da noção de *comportamento* – tradicionalmente identificada como conteúdo manifesto da capacidade – pela de *competência* oferece outra perspectiva em que o *desempenho* é assumido como “conjunto de atributos e capacidades mobilizados pelo sujeito na ação” (AGUIAR; RIBEIRO, 2010, p. 374). Em outras palavras, a associação de uma competência a um simples objetivo de aprendizado confunde sobre os objetivos do processo formativo, sugerindo equivocadamente que cada aprendizado adquirido verificável seja uma competência.

Existe, entretanto, outra compreensão sobre competência, que entende o desenvolvimento de atributos (cognitivos, psicomotores e afetivos) que, combinados, possibilitam distintas maneiras exitosas de se realizar tarefas essenciais de determinada prática profissional. Assim, diferentes combinações podem compor os

distintos modos de reger as ações, permitindo que sujeitos desenvolvam um estilo próprio, adequado e eficaz para enfrentar situações profissionais (AGUIAR; RIBEIRO, 2010).

Entendemos que essa abordagem, além de mais porosa ao campo da formação em saúde, pressupõe o desenvolvimento de articulações com o mundo do trabalho no cotidiano das práticas de saúde e que essas sejam, ao mesmo tempo, pedagogias eficazes. Nas narrativas construídas neste estudo, as competências adquiridas por meio da Extensão Universitária, ainda que compreendidas em sua face utilitária, se aproximam mais da noção de *desempenho* ou *performance*, se afastando da ideia de mera capacidade ou comportamento. Isto parece em conformidade com a dimensão do significado atribuído pelo sujeito à sua experiência, em que o aprendizado é acionado de maneira contextualizada e associado aos valores inerentes a determinada prática. O conhecimento, nesse sentido, reafirma a legitimidade de um saber advindo da experiência nas ações extensionistas, como “referência a um saber local e uma sabedoria prática [que] realça a necessidade permanente de contextualização dos saberes, que não podem se apresentar como universais” (ACIOLI, 2004, p.199).

Interessante pensar isso agora, mas depois de formado, logo que fui trabalhar em uma unidade de Saúde da Família, um dos primeiros projetos que propus foi um projeto de cuidadores de idosos. E foi muito bacana levar essa experiência para um contexto de atenção primária. Fizemos algumas adaptações pedagógicas, por exemplo, criamos uma atividade prática que chamamos 'adote um idoso' que era uma maneira de envolver a comunidade nessa proposta. No final do curso, chamamos o SEBRAE para ajudar a pensar uma cooperativa de cuidadores de idosos... Então essa experiência de extensão marcou muito, serviu de inspiração para essas ações posteriores, quando eu já estava formado. (João)

Na extensão, o processo formativo aparece para além de uma formação tecnicista – na qual há um superdimensionamento da técnica em prol de um esvaziamento dos significados, como se o uso das técnicas ocorresse num ambiente estéril e neutro, sem o alicerce ético-político. Nesse sentido, o aprendizado que se constrói por meio das ações extensionistas não é somente técnica nem somente valores, mas um exercício de cuidar que passa a aparecer como um agir virtuoso em saúde.

Essa noção se aproxima do que Hannah Arendt (2009a) chama de “virtuosidade” – baseada na *virtú* do príncipe maquiavélico –, fazendo alusão à

excelência que se atribui às artes de realização, nas quais a virtude só aparece enquanto ação, enquanto desempenho, e não em um produto final estático. A ideia de *competência* tomada como virtuosismo, desempenho em performance, se aproxima do aspecto mais prático do aprendizado nas atividades extensionistas inferidas pelas ações narradas pelos estudantes.

Nesse mesmo sentido, Barros (2011), aproximando para a esfera da ação formativa na saúde, desenha uma definição: competência seria o que se constitui no concreto das experiências de trabalho em saúde, não seria possível defini-la antecipadamente. No entanto, a autora reafirma a importância de uma formação que vá além das competências técnicas e saberes racionais para se trabalhar numa dada realidade.

Parece-nos ser necessária, também, outra qualidade de competência a ser construída e cuidada nos processos formativos (...) que se faça no exercício ético-político no concreto de nossas experiências (...), chamamos esta de uma competência ética, que, mais que uma nova habilidade (...), é a de constituir um ethos como competência. (BARROS; CÉSAR, 2011, p. 188).

Ao propor o cultivo de uma ética que, ao ser exercitada, forja competências, Barros contrapõe as lógicas modernas de formação e trabalho, em que a competência pertence a um sujeito e especializa-o em “o sujeito competente em algo” ou “formado em”. Ao propor congregar à ideia de competência técnica valores éticos, o sujeito é concebido livre de qualquer competência, mas podendo, virtuosamente, lançar mão delas à medida que os encontros assim o solicitem. Assim, técnica e ética passam a coexistir porque surgem como práticas eficazes tanto no desempenho virtuoso, como nas virtudes que aparecem naquilo que poderíamos denominar de “narração”. Ou seja, a narração como exercício político a repercutir valores ético-morais em itinerários formativos na saúde, de fato, coerentes com a dimensão democrática cunhado na Constituição Brasileira de 1988.

Cabe ressaltar que, em nosso país, a discussão sobre educação ético-moral esteve em pauta como ação do Estado autoritário ditatorial, quando as disciplinas de “Moral e Cívica” e “Estudos dos Problemas Brasileiros”, que fizeram parte dos currículos de maneira geral até início dos anos 1990, compunham uma série de estratégias governamentais na tentativa de reforçar um comportamento a que se buscava submeter as pessoas. No entanto, corroborando Rego (2005), entendemos

que o objetivo principal de se discutir a formação moral seja o de favorecer o desenvolvimento das faculdades humanas de pensar, julgar e decidir.

Ratificando o que discutimos como pressupostos desta dissertação e analisando o processo de formação médica no Brasil, Rego (2005) reconheceu a forte ênfase no ensino técnico, que demanda grandes esforços dos estudantes e que é comparável ao que se descreve sobre a formação médica no mundo. Segundo o autor, boa parte do processo de formação ainda se dá com muitas aulas demonstrativas ou nas quais o estudante repete algo que já foi feito e não cria, de fato, nenhuma responsabilidade pelo que se faz. Dessa forma, Rego e Schillinger-Agati (2011) afirmam que tem sido traçado um ambiente pouco estimulante para a formação moral e ética dos estudantes de medicina.

De fato, desde a década de 50, estudos já evidenciavam que havia uma perda do idealismo durante o curso de graduação de medicina, refletida nas atitudes dos estudantes, como apontam, por exemplo, Eron (1955) e Merton et al. (1957). Ou seja, durante os anos de estudos de medicina, os autores evidenciaram uma perda progressiva da atitude despretensiosamente humanista dos estudantes, ao passo que há uma aquisição de um senso de respeito aos códigos deontológicos. Schillinger (2006), utilizando testes cognitivistas⁴¹, ratifica estudos anteriores ao identificar um fenômeno que a autora chama de “regressão moral”, isto é, um declínio nos índices de “competência moral” ao se compararem resultados de estudantes dos primeiros com os dos últimos anos da escola médica.

Schillinger (2006) confirmou o pressuposto de que “uma regressão no desenvolvimento moral em seu aspecto cognitivo (competência moral) pode ocorrer como resultado da falta de oportunidades educacionais” (p.14), sugerindo que tal fenômeno esteja associado a um “ambiente de aprendizagem” que não favorece o desenvolvimento moral dos alunos⁴². Nesse sentido, a autora aponta que pensar sobre os cenários de aprendizagem e os métodos de ensino como elementos fundamentais para o desenvolvimento da competência moral.

Rego e Schillinger-Agati (2011) conceituam competência moral como “a capacidade de não somente reconhecer os próprios princípios, valores e orientações morais, mas também, e principalmente, a capacidade de agir de acordo com eles”

⁴¹ Schillinger (2006) utilizou dois testes – o Teste de Julgamento Moral e o Orign/u (*Questionnaire for opportunities of role-taking and guided reflection at the university*) – em 1.100 estudantes de Medicina, Administração e Psicologia nos primeiros e últimos semestres no Brasil, Alemanha e Suíça.

⁴² A autora descreve como *unfavorable learning environment*.

(Ibid. p. 118), sendo considerada base a acepção piagetiana⁴³ de “organização cognitiva dos estágios do desenvolvimento, tendo o afeto como fonte energética”(Ibid. p. 126).

Entretanto, entendemos que o desenvolvimento moral adquire uma dimensão ético-política no âmbito público, onde desempenho e performance nos fazem mostrar-nos uns aos outros. Chamamos de desenvolvimento de virtudes justamente porque afeto, cognição, valores, experiência e pensamento crítico passam a estar articulados e mobilizados na produção de subjetividade, reafirmando o aspecto político da “virtuosidade” arendtiana.

Nesta pesquisa, por meio das narrativas dos estudantes de medicina, a extensão universitária ganha visibilidade como cenário de aprendizagem propício ao desenvolvimento de virtudes, para além das virtudes biomédicas.

Outra experiência interessante que participei pela LIONCO foi de levar a atividade de prevenção ao tabagismo ao Educandário Santos Dumont, na Ilha do Governador. Essa é uma instituição para meninas entre 12 e 18 anos que cometeram crimes, assassinatos, e foram limitadas da liberdade. Foi um desafio porque o clima era bem pesado e a gente teve certa dificuldade de fazer o trabalho, mas no final foi pessoalmente foi gratificante demais. Nós levamos vídeos, brindes, material educativo, mas era um ambiente completamente diferente dos que a gente já tinha ido. Primeiro porque temos sempre aquele preconceito de estar numa penitenciária. Bem ou mal as meninas estão presas. Segundo, quando você pensa que as meninas naquela penitenciária são pessoas mais novas do que você, são pessoas que poderiam ser suas irmãs... Então você já entra com essas concepções e logo tem que lidar com essas contradições. Dá para perceber a carência total. Fomos inclusive avisados: ‘olha, se acontecer qualquer coisa, eles vão usar de violência, vocês precisam entender isso, não fiquem nervosos, ajam conforme as recomendações’... Eu cheguei, de certo modo, com medo da situação. Por conta das normas, assim que entramos, fomos trancados lá dentro também... É complicado... Quando a gente começou as atividades a gente viu certo distanciamento das meninas. Algo como medo ou repúdio... Não queriam ouvir aquilo. Mas depois que a gente começou a conversar, todos estávamos tão entrosados, todo mundo gostando, que até os agentes carcerários entraram nas brincadeiras com as meninas. Para mim foi uma experiência inovadora. Importante para desconstruir conceitos que a gente tem pré-formados na cabeça. [...]

Cada atividade de extensão que eu fiz foi uma possibilidade nova de entender algumas coisas. Por exemplo, conversar com uma pessoa que começou a fumar com 8 anos de idade porque se justificava, enquanto criança, que fumando era importante para espantar os mosquitos à noite dentro de casa. A experiência que eu tive na penitenciária feminina... Ou a possibilidade de você conversar com o cara que trabalha vendendo coco na praia, e que ele não passa protetor porque ele está preocupado em vender

⁴³ O pensador Jean Piaget, através da minuciosa observação de seus filhos e outras crianças, impulsionou a teoria cognitiva, na qual propõe a existência de estágios de desenvolvimento cognitivo no ser humano. Piaget também identificou um padrão de desenvolvimento da capacidade de julgamento moral das crianças, partindo do pressuposto de que nenhuma realidade moral é completamente inata. Nesse sentido, desenvolvimento cognitivo e moral teriam origem não no sujeito nem no objeto, mas na interação sujeito-objeto (ARANHA, 1990).

o coco, ele não está preocupado em passar o protetor, não faz a mínima associação: para ele quem está pegando sol é a pessoa que está lá tomando banho na praia, pegando sol, não ele que está o dia inteiro exposto, apesar de estar com chapéu. Essas histórias ajudam muito não só a entender a realidade do outro, mas também trazem um benefício próprio de autorreconhecimento muito grande.” (Fábio)

Como um dispositivo de formação em saúde, nesta pesquisa, a extensão compreende um espaço do “não habitual” ou do “imprevisto”, ou que foge à engrenagem de uma educação tecnicista, como visto no decorrer desta dissertação e como muitas vezes apareceram nas narrativas dos estudantes quando se referem à grade curricular. As atividades extensionistas, de certa forma, apontam para uma crítica ao excesso de zelo inerente à organização curricular de conteúdos que terminam por negligenciar justamente os elementos contingenciais, desordenados ou mesmo caóticos que estão presentes em todas as esferas da vida social.

O caráter de imprevisibilidade dos eventos que ocorrem nos processos de saúde-doença, de cura e de morte, é fortalecido por um alto grau de subjetividade presente nas relações entre profissionais de saúde e usuários e entre esses e os serviços de saúde. Pinheiro e Luz (2003) nos lembram de que “imprevisível e subjetivo” são termos utilizados pelos planejadores especialistas para explicar as dificuldades de se planejar e avaliar a factibilidade de modelos organizacionais de serviços de saúde.

Essa subjetividade carrega um imaginário, fruto de práticas e representações sociais, material simbólico que é expressão cultural de um modo de perceber a saúde e a doença (PINHEIRO E LUZ, 2003). Apesar de tais aspectos serem pouco valorizados pela racionalidade biomédica, a virtude do cuidado pressupõe que profissionais de saúde sejam capazes de manejar o “não previsto”. Nesta pesquisa, no âmbito da Extensão Universitária, as narrativas contam sobre a possibilidade de experienciar e refletir novas maneiras para lidar com a diversidade de situações passíveis de acontecer no cotidiano das práticas de saúde, ampliando os nexos da saúde com outros aspectos do mundo da vida.

Essa foi uma experiência muito forte: ir para Nova Iguaçu pela UNATI, ter as alunas ali junto, de se envolver com as pessoas do bairro. Mesmo antes, de planejar as aulas e as metodologias de ensino... Foi tão interessante que pegamos uma segunda turma no ano seguinte. Uma das estudantes de medicina, que era também tutora nesse projeto de extensão, levou esse projeto para Duque de Caxias, que era a cidade natal dela. Ela articulou com uma igreja do bairro para poder fazer o curso ali. E eu ajudei a fazer

algumas atividades nessa turma também. Ali já surgiram outras questões, por exemplo, como abordar a sexualidade do idoso, as relações de gênero, dentro de uma igreja, tendo a maioria das alunas religiosas... Essa experiência marca também porque me ajudou a desenvolver esse jogo de cintura que é fundamental para o trabalho do médico e o trabalho na saúde em geral. (João)

Uma das primeiras questões que surgiu foi lidar com o tráfico de drogas e a violência... A gente se perguntava o que era possível aparecer nos grupos de educação em saúde, que não colocasse a vida dos jovens e a nossa também em risco... Eu lembro quando a gente chegou num dos grupos do CEMASI, os jovens começavam a trazer os relatos de violência, de assassinatos, muita violência que eles viviam... A violência é sempre muito complicada, mas eram situações institucionalizadas dentro da comunidade... Esses relatos começavam a chegar e a gente tinha essa preocupação: como lidar com esses relatos no grupo? Se um jovem explica quem é o dono do morro, como as coisas acontecem, a gente ia ter dificuldade de se manter lá no CEMASI sem risco e o próprio jovem poderia ter complicações no bairro dele... E os relatos de violência chegavam soltos, no meio das conversas... Não chegavam organizados... Um dia nos disseram que as pessoas do tráfico já sabiam que a gente estava subindo o morro e que eles tinham autorizado a nossa entrada por meio do pastor da igreja... Essa não é uma situação para a qual a universidade nos prepare... Esse jogo de cintura para lidar com isso, manter o trabalho apesar disso, é uma situação onde só é possível ser vivenciada em um projeto de extensão... Nunca em aula alguma na medicina a violência era discutida [...] Eu tive minha mente aberta, como se a mente se abrisse mesmo... Os projetos que participei me ajudaram a entender que o universo é muito maior que a Universidade e que o mundo é muito maior que meu umbigo... Ajudaram no processo de desenvolver habilidades para o inesperado, porque a universidade foca o esperado... A graduação foca na situação habitual... A capacidade de improvisar, de fazer diferente, de mudar de posição, de impactar de outra maneira numa determinada situação, isso para mim, veio dos projetos de extensão... Pelo menos comigo foi assim... (Miriam)

Outra dimensão que aparece nas narrativas em relação ao desenvolvimento de virtudes consiste no exercício de reconhecimento do *Outro* enquanto substrato para a prática do cuidado integral em saúde. O cuidado em saúde tem sido apresentado nos estudos em Saúde Coletiva como desafio orientador nas discussões que vêm sendo travadas não somente sobre a transformação dos processos de trabalho, mas também no que diz respeito à reorganização dos processos de formação em saúde (PINHEIRO; CECCIM, 2006).

A noção de cuidado não reporta a um nível de complexidade do sistema de saúde, nem a algum procedimento técnico específico, mas “uma prática orientada pela integralidade no exercício da atenção à saúde, uma prática cuidadora” (PINHEIRO; CECCIM, 2006, p. 25). Tal assertiva encontra ressonância na narrativa que segue.

Mesmo pensando em fazer cirurgia como especialidade, esses projetos todos ensinam coisas fundamentais em minha opinião. Eu acho que a gente aprende a lidar com a pessoa independente de onde é que a gente esteja, porque a gente leva isso para a vida como um todo. Não só para dentro do trabalho... Para fazer um cuidado integral é fundamental estar atento aos vários aspectos da pessoa, e não só focar na doença, como se faz por aí. Para mim, o básico disso é estabelecer uma conversa com a pessoa e ter o mínimo de noção de quem é aquela pessoa: suas dores, suas doenças, sua mente, sua relação com a família e com os outros e o lugar em que ela vive... Claro que isso não vai ser possível somente em uma consulta, mas sim no decorrer do acompanhamento. Quando se tem essa noção, eu acho que se possibilita cuidar muito melhor do paciente. (Bárbara)

O exercício de reconhecer o *Outro*, no âmbito dos processos de saúde-doença, envolve “assistir” e “tratar” e “acompanhar” segundo parâmetros do “acolher” e do “respeitar” para se permitir estabelecer vínculos de confiança. Isso significa dar lugar às singularidades, compreender as fragilidades e prestar uma atenção à saúde que tenha como base a interação. Esta perspectiva tem sido verificada em pesquisas nas quais o cuidado integral é entendido enquanto *ação social* que somente é possível nas “inter-relações” entre os sujeitos envolvidos. Ou seja, ação que se opera nas repercussões entre usuários, profissionais, estudantes e instituições e que se traduzem em “atitudes de sensibilidade, confiança, pertencimento, tratamento digno, horizontalidade da atenção e continuidade do acompanhamento de saúde” (PINHEIRO; CECCIM, 2006, p. 25).

Lembro um paciente que eu fiquei mais ligado, que morava ali na subida do Morro da Casa Branca, aqui pertinho. Ele morava numa casa logo no início do morro, mas ao mesmo tempo era numa entrada para o mato. A casa era torta, assim como que caída para frente. Precária. Muito precária a situação da casa. Por dentro, um cheiro insuportável que não era possível identificar do quê. Mas esse paciente não conseguia andar mais por conta do uso crônico de álcool, histórico de quedas etc. Então ele ficava deitado o dia inteiro, enquanto a mulher dele trabalhava, carregando a família inteira nas costas e o marido completamente acabado. O filho também já estava dependente de drogas. Lembro um cunhado, que também era integrante dessa família e era igualmente dependente de álcool, que tentava construir uma nova casa do lado dessa. Quando ele não bebia, levantava mais uma parede... Então, por meio do PET, a gente começou a atuar junto com a equipe para vê-los, incentivar a questão de construir a casa, de conversar com esses homens sobre as doenças associadas que estavam prejudicando, tentando mostrar o quanto a mulher dele estava trabalhando para manter a família... Além das nossas intervenções foi iniciada psicoterapia e medicamentos para ele também.

Como estudante, é um aprendizado enorme participar junto da equipe, discutindo terapêutica, conhecendo e se conectando assim, como eu me senti ligado a esse caso, por exemplo. Eu entrei no PET Saúde Mental porque eu gosto muito do lado social da medicina e queria conhecer um pouco mais sobre questão do uso de álcool e drogas. Saber lidar, ver como é que as pessoas lidam com isso, porque as pessoas às vezes fazem uso de drogas e muitas vezes não se tocam sobre o limite entre o uso e o abuso, se está trazendo mais coisas ruins que boas para ela mesma ou

para os que vivem perto. Talvez tenha uma influência de meu pai ser alcoólatra... Enfim, eu sempre precisei lidar com isso, então eu quis participar para ver se eu também desmistificava algumas coisas que eu trazia na minha vida. (Jorge)

Se para a ação de cuidar é fundamental o espaço “entre” as pessoas, a pluralidade humana pode ser considerada substância própria na qual o reconhecimento do *Outro* se materializa enquanto exercício. A pluralidade, para Arendt (2010), é condição básica tanto da ação quanto da narração, pois “os homens, e não o Homem, vivem na Terra e habitam o mundo” (ARENDR, 2010, p. 8). A ação, portanto, não surge a partir de alguma essência humana universal, nem se origina em algum atributo do ser humano. É a pluralidade nos leva a agir e a nos relacionar com os outros seres humanos com os quais convivemos. A pluralidade possibilita aos seres humanos constituírem um âmbito de ação no qual cada um pode revelar sua singularidade em atos e palavras, o que não faria sentido de modo isolado, mas ganha relevância numa esfera que se estabelece *entre* as pessoas.

No trecho narrativo anterior, podemos perceber que o processo de reconhecimento do *Outro* contado pelo estudante, se deu sob o duplo aspecto: da igualdade e da distinção. O sofrimento produzido pelo abuso do álcool (pessoal, para o paciente, e familiar, para o estudante) os identifica e ao mesmo tempo os distingue no ato do cuidado que aparece na relação. Reconhecer o outro ganha a dimensão de reconhecer a si.

Se não fossem iguais, os homens não poderiam compreender uns aos outros. [...] Se não fossem distintos, sendo cada ser humano distinto de qualquer outro que é, foi ou será, não precisariam do discurso ou da ação para se fazerem compreender. Sinais e sons seriam suficientes para a comunicação imediata de suas necessidades e carências idênticas. (ARENDR, 2010, p. 219-20)

Para Arendt, essa alteridade constitui um aspecto importante da pluralidade, razão pela qual tudo o que se busca definir é, ao mesmo tempo, tentativa de distinção, de outro modo, não se pode dizer o que uma coisa é sem distingui-la de outra. Entretanto, só o homem é capaz de exprimir essa distinção e distinguir-se, e “só ele é capaz de se comunicar a si próprio e não apenas comunicar alguma coisa - como sede, fome, afeto, hostilidade ou medo” (ARENDR, 2009b, p.220). No homem, a alteridade (que se partilha com tudo o que existe) e a distinção (que se partilha com tudo o que vive) tornam-se unicidade, e a pluralidade humana ganha

materialidade na “paradoxal pluralidade dos seres singulares” (Ibid. p 220).

Almeida (2008) ressalta que a singularidade não se refere nem à personalidade nem ao projeto de vida individual ou ao estilo de vida. A revelação da singularidade e o reconhecimento da singularidade do Outro não estão sob o controle dos indivíduos, mas é algo como um efeito não intencionado que ocorre no momento em que agimos em relação aos outros, isto é, em atos e palavras que se dão nos espaços de encontro. É nesse sentido que a Extensão Universitária aparece nas narrativas como espaço profícuo para o exercício de revelação de singularidades e de reconhecimento de alteridades.

Eu procurei o caminho de ser um médico diferente e vi que estar em um projeto de extensão ajudava isso. Ao longo da faculdade, fui me apaixonando pela ideia de ser médico, uma profissão em que eu consigo conciliar vários campos do saber: de humanas, de saúde, biológico... E de cristalizar isso em situações reais, com outras pessoas. E as pessoas são um mundo... A gente acaba trocando e aprendendo muito com as pessoas... Acabo sendo muito beneficiado pelas pessoas que eu atendo também, principalmente quando eu consigo estabelecer uma boa relação... Parece que dá sentido à profissão... Essas coisas, de certa forma, me foram mostradas pelo Grupo Com Vida. (Fernando)

Tudo isso mexeu muito comigo. Em todas essas atividades, eu acho que tive a possibilidade de ver as coisas por um ângulo diferente. A gente acaba aprendendo muito com o que a gente vivencia. Talvez seja a melhor forma de aprendizado, você vivenciar de fato uma determinada situação. Então quando a gente sai do nosso ambiente organizado, com a chancela do professor sempre junto, e vai para um espaço onde você lida com pessoas em outros ambientes... Mesmo que a gente planeje o que vai fazer, a gente não tem certeza do que vai acontecer... Então, acho que as experiências tanto na extensão como na gestão das Ligas Acadêmicas tiveram muita importância na minha formação e fazem parte do que eu sou hoje. A minha visão de mundo hoje, é reflexo do que eu fui vivenciando ao longo da graduação em medicina. E todas essas experiências de lidar com pessoas diferentes, em ambientes diferentes, com níveis socioculturais e econômicos diferentes foram fenomenais e inesquecíveis. (Fábio)

O reconhecimento de singularidades no espaço da pluralidade humana tem um sentido político que se evidencia no movimento de revelarmo-nos uns aos outros. Quanto maior a disposição em reconhecer o *Outro* – e nos reconhecermos nesse exercício de alteridade – maior será a possibilidade de ressignificar a prática médica no desenvolvimento de virtudes pautadas pelo cuidado em saúde. Quanto às atividades extensionistas, tal reconhecimento não se dá apenas pelo desenvolvimento cognitivo – que é fundamental no âmbito das discussões e reflexões para a produção de conhecimento e valores cognoscíveis, e nesse sentido

torna-se fundamental o papel do professor mediador – mas antes o reconhecimento se exerce na oportunidade de estar em relação com outros e na possibilidade de reconhecê-los em sua humanidade.

Muitas vezes chega a ser engraçado porque as pessoas se assustam, estranham o fato de irmos lá [no HUPE] para conversar. A maioria dos médicos passa a visita, analisa algum exame, examina e vai embora. A gente [do projeto HLV] não, a gente fica ali, senta, conversa... Eu sei que no dia a dia do trabalho do médico nem sempre vai ser possível ter esse tempo, mas eu acho que vou tentar levar um pouco disso para minha rotina mesmo: ouvir o que o paciente tem a falar sobre sua doença, mas também sobre sua vida como um todo, perceber as outras linguagens dele... Enfim, conhecer a pessoa...

A gente estuda muitos conceitos e lê bastante coisa sobre esses elementos relacionais na disciplina de Medicina Integral, mas é o projeto de extensão que faz a gente a praticar isso. Eu acho que eu estou desenvolvendo um pouco mais da minha sensibilidade como pessoa. Aprendi a me colocar no lugar do outro, a abordar os outros sobre assuntos que nem sempre são fáceis de lidar... Isso é para a vida inteira, não só para o hospital ou para o trabalho de médico. Ter um pouco mais de sensibilidade, de noção do universo do outro... Buscar ler a outra pessoa. (Bárbara)

As narrativas dos estudantes nos ajudam a localizar nexos entre as práticas extensionistas, o reconhecimento do Outro em sua singularidade, e ainda o exercício de imaginação. No trecho acima, notamos que a imaginação traz à narrativa uma prática futura que a estudante deseja para si. Em Hannah Arendt, a imaginação “presentifica” o que está ausente, pois ao fazer articular experiência no mundo e memória possibilita um “alargamento do pensar”.

A faculdade da imaginação desempenha importante papel na teoria política de Arendt, pois é condição de possibilidade das duas principais atividades do espírito nela envolvidas: a atividade de pensar e a própria atividade de julgar e tomar decisões. Arendt elabora seu conceito de imaginação da filosofia kantiana e cita duas passagens em que Kant define tal faculdade: “A imaginação é a faculdade de representar um objeto, mesmo sem a presença deste na intuição”⁴⁴; e “A imaginação (*facultas imaginandi*) é uma faculdade de percepção na ausência de um objeto”⁴⁵.

Arendt observa que é a faculdade da imaginação que prepara os objetos da percepção sensível das experiências para a atividade do pensamento. Ou seja, para pensar seja o que for, tendo como finalidade a cognição (conhecimento) ou mesmo ocupando-se na busca do significado de algo (pensamento), precisamos tornar “não

⁴⁴ KANT Apud ARENDT, 1993, p 101.

⁴⁵ Ibid. p 101.

sensível” o que foi dado aos nossos sentidos, pois “somente nessa forma imaterial pode a nossa faculdade de pensar começar a ocupar-se com esses dados” (ARENDDT, 2009b, p. 105)⁴⁶.

A faculdade da imaginação, enquanto capacidade de tornar presente o que está ausente, transforma o objeto numa sensação a ser interiorizada, de modo que possamos nos afetar por ele na sua ausência, como se fosse uma sensação recebida de um sentido não objetivo. Em outras palavras, quando representamos alguma coisa que está ausente, a imaginação prepara, por assim dizer, os objetos para a operação do pensamento reflexivo.

Pela narrativa abaixo, compreendemos que no trabalho em saúde, a percepção do sofrimento do *Outro* é um elemento que mobiliza essa imaginação. Ainda que entendamos o cuidado sendo estabelecido essencialmente por meio da relação e da interação entre os sujeitos, não é possível, objetivamente, colocar-se no lugar do *Outro*, mas é imprescindível ser capaz de tomá-lo em consideração e valorizar sua perspectiva sobre o próprio sofrimento. A imaginação parece ser a base desse processo.

Eu tenho percebido que até o momento [participar de projetos de extensão] tem sido importante para a formação, porque parece que me dá uma noção de que o paciente não é só objeto de estudo. Ele está internado em um Hospital Universitário, mas ele não é uma coisa ou uma matéria de prova. Ele é uma pessoa real, de verdade, que está ali, precisando de você e que quanto mais a gente compreender a pessoa como um todo, mais a gente vai conseguir ajudar no sofrimento. (Bárbara)

Se a imaginação porta a potencialidade de tornar o ausente presente, outros seres humanos podem ser “presentificados” imaginativamente: o sujeito pode imaginar as opiniões, os argumentos e os sofrimentos do *Outro* e ampliar sua própria maneira de pensar. Ao considerar o *Outro* em sua imaginação, o espírito humano se abre à alteridade, numa maneira de “pensar alargada”, na terminologia arendtiana.

Nesse projeto de extensão sobre interculturalidade eu aprendi algumas coisas. A principal delas é a questão de pensar mesmo no outro, de você tentar ver o outro como um todo, incluindo o contexto cultural... Até mesmo de perceber a importância de adaptar a sua conduta clínica. O atendimento

⁴⁶ Para Arendt, nossa habilidade de criar entidades fictícias no espírito, tais como o unicórnio e o centauro, ou os personagens fictícios de uma história também são consideradas no âmbito da imaginação. No entanto, essa imaginação denominada de *produtiva*, ainda assim depende dos elementos do mundo visível, que “agora livremente manejados, já atravessaram o processo de dessensorialização” para prestar fertilidade ao pensamento (ARENDDT, 2009b, p. 105).

precisa ser diferente dependendo da realidade de quem está sendo atendido. Eu não preciso acreditar no que ele acredita culturalmente, mas eu preciso saber que se não ajustar cada decisão à maneira como se vive naquele local, não vai ser possível uma intervenção em termos de saúde.

Eu acho que também aprendi a ter mais responsabilidade. Dentro de um estágio como esse, onde eu tive a responsabilidade de fazer um 'caso' que fará parte de um material didático... Eu tive que me preocupar com as questões éticas, clínicas etc., mas também eu tive que me imaginar como uma verdadeira índia para poder escrever uma coisa que tivesse a ver com aquela aldeia mesmo. Certamente é uma coisa além das aulas da disciplina: uma coisa é fazer prova, outra é participar de projetos. Além disso, eu aprendi a valorizar as pessoas, conheci outras culturas e isso tudo enriquece o seu conhecimento pessoal também.

Por exemplo, eu já morei com muita gente diferente aqui no Rio. Eu moro em república e durante um tempo cheguei a morar com 12 meninas. Muita gente diferente uma das outras. Alimentação, higiene, rotina de sono... é tudo muito diferente. Cada um tem seu princípio. Quando você convive com uma pessoa muito diferente, pode haver um choque realmente... Mas se você for parar para pensar, todo mundo é muito diferente. Então acho que isso eu aprendi e vou levar para vida toda. (Natália)

Por meio da narrativa, a estudante passa da experiência formativa na Extensão Universitária para sua realidade cotidiana – inclusive fora do trabalho ou do ambiente universitário. Também percebemos uma mudança no papel de ator-espectador no próprio ato narrativo. Na interpretação de Arendt, Kant denominou essa abertura ao outro e o seu reconhecimento como “pensar alargado”. O pensamento alargado é possibilitado pelas faculdades da imaginação e da comunicabilidade, abrindo espaço à perspectiva do outro ao nosso pensamento. O pensamento alargado não deve ser confundido com “empatia alargada”, nos alerta Arendt. Pensar criticamente não significa criar uma empatia alargada que poderia levar a querer “saber o que se passa na cabeça dos outros” (ARENDR, 2009b, p. 513). Pensar criticamente não é simplesmente aceitar aquilo que se passa no espírito do outro, pois “isso nada mais seria que aceitar passivamente seus pensamentos, ou seja, trocar os preconceitos próprios à minha posição pelos preconceitos deles” (Idem, p. 513). O pensamento alargado requer a suspensão dos nossos interesses privados, aquilo que limita a nossa faculdade de pensar e tomar decisões na perspectiva de um mundo plural. Assim, não se trata de aceitar passivamente a perspectiva do outro, mas sim de transitar entre os diversos pontos de vista, conferindo, deste modo, ao pensar, um sentimento público:

[Quanto] maior a região em que o indivíduo esclarecido é capaz de mover-se, de ponto de vista a ponto de vista, mais geral será o seu pensamento... Essa generalidade, entretanto, não é generalidade do conceito – do conceito ‘casa’ no qual podemos, então, subsumir, todas as edificações

concretas. Está, ao contrário, intimamente ligado aos particulares, com as condições particulares dos pontos de vista pelos quais devemos passar para que cheguemos a nosso 'próprio ponto de vista geral'. (ARENDR, 2009b, p. 514)

Com a narrativa que segue, podemos pôr em destaque esse exercício de “alargar o pensamento” propiciado por uma atividade extensionista, em que experienciar, ouvir e construir histórias passa a ser o próprio substrato do processo educativo.

O fato de o segundo ano da faculdade ser bem mais tranquilo que o primeiro ano, em termos de disciplinas, eu acabei entrando em várias atividades extras. Uma delas foi o projeto do NESA sobre interculturalidade. Eu tinha visto um cartazinho de projeto para trabalhar na Amazonas. Era algo como investigar fatores de risco e proteção em populações ribeirinhas no norte do país. Como eu desde sempre tive um interesse pessoal quase inexplicável em relação aos indígenas, fui buscar esse projeto. Só que o nosso orçamento foi cortado. E refizeram a encomenda: a OPAS solicitou ao NESA que fizéssemos um módulo de autoaprendizagem para profissionais da saúde sobre interculturalidade, gênero e direitos humanos focando em três populações: os indígenas, os quilombolas (que eu nem sabia que existia) e os ciganos. Aí foi muito interessante porque primeiro a gente teve todo aquele trabalho de pesquisa, de bibliografia, e tudo mais... Eu participei desde o começo. Depois a gente escolheu ir para Parati, porque lá era possível encontrar nas redondezas esses três grupos. E foi sensacional.

A gente foi a uma aldeia indígena, que eu nunca tinha ido e era meu sonho. Lembro que eu fiquei muito feliz. Sabe quando você pensa: 'Ah, não acredito!'. Lá é uma aldeia situada na beira de estrada e assim que a gente chegou aquelas criancinhas lindas correndo peladinhas ou com poucas roupas, fazendo festa... A impressão que eu tive foi que era tudo que eu queria: conversar com as pessoas. Só que a aldeia, já é bem diferente do que a gente tem no nosso imaginário porque a cultura indígena também é muito misturada à cultura do branco. Eu via aquele padrão de aldeia circular mesmo, mas, ao mesmo tempo, tem uma escolinha de tijolo, tem a casa de não-sei-quem de tijolo, tem um postinho de saúde, todos os adultos vestidos... E ainda assim eles só falavam em Guarani! Aí a gente chega e todas as crianças fugiram morrendo de medo, foram chamar os pais.

Nessa aldeia fizemos uma entrevista com um adolescente, porque o foco do trabalho do NESA é com adolescentes. Fomos descobrir como eles estudavam, como era o atendimento de saúde, a relação com a família. Foi nesse processo que conhecemos um jovem de 15 anos que estava todo nervoso porque ia começar a estudar numa classe que só tinha alocação numa escola da cidade. Ele ia ter que sair da aldeia. Só aí, na adolescência que eles começam a falar português mais abertamente. Conhecemos também uma Agente Indígena de Saúde, que é uma pessoa da própria aldeia que vai e cuida das questões de saúde, como um Agente Comunitário de Saúde. Foi muito surpreendente porque é muito diferente do que a gente imagina. Até mesmo por ser uma aldeia meio urbana, que mistura facilmente a cultura indígena com a branca.

A questão quilombola também era tema desse projeto. Quando me falaram 'quilombola', eu dizia: 'por que vocês querem estudar isso? Nem deve existir!'. Pura ignorância minha. Na verdade existem muitas comunidades com identidade Quilombola. O Quilombo de Parati é bem simples em termos de estrutura, todos bem humildes. É como se fosse uma

comunidade, uma favela mais rural... Aquelas casinhas bem simples, só que com um espaço no meio, uma área comum. Lá a gente conheceu vários jovens, representantes de jovens e alguns adultos que começaram o grupo de jovens. O que me chamou atenção no Quilombo foi a organização política deles: para eles terem o direito à terra, eles tiveram que se organizar. Se não tivessem organização, continuariam excluídos da sociedade. Então a gente conheceu os responsáveis por aquela organização, por aquela autenticação do território. E foi muito forte as experiências que os jovens contaram para a gente em relação ao preconceito. Um jovem disse que tinha vergonha de comer banana na escola porque o chamavam de macaco. Mas também contaram sobre o Jongo como ritmo musical, conversamos muito sobre os hábitos, a cultura das garrafadas... Tudo aquilo que a gente escuta como lenda, como história de avó, eu vi ali na realidade. Um coisa que eles contaram e que me deixou chocada é que realmente há muito preconceito na porta de entrada da saúde, que é uma coisa que eu não imaginava. Por exemplo: mãe negra, dependendo do serviço, acaba não tendo prioridade para o parto. Se chegar uma branca o processo flui mais rápido. E a gente escutou a mesma história dos indígenas, e a mesma história dos ciganos assim.

Nessa primeira visita nós fomos colher essas histórias e dados. Depois a tarefa era a gente fazer um 'caso' que servisse para desenvolver estudos e formar profissionais, a tal encomenda da OPAS. O caso que eu escolhi era sobre indígena. Eu peguei exatamente o relato de uma das agentes dessa aldeia. Era a história de uma menina grávida, que só falava guarani, porque ela não foi estudar na cidade, e chegou ao hospital, com a avó dela, falando que ela estava em trabalho de parto. Só que ela não expressava dor porque os indígenas não costumam expressar a dor. É cultural. Então ela estava quietinha em trabalho de parto. E elas esperaram algumas horas. De repente chegou uma gestante branca, gritando e esperneando de dor. Essa entrou e foi ter o filho logo. Mas na hora que a índia entrou, a recepcionista ainda falou 'ah, deixa essa indiazinha para depois, do jeito que ela está vai demorar a fazer o parto, vai demorar a ter filho.' Aí a avó foi reclamar, mas como demoraram, o neném acabou entrando em sofrimento fetal por causa da demora do percurso da aldeia até o hospital e do mal atendimento no hospital também. Essa era a primeira parte. Na segunda parte, chega o marido dela que também tem 16 anos. Nota que eles já são marido e mulher, são mais do que preparados para ter família. Essa parte do caso fala sobre o estranhamento de uma enfermeira sobre essa preparação precoce dos indígenas em ter uma família, não viver a adolescência. Na última parte, chega o xamã e passa umas folhas para ela usar nas mamas, para ajudar a amamentar, e faz umas orações para o neném. Nessa hora outra mãe, puérpera, reclama dizendo que aquilo era um absurdo num hospital. Aí vem uma enfermeira e tira o índio à força, e a partir desse caso, uma das assistentes sociais do hospital percebe que essa situação poderia ser diferente e consegue criar uma salinha especial para poder ter a visitação do xamã, para poder fazer seus rituais com maior privacidade.

Eu produzi o caso da seguinte maneira: peguei algumas histórias que eu li, outras que ouvi lá na aldeia e juntei tudo. Os índios validaram esse caso e falaram que aquela história acontece mesmo e que há todo esse preconceito. Eu espero que o caso sirva para as pessoas pensarem sobre essa questão da cultura do outro, porque eu não pensaria, por exemplo, que uma índia gestante ia ficar esperando passivamente justo porque na cultura dela não se grita de dor.

Eu acho que experiências como essa durante a formação em medicina trazem algo completamente diferente. Eu não só aprendi coisas novas, mas o que aprendi mexeu muito comigo. Tem a ver com amadurecimento mesmo, não precisa nem ser como profissional apenas. Como pessoa, eu estava conhecendo outras realidades, outros lugares, outras pessoas. E para a formação também é importante, porque você começa a entender como os indivíduos são diferentes, como a sua forma de lidar pode ser

entendida de formas diferentes. Então eu fui entendendo a questão do respeito à cultura. A interculturalidade é fundamental não só nessas populações específicas, mas em qualquer situação. Não é porque eu acho normal ter uma alimentação saudável que alguém de outro lugar vai achar essa mesma alimentação também saudável. Então é interessante para entender na pele como deve ser essa adaptação das terapêuticas, essa adaptação do lidar com o outro. Eu acho que isso é o mais importante para levar para a formação. (Natália)

As narrativas dos estudantes vão constituindo redes de casos que, por vezes, entremeiam em suas próprias histórias as histórias dos pacientes e outras histórias literalmente imaginadas. Esse exercício de imaginação parece ter sido propiciado devido a características das atividades extensionistas, que agregam o valor do cuidado em saúde, assim como da potencialidade de pensar de maneira alargada, justamente por possibilitar a produção de narrativas, em que o estudante está ora no papel de ator, ora no de espectador.

Quando o sujeito narra uma história, ele é espectador da sua própria narrativa, ao mesmo tempo em que é ator na relação com aqueles que o ouvem contar sua história. É no ato de narrar que o sujeito revela-se, espectador e ator daquela experiência. “Ao agir e ao falar, os homens mostram quem são, revelam ativamente suas identidades pessoais únicas, e assim fazem seu aparecimento no mundo humano” (ARENDRT, 2010, p. 224). Narrar parece ser, antes de tudo, buscar significado nas indeterminadas e caóticas experiências humanas, trazendo-as à luz do pensamento.

Nesta pesquisa, as experiências contadas sobre extensão universitária nos permitem afirmar que acerca da recuperação de um *logos* da narrativa em primeira pessoa, onde aparecem racionalidade e virtudes biomédicas ressignificadas na própria experiência.

Lembro-me de uma história do Com Vida. Era de uma mãe que era viciada em crack e tinha dois filhos adolescentes que, certamente por influência da mãe, acabaram se entregando às drogas também. Ela estava internada no HUPE porque ela é soropositiva. Os filhos não, pois ela se infectou no processo de dependência às drogas. Essa mãe veio numa reunião do grupo, muito magra e adoecida, para contar um pouco sua história. Ela contava que o filho mais novo era muito ligado a ela e o mais velho não. O mais velho era muito viciado, muito dependente, e não conseguia sair disso. A mãe vira e mexe precisava ir na ‘boca’ para pagar as dívidas dele. Mas da última vez foi muito sério, porque ele roubou uma moto, de um dos traficantes. A mãe precisou fazer um empréstimo, conseguiu pagar, mas não teve jeito: o filho foi torturado e assassinado. Quando ela contou, eu acho que o que mais me marcou foi quando ela disse ‘o sofrimento do meu filho morto foi menor do que tudo que ele me causou durante todo o tempo

de vida dele'. Isso me marcou muito. Eu imaginei o sofrimento que ela passou com ele em vida e, no final, precisar vê-lo morto para sentir algum alívio.

Ela disse que já estava livre das drogas, mas depois da morte do filho, voltou a se drogar. Perdeu o estímulo de viver. Ela falou com essas palavras – eu me lembro porque eu estava fazendo a ata do grupo no dia – 'se com 10 reais eu conseguia que um cara viesse me trazer droga, por que que eu ia pagar 80 para que um taxi me trouxesse até aqui, no hospital, tentar me tratar da dependência e da depressão?'... Isso ficou muito marcado em mim: é verdade, não tinha ninguém, nenhum serviço, nenhuma assistência que pudesse saber que ela estava daquele jeito, ir até a casa dela, dar um suporte, oferecer algo diferente daquilo? Se ela tivesse uma assistência, talvez um posto de saúde perto, uma associação de moradores que funcionasse, ou qualquer outra rede de ajuda, essa história poderia ter sido ao menos um pouco diferente. Eu fico me imaginando como acordar e viver tranquilamente, sem pensar como seria meu papel nessa história... Como eu poderia ajudar uma pessoa assim... Naquele dia, eu não tinha o que falar, eu tinha medo de chorar. Mas acho que essas histórias vão fortalecendo porque fazem parte do amadurecimento da pessoa e do profissional que quero ser. Histórias como essa não fariam sentido em uma aula de imunologia, talvez nem na psiquiatria o foco seja dado às histórias e às pessoas... (Emília)

Percebemos que a narração é antecedida por uma *experiência existencial*, vivida pelo próprio sujeito que conta a história, ou pela experiência de ouvir histórias dos outros. O narrador não faz apenas uso das suas experiências, mas também das experiências alheias pelo ouvir. Isso pressupõe *per se* uma abertura ao diálogo (CRUZ, R., 2007). O pensar narrativo operado nas atividades de extensão é crítico porque enseja, antes de tudo, a troca de experiências; o *narrador-estudante* transforma a experiência em história. Kristeva (2002) ressalta a figura do espectador associada ao papel do ator, na medida em que não há um sem o outro. Por meio das narrativas construídas nesta pesquisa, podemos depreender que, inicialmente pensada enquanto referencial metodológico, a narrativa desdobrou-se também um dos principais resultados dessa pesquisa. A extensão mostrou-se espaço importante de produção de subjetividades, na medida em que possibilitou aos estudantes agir, experienciar e produzir um pensamento narrativo.

O primeiro momento da LAMFAC era só aula teórica. Depois a gente foi para o ambulatório de Medicina Integral. No ambulatório, a gente não fazia nada efetivamente, mas acompanhava as consultas dos residentes. Eu logo comecei a perceber as histórias dos pacientes e a relação deles com os residentes... De início eu acompanhei um residente novo, que ainda tinha um pouco de dificuldade. A conversa dele com a paciente foi algo como: 'ah, que pinta é essa?', a mulher respondeu 'ah, eu tenho... começou a crescer faz pouco tempo', aí ele disse 'pode ser um câncer'. E a paciente ficou chocada. Assim que ele saiu, ela já veio falar comigo, eu falei 'calma, pode ser, mas pode não ser... Ele quis dizer que vai ser preciso investigar e tudo mais'... Então na LAMFAC, mesmo só acompanhando já dava um

pouquinho da experiência de como falar com o paciente. Eu aprendi bastante história de vida lá. O melhor mesmo do 1º ano da LAMFAC, e acho que fez toda a diferença, é começar a colher as histórias de vida, conhecer e interagir com os pacientes. (Natália)

O projeto de extensão foi uma forma de me animar, porque é muito chato o ciclo básico. E o contato com o paciente e com o serviço de saúde da família, eu comecei a me sentir mais médico dentro da faculdade. Mesmo depois, no terceiro ano, essas experiências me ajudaram porque no 3º ano, a gente começa a ver semiologia e clínica médica e fica aquele foco na doença, doença, doença... É tudo voltado para anamnese, que é uma história importante, mas que deixa a gente mais cientificista, e acaba não ouvindo as histórias dos pacientes, só quer saber das queixas. (Paulo)

Com efeito, a racionalidade biomédica reproduzida nas escolas médicas – seja no ensino formal enquanto conhecimento, seja na relação com os pares como aquisição de atitudes – por vezes atravança o desenrolar das histórias dos pacientes, na medida em que, estruturadas por enunciados da ciência ou da medicina (por exemplo, nas anamneses clínicas clássicas) acabam incorrendo no risco de estarem esvaziadas das experiências cotidianas.

Favoreto (2007) aponta o papel da narratividade como fruto de uma síntese de discursos políticos e morais criados pelas pessoas para (se) entenderem e julgarem as circunstâncias e situações em que vivem, fornecendo, assim, possibilidades de criar percepções, pensamentos e julgamentos no curso da vida. Construir narrativas junto aos pacientes, sobre suas histórias ou sobre suas experiências de adoecimento, pode representar uma forma poderosa de expressão do sofrimento e a possibilidade de “ampliar a prática clínica, de modo que esta possa ser capaz de transcender aos limites impostos pela abordagem exclusivamente do adoecimento” (FAVORETO, 2007, p. 49).

O autor elabora sua pesquisa com médicos inseridos na atenção primária em saúde e observou que, apesar de atuarem de forma próxima e continuada nos contextos comunitários e familiares (onde se constroem os sentidos do adoecimento e as demandas por atenção), os médicos ainda têm uma frágil e insuficiente percepção e compreensão das narrativas dos pacientes (FAVORETO, 2007). Segundo o autor, a própria racionalidade biomédica, por vezes, atua como obstáculo para o desenvolvimento de um saber dialógico na clínica.

Ao mesmo tempo, Favoreto (2007) aponta para a potencialidade que a *competência narrativa* – se estruturada como um saber na clínica – poderia ter na ampliação do universo dialógico e interpretativo dos médicos na abordagem do

adoecimento, na construção de projetos terapêuticos e na capacidade de entender e lidar com situações que provocam grandes conflitos nas relações entre profissionais e pacientes no cotidiano de serviços de saúde. Para isso, o autor indica pistas sobre o processo de formação médica e na “potencialidade do uso da narrativa como ferramenta operativa e reflexiva para o desenvolvimento de saberes e práticas que aproximem a clínica da perspectiva da integralidade e do cuidado em saúde” (FAVORETO, 2007, p. 204).

Neste estudo, conferimos visibilidade às práticas extensionistas – principalmente quando essas assumem o caráter de “espaço de encontros” – enquanto dispositivos que potencializam o desenvolvimento de narratividades, permitindo o estudante de medicina integrar o contexto de vida das pessoas e suas realidades e singularidades ao desenvolvimento de virtudes para além das biomédicas. Exercitar o diálogo e o reconhecimento do *Outro* pressupõe reconhecer suas histórias.

Eu lembro a primeira vez que eu fui ao Grupo Com Vida, as histórias me impressionaram bastante. Eu entendi algumas coisas... Aquilo [a AIDS e a infecção pelo HIV] era uma doença horrorosa... Todo mundo tem medo, pânico, de ter essa doença... Mas eu via ali umas pessoas que tinham a tal da doença, e que mesmo assim estavam batalhando muito... Estavam com tesão, uma verdadeira garra de viver... E eu pensava: ‘Essas pessoas são muito mais felizes, muito mais incríveis que um monte de outras pessoas que estão como zumbis pelo mundo’... Isso deu uma dimensão muito maior da questão do adoecimento. A faculdade não ensina a gente a lidar com as pessoas, mas a manejar doenças... A gente só estuda doença, doença, doença... Esquece as pessoas... Ali, no Com Vida, eu lembro alguns momentos que hoje, oito ou nove anos depois, me lembro de que foram muito marcantes: lembro de sorrisos das pessoas, lembro de histórias... Histórias de uma duplinha que estive em um congresso em São Paulo... Elas contando que ficaram num hotel no centro de São Paulo, naquela confusão toda, desceram pra fazer um lanche num daqueles botecos do centro, e começaram a ser assediadas pelos populares: ‘as cariocas fazendo sucesso com os paulistas’... E ali mesmo começaram a discutir sexualidade, foram chamando atenção, porque elas são muito eloquentes, e, de repente, ficou uma rodinha de pessoas em volta delas, curtindo a discussão sobre sexualidade, sobre cuidado, sobre uso de preservativo... Deram uma aula viva no meio do centro de São Paulo, num boteco... Então eu fui vendo as pessoas, com maneiras muito próprias de problematizar as situações de vida, para mim, isso é aprendizado... Não uma forma estruturada, com planos e tal. Mas o aprendizado acontecia o tempo todo ali no Com Vida... Uma forma viva de estar aprendendo e um campo rico para os alunos... Claro que é fundamental ter o momento em que isso tem que ser contextualizado, discutido... O aluno não pode ficar ‘a ver navios’... Tem que ter um momento de reflexão e problematização, ou então as coisas se perdem... Aí entra o papel do professor. (Fernando)

Notamos nas narrativas que os encontros propiciados por atividades extensionistas admitem reconhecimento dos sujeitos por meio de suas histórias, mas também conferem um sentido de comunicabilidade. Retomamos Paulo Freire (1992) quando o mesmo propõe que a Extensão Universitária – parte do processo educativo como um todo – tenha como fundamento o diálogo. “A educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é a transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados” (FREIRE, 1992, p. 69).

Nesse sentido, para a formação médica, especificamente – e para a formação em saúde, em geral – apontamos como importante contribuição da extensão universitária a potencialidade ético-política constituinte a suas práticas didático-pedagógicas: a experiência do encontro com o outro e a composição de narrativas pressupondo o reconhecimento do *Outro* afirmariam o cuidado em saúde em suas dimensões éticas, morais e políticas conjuntamente com as dimensões cognitivas, técnicas e pragmáticas; assim como a produção de conhecimento por meio deste encontro e a possibilidade de “alargar” o pensamento de modo a caber o Outro nas tomadas de decisão.

5 CONCLUSÃO

Este estudo foi motivado pelas experiências do próprio pesquisador em atividades de Extensão Universitária durante os anos de formação em medicina. Parece ter sido necessário um afastamento no tempo para que se pudesse colocar sob a luz do pensamento a complexidade do que estava sendo vivido naqueles anos. *A posteriori*, Arendt elucidou que “a luz que ilumina os processos da ação, e portanto todos os processos históricos, só aparece quando eles terminam [...]. A ação só se revela plenamente para o *storyteller*” (ARENDR, 2010, p. 240).

Uma questão central norteou esta pesquisa e relaciona-se diretamente às dimensões político-pedagógicas das atividades extensionistas: de que maneira a extensão pode colaborar para o processo de ensino-aprendizagem acerca do cuidado integral em saúde? Ou melhor, que efeitos engendram nos estudantes de medicina a participação em ações extensionistas? Para buscar responder a essas perguntas foi necessário contextualizar os movimentos de crítica ao ensino médico no Brasil, desde anos 50 e situar sua relação com a Extensão Universitária, seus pressupostos e características.

Optar pelo referencial teórico de Hannah Arendt primeiramente surgiu como um desafio, na medida em que seria preciso fazer dialogar Filosofia e Saúde Coletiva e encontrar nexos entre conceitos teóricos de ambos os campos. Apesar de configurar-se como esforço epistemológico, tal estratégia mostrou-se coerente com a escolha metodológica de utilizar a narrativa como substância para a análise e para a discussão a que este estudo se propunha, pois, desse modo, o pesquisador pôde atentar-se à humanidade das experiências narradas, às histórias e às memórias, valorizando os significados das experiências formativas atribuídos pelos sujeitos imersos em atividades de extensão.

Inicialmente assumindo lugar de pesquisador-espectador e, no processo de escrita desta dissertação, atuando como narrador, foi possível estabelecer diálogos entre as histórias contadas pelos estudantes durante a pesquisa de campo e as próprias experiências do pesquisador, num movimento arendtdiano de reconciliação consigo mesmo e com sua própria história de vida.

De estratégia metodológica, a utilização de narrativas veio a constituir espaço igualmente importante na análise dos dados empíricos, ou seja, a narrativa mesma dos estudantes passou a ser também resultado do estudo. Desse modo, foi possível afirmar que as experiências em atividades de Extensão Universitária possibilitou o exercício da “competência narrativa” sugerida por Favoreto (2007) como ferramenta para se trilhar um caminho na direção do cuidado integral em saúde. Para Favoreto (2007), a competência narrativa foi apontada como potencial instrumento para propiciar relações mais dialógicas entre médicos e pacientes, mas também como possibilidade de ampliar a abordagem clínica do sofrimento e oportunizar a construção de projetos terapêuticos singulares.

Ampliamos a análise das narrativas para os aspectos éticos e foi possível inferir que, ao se proporcionar a participação em atividades extensionistas, o estudante desenvolve, para além de uma competência narrativa, a possibilidade de “alargar” sua imaginação e seu pensamento num exercício de reconhecimento do *outro*. O desenvolvimento dessa virtude não se opera simplesmente por meio da empatia, mas pela possibilidade de trazer à faculdade do pensamento o ponto de vista, a cultura, a experiência de sofrimento do *outro*.

No campo da saúde, essa faculdade de pensar de maneira “alargada” – até ser possível evocar o ponto de vista do outro ao pensamento – permite que a ação do cuidado (enquanto valor) possa ser posta em visibilidade (enquanto virtude) no espaço público dos serviços de saúde, das instituições formadoras ou da própria formulação de políticas de saúde.

Se a Extensão Universitária mostrou-se espaço propício para o reconhecimento do *outro*, na análise das narrativas pudemos inferir que a experiência do encontro é ela mesma produtora de subjetividade, ou seja, enquanto dispositivo pedagógico, as atividades extensionistas possibilitaram também um reconhecimento de si. Nessa perspectiva, foi possível apontar o espaço “entre” as pessoas, onde a pluralidade torna-se substância própria do desenvolvimento de um senso de alteridade. Essa alteridade, entendida como reconhecimento do *outro* e de si, parece ser elemento constitutivo do cuidado enquanto ação, mediado pela narrativa. O reconhecimento da distinção “eu-tu-ele” foi identificado como condição fundamental para o rompimento do caráter normativo do aprendizado da racionalidade biomédica que, como visto, tende a reduzir o outro ao mesmo,

padronizando as histórias em anamneses, “igualizando” as decisões clínicas em protocolos.

O cuidado pautado pela integralidade, entendida como uma “ação social resultante da permanente interação dos atores” (PINHEIRO, 2006, p. 67), pressupõe o reconhecimento de singularidades no espaço público. Dessa forma, o cuidado integral adquire sentido político por se evidenciar no na potência do encontro entre os sujeitos. Essa disposição em reconhecer o *outro* – e reconhecer-se nesse exercício de alteridade – amplia a possibilidade do estudante ressignificar sua futura prática médica. Assentamos essa afirmativa ainda no campo das possibilidades, já que não se é possível ter garantias da transformação no futuro e a criação do novo incorre em liberdade e risco, não em certezas.

Entretanto, compreendida como dispositivo didático-pedagógico, a Extensão Universitária se apresentou como espaço de aprendizagem de um conhecimento teórico – seja no planejamento de atividades, ou na própria exuberância de situações que o cotidiano das instituições de saúde carrega – mas também como espaço de aprendizado de um saber prático, de um conhecimento tácito, atribuindo valor à experiência – seja essa uma experiência clínica, uma experiência “em serviço” ou de relação com pacientes. Vimos que apesar de fundamental para a tomada de decisões, o conhecimento tácito não goza do mesmo *status* acadêmico que o conhecimento técnico, mas ainda assim é inegável seu valor na formação em medicina por recuperar, ao menos em parte, o caráter mais pragmático da prática médica.

Outro aspecto da aprendizagem identificado nas narrativas relaciona-se à *experienciação*. Diferentemente do conhecimento teórico ou tácito, a experiência em atividades de extensão proporciona aos estudantes uma abertura ao *pensamento* que, apoiando-nos em Arendt, associamos à disposição que o estudante desenvolve de buscar significado ao que se vivencia. A experiência em extensão foi narrada como uma “abertura de possíveis”, em que as situações vividas desdobram-se em momentos de reflexão crítica. Em relação a esse aspecto, ficou evidente nas narrativas que o planejamento e o arcabouço que estruturam as atividades extensionistas precisam preparar e presumir tais espaços de reflexão como elementos constituintes tão fundamentais quanto a ação extensionista propriamente dita. Como afirma Henriques (2011), é preciso que o compartilhamento das

experiências se dê em espaços institucionais, onde os sujeitos envolvidos possam exercitar o estranhamento do corriqueiro e redimensionar a experiência reafirmando seu sentido político-pedagógico e, sobretudo, no que concerne à responsabilidade da Universidade enquanto instituição – mas também docentes e discentes enquanto sujeitos –, na constituição de estruturas institucionais de formação e sua interface com os modos concretos pelos quais se organizam os serviços de saúde. Valorizando a Extensão Universitária como lugar de reflexão e proposição do novo, da possibilidade de mutuamente (ensino e trabalho em saúde) se influenciarem e apreenderem a dimensão política dos compromissos que assumem ao cuidar da saúde das pessoas, de seus projetos de vida e de suas lutas por dignidade, atenção e respeito (HENRIQUES, 2011).

Isto posto, é preciso que as instituições reconheçam e assumam atividades e projetos extensionistas em um campo de visibilidade institucional, de maneira que esses aspectos possam ser potencializados no processo formativo dos estudantes de medicina.

Por extrapolar as questões de ética deontológica ou as disciplinas da área de Humanidades Médicas – que acabam sendo vistas como “menos relevantes” tanto por estudantes como por docentes (RIOS, 2010) –, a extensão parece romper com tais fronteiras. Por um lado porque nas ações extensionistas são abarcados elementos biomédicos numa perspectiva ampliada ao permitir que os alunos reconheçam o âmbito das comunidades e das famílias, e percebam a complexidade dos fatores que atravessam os processos de saúde-doença. Nesse aspecto, o componente da narratividade dos encontros foi analisado aqui como potente dispositivo educativo, principalmente para o desenvolvimento de um senso de cuidado integral. Por outro lado, a extensão também se revelou espaço institucional profícuo para o exercício do cuidado integral por serem facilmente articuladas características intersetoriais e interdisciplinares (como arte, saúde, comunicação e educação). Ao estarem alocados fora da “grade” do currículo tradicional de medicina, os aspectos da criatividade e da “vontade apaixonada”, presentes nas atividades de extensão e simbólicos nos movimentos estudantis, assumem centralidade enquanto ações coletivas, principalmente no trânsito entre prática e teoria.

Um dado que surge da análise das narrativas, e que nos parece ainda pouco explorado em estudos sobre educação e saúde, consiste na construção de campos de prática dentro de disciplinas curriculares. Em parte estimuladas pela capilaridade das DCN na última década, como as disciplinas do DMIFC da FCM-UERJ, surgem nas narrativas certo borramento sobre o que seria campo de atividades práticas das disciplinas e o que seriam ações extensionistas propriamente ditas. Tal fato precisa ser colocado em debate pela instituição e pela sub-reitoria de extensão, na medida em que estes constituem espaços diferentes de aprendizado, cada qual com suas características, vantagens e limitações, como já exposto no capítulo anterior.

Outro fenômeno que ganhou espaço nas narrativas aponta para o surgimento e organização das Ligas Acadêmicas. Analisamos as narrativas sob vários aspectos e relacionamos com a literatura que discute o tema – recente nas discussões sobre ensino médico. Apontamos para a necessidade de que haja um permanente zelo institucional em relação à criação e manejo das Ligas, na medida em que essas possuem potencialidades em termos do processo formativo – como a liderança estudantil – mas que é preciso estar atento para a questão da supervisão docente. A presença de um professor e a institucionalização das Ligas como atividades de Extensão Universitária não se presta pelo viés do controle sobre as iniciativas discentes, mas principalmente pelo fato de ser necessário prover espaços de reflexão crítica sobre as ações dos “ligantes” e permitir que estas ações, cheias de vontade e entusiasmo por parte dos estudantes, ganhem conformação adequada às propostas político-pedagógicas da instituição.

Da mesma forma, como emerge das narrativas construídas neste estudo, a instituição de ensino precisa estar atenta para as modalidades de extensão-empresa que por vezes parecem se desenhar no cenário estudado. Modalidades estas que, visando ao lucro e transformando assistência em prestação de serviços, parecem estar em sentido contrário aos valores e virtudes que se pretende construir para uma prática médica engajada em prol da construção do SUS e com vistas à materialização do cuidado integral em saúde.

Neste trabalho, apostamos numa Extensão Universitária que visa ao mesmo tempo à construção do conhecimento enquanto pensar crítico e ao desenvolvimento ético-político enquanto valores e virtudes num exercício de responsabilidade e reconhecimento. Reiteramos que a ideia de virtude examinada neste estudo não

remete à questão filosófica da característica pessoal de ser bom ou não ser bom. Virtude, como aqui compreendida, faz alusão à ideia de eticidade política na perspectiva arendtiana, em que no centro dos interesses não está o próprio *eu*, mas o mundo e a imprescindibilidade de assumir a responsabilidade por ele. A ética da responsabilidade, em Arendt, não se pretende à construção de normas fixas ou regras a serem cumpridas, mas exatamente na necessidade de se repensar o pré-estabelecido por meio de uma constante reativação do pensamento frente às experiências.

No campo da educação e saúde, essa reflexão se apresenta como convite à antiga indagação grega “é possível ensinar a ética?”, no entanto desdobrada para a especificidade do campo “como aprender a tomar boas decisões tendo por base o cuidado integral em saúde?”. Retomamos Arendt que se posiciona de maneira aristotélica: não se pode ensinar o cuidado como um *ethos*, como se o mesmo consistisse apenas em fluxogramas ou protocolos a serem seguidos – prática bastante comum em aulas de medicina e em serviços de saúde. Aprender a cuidar se faz pela prática do encontro e do reconhecimento, na qual o exercício de “mentalidade alargada”, propiciada pela imaginação, possibilite ao estudante considerar, compreender e trazer o ponto de vista do outro às suas decisões.

A Extensão Universitária sobressai como espaço potente para radicalizar a educação como processo político de produção de subjetividades: se a faculdade humana de pensar está imbuída de um sentimento de pluralidade, em que o *Outro* precisa ser reconhecido por meio de suas narrativas e incluído ao pensamento num exercício de reflexão-alteridade; o pensar arendtiano evoca também uma consciência de si, produzindo um senso crítico sobre *quem* somos e não apenas o *que* somos. Nas narrativas desta pesquisa, as repercussões das atividades extensionistas parecem dar visibilidade aos estudantes enquanto pessoas – e seus medos, valores e saberes – para além da atuação como “futuros profissionais de saúde”, fazendo-os aparecer a eles mesmos, apresentando-os humanos à frente do jaleco branco.

Uma repercussão ético-política na formação do médico remete diretamente à construção de narrativas por meio do encontro com *Outro*, não apenas em relação a suas experiências de sofrimento, mas também nas experiências de resiliência, de

superação e de luta. De certa forma, mediados pelas histórias, pela narratividade e pelo cuidado em saúde, os encontros permitem que os sujeitos se façam aparecer.

Eu me lembrei de uma situação que ficou marcante. A gente estava no Grupo com Vida e, um belo dia, um dos participantes traz uma pessoa que estava internada no hospital universitário... A pessoa entra com a roupa da internação, aquele aventalzinho, com o acesso venoso no braço e tudo... Era uma travesti. Estava bem adoecida, extremamente frágil, emagrecida. Mas a pessoa entra, ao mesmo tempo fragilizada pela situação de estar doente e internada, mas cheia de dignidade. Ela tinha sido acolhida por um dos participantes do grupo e veio para a reunião com toda a dignidade dela, veio contar a história dela, compartilhar, trocar experiências... Para mim, aluno, ver aquela situação de autonomia, de dignidade das pessoas foi muito significativo... A dignidade não é ensinada como um sinal de recuperação, um sinal de saúde... Isso foge dos nossos parâmetros clínicos. Óbvio que fui ter clareza dessa percepção mais tarde com outras situações, outras vivências que vão dando sentido... Mas essa situação foi bem impactante. Outros participantes que já tinham vivido essa experiência de adoecimento, que já tinham vivido situações muito próximas da morte, então estavam fazendo papel de cuidadores. Quem descobria que era HIV positivo estando internado, ajudavam, acolhiam, faziam visitas, uma coisa bem humana... Lógico que eram pessoas que tinham disponibilidade, pessoas que já tinham um espírito meio militante sobre a causa, se é que se pode dizer isso. E eu como estudante, vivendo uma situação como essa, como exemplo, foi um grande aprendizado... Nas aulas a gente não aprende isso. Isso rarissimamente é discutido... Triste pensar que poucos estudantes têm acesso a essas situações... (Fernando)

Como num exercício de alargar a imaginação e o pensamento em saúde por meio da experiência do encontro – e reconhecê-lo nas intercessões da construção de narrativas –, expomos a Extensão Universitária numa perspectiva de espaço de desenvolvimentos de virtudes fundamentais e desejáveis para a prática médica. As narrativas fizeram expor as experiências dos estudantes nas atividades de extensão agregando à formação em medicina um aprendizado que se distingue do pressuposto no currículo médico ou do que se assimila nas salas de aula. No valor das narrativas, fizemos aparecer o desenvolvimento de virtudes para se defender o cuidado integral em saúde.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. Os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para a saúde e a doença. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. (org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.
- AGUIAR, O. A. Pensamento e narração em Hannah Arendt. In: MOREAES, E. J. de & BIGNOTTO, N. (org.). *Hannah Arendt: diálogos, reflexões, memórias*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2001.
- AGUIAR, C. A. & RIBEIRO, E. C. de O. Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: percepções atuais dos especialistas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2010, pp. 371-78.
- ALMEIDA, M. J. A Educação médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 25, n. 2, Rio de Janeiro, mai./ago. 2001.
- ALMEIDA, V. S. de. Educação e liberdade em Hannah Arendt. *Educação e Pesquisa*. v. 34, n. 3, São Paulo, set./dez. 2008, pp. 465-79.
- ALVES, M. A. A ética como virtude cívica em Maquiavel. *Thaumazein*, v. 3, Santa Maria, 2008, pp. 1-12.
- ANDRADE, M. A banalidade do mal e as possibilidades da educação moral: contribuições arendtianas. *Revista Brasileira de Educação*, v. 15, nº 43, jan./abr. 2010, pp. 109-25.
- ARANHA, M. L. de A. *Filosofia da educação*. 2ª ed. São Paulo: Moderna, 1990.
- ARENDT, H. *Lições sobre a filosofia política de Kant*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.
- _____. *Entre amigas: a correspondência de Hannah Arendt e Mary McCarthy*. BRIGHTMAN, C. (org). Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.
- _____. *Responsabilidade e Julgamento*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.
- _____. *Entre o passado e o futuro*. São Paulo: Perspectiva, 2009a.
- _____. *A vida do espírito*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009b.
- _____. *A condição Humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.
- ARISTÓTELES. *Ética a Nicômaco*. v. 2. São Paulo: Nova Cultural, 1987. (Coleção Os Pensadores).
- _____. *Política*. São Paulo: Martin Claret, 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico. *Anais do XXXI Congresso Brasileiro de Educação Médica*, 1993/94/95.

ASSY, B. Introdução à edição brasileira: Faces privadas em espaços públicos: por uma ética da responsabilidade. In: ARENDT, H. *Responsabilidade e julgamento*. São Paulo: Companhia das letras, 2004.

_____. Vida insustentável e reconciliação da narrativa – espaço público como natalidade metafórica em Hannah Arendt. *Revista da Faculdade de Direito – UFPR*, nº 47, Curitiba, 2008, pp. 81-9.

AYRES, J. R. C. M. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC – UERJ/IMS – ABRASCO, 2009.

BARBOSA NETO, F. As Diretrizes Curriculares contribuíram para a formação de um médico mais crítico e reflexivo?. In: STREIT, D. S. et al. (org.). *Educação médica: 10 anos de Diretrizes Curriculares*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2012.

BARROS, M. E. B. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, R. et al (org.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

_____. Por uma outra política das práticas pedagógicas. Trabalho apresentado durante a 26ª Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação. Poços de Caldas, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em <http://www.anped.org.br/reunioes/26/trabalhos/06tmareb.pdf>. Acesso em 08 de jan. 2012.

BARROS, M. E. B. & CÉSAR, J. M. Ação formativa no cultivo de um ethos como competência. In: PINHEIRO, R. & SILVA JR, A. G. *Cidadania no Cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2011.

BAUMAN, Z.Z. *Em Busca da política*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

BELLATO, R. et al. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, Roseni et al. (org.). *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2008.

BENJAMIN, W. O Narrador. In: *Obras escolhidas I: magia e técnica, arte e política*. 7ª ed. Trad. Sérgio Paulo Rouanet. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BRASIL. *Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968*. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, D.F.: 29 nov. 1968.

BRASIL. *Constituição Federal*. Brasília, 1988.

_____. *Lei Federal 8.080 (LOS), de 19 de setembro de 1990*. Brasília: 1990.

_____. *Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*. Resolução CNE/CES 4/2001. Brasília: Ministério da Educação, 2001a.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. *Parecer CNE/CES 1.133 de 7 de agosto de 2001b*. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>.

_____. *Plano Nacional de Extensão Universitária*. Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras/SESu/MEC. Brasília, D.F.: 2001c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde*. Brasília: 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Ver-SUS Brasil: cadernos de textos*. Brasília: 2004b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. MS/MEC. Brasília, D.F.: 2010. Disponível em <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/interministerial/103143-421.html>. Acesso em 07 de jan. 2013.

BROCKMEIER, J. & HARRÉ, R. Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, nº 16, Porto Alegre, 2003, pp. 525-35.

CALDERÓN, A. I. (org). *Ação comunitária: uma outra face do ensino superior brasileiro*. São Paulo: Olho d'água, 2004.

CALDERÓN, A. I. & SAMPAIO, H. (org). *Extensão Universitária: ação comunitária em universidades brasileiras*. São Paulo: Olho d'água, 2002.

CAMARGO JR, K. R. Racionalidades Médicas: A medicina ocidental contemporânea. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, nº 065, 1993.

_____. As Armadilhas da 'concepção positiva de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, v. 17, Rio de Janeiro, 2007, pp. 63-76.

CAMASMIE, A. T. *Narrativa de histórias pessoais: Um caminho de compreensão de si mesmo à luz do pensamento de Hannah Arendt*. Dissertação de Mestrado em Filosofia. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

CAMPOS, G. W. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, jan./mar. 1999, pp.187-193.

CASTRO, L. M. C. *A Universidade, a Extensão Universitária e a produção de conhecimentos emancipatórios: ainda existem utopias realistas*. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 185f., Rio de Janeiro, 2004.

CECCIM, R. B. Educação dos profissionais de saúde e compromissos públicos com a integralidade: as disposições do Aprender SUS. In: PINHEIRO, R.& SILVA JR, A.G. da. *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC –IMS/UERJ – ABRASCO, 2010.

_____ et al. “Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde como política pública”. *Lugar Comum*, nº 28, Rio de Janeiro, 2009, pp. 159-80.

CHAUI, M. *Introdução à História da Filosofia*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

CHAVES, M. M. et al. *Cambios En La Educación Médica: analisis de La IDA en America Latina*. Caracas: FEPAFEM, 1984.

CHAVES, M. & ROSA, A. R. (org.). *Educação Médica nas Américas: O desafio dos anos 90*. São Paulo: Cortez, 1990.

COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. *Preparando a transformação da educação médica brasileira*. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2000.

CIUFFO, R. S. & RIBEIRO, V. M. B. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível?. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 12, nº 24, jan./mar. 2008, pp.125-40.

CORDEIRO, H. *A Indústria da Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

COSTA, J. F. *Razões públicas, emoções privadas*. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

CRUZ, K. T. *A formação médica no discurso da CINAEM*. Dissertação de Mestrado. Campinas: 2004.

CRUZ, R.S. *Walter Benjamin: O valor da narração e o papel do justo*. Dissertação de Mestrado. UFBA, Salvador, 2007.

DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e Sociedade*. São Paulo, Pioneira, 1975.

DUTRA, E. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, 2002, pp. 371-8.

ERON, L. D. Effect of Medical education on medical student's attitudes. *Journal of Medical Education*, 1995, pp.559-66.

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS – FCM/UERJ. *Justificativa da construção de novo Projeto Pedagógico*. Mimeo.

FERNANDEZ, V. S. *Práticas Integradas na formação em saúde: desafios e possibilidades de transformação das práticas pedagógicas no curso de Nutrição da UFF*. Dissertação de Mestrado. ISC-UFF, 2009.

FAVORETO, C. A. O. *Narrativa na e sobre a clínica na Atenção Primária: uma reflexão sobre o modo de pensar e agir dirigido ao diálogo, à integralidade e ao cuidado em saúde*. Tese de Doutorado. IMS-UERJ, 2007.

FEUERWERKER, L. *Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: Hucitec, 2002.

FLEURY, S. Reforma dos serviços de saúde no Brasil: movimentos sociais e sociedade civil. *The Lancet*, Londres, Saúde no Brasil, mai. 2011.

FORPROEX. *XXX Encontro nacional do FORPROEX – FÓRUM DE PRO-REITORES DE EXTENSÃO DAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO SUPERIOR*. Carta Porto Alegre, 2011. Disponível em <http://www.renex.org.br/documentos/Encontro-Nacional/2011-XXX-Encontro-Nacional-do-FORPROEX.pdf>. Acesso em 17 de fev. 2012.

FOUCAULT, M. *O Nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FREIRE, P. *Extensão ou Comunicação?*. 10ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

FURTADO, E. S. et al. Avaliação do estresse e das habilidades sociais na experiência acadêmica de estudantes de medicina de uma universidade do Rio de Janeiro. *Interação em Psicologia*, 2003, 7(2), pp. 43-51.

GAGNEBIN, J. M. *História e narração em Walter Benjamin*. São Paulo: Perspectiva, 1999.

GARCIA, J. C. *La educación médica en la América Latina*. Washington: OPAS/OMS, 1972.

GUIZARDI, F. L. & PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 11, nº 3, Rio de Janeiro, set. 2006.

GUIZARDI, F. L. et al. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação

ensino-trabalho. In: PINHEIRO, R. et al. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2006.

HAMAMOTO FILHO, P. T. Ligas Acadêmicas: Motivações e Críticas a Propósito de um Repensar Necessário. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 2011, 35 (4), pp. 535-43.

_____. et al. Normatização da abertura de ligas acadêmicas: a experiência da Faculdade de Medicina de Botucatu. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 2010, 34 (1), pp. 160-7.

HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de Extensão Universitária. *Cad. Saúde Pública*, v. 21, nº 1, Rio de Janeiro, jan./fev. 2005, pp. 256-65.

HENRIQUES, R. L. M. *As transformações no ensino na saúde: um estudo sobre a Extensão Universitária e sua relação com a formação do profissional de saúde para o SUS*. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2011.

ITIKAWA, F.A. et al. Implantação de Uma Nova Disciplina à Luz das Diretrizes Curriculares no Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2008, 32 (3), pp. 324-32.

KANT, I. *Antropology from a pragmatic Point of View*. Trad. Mary J. Gregor et al, 1974. Apud ARENDT, H. *Lições sobre a filosofia política de Kant*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

_____. *Critique of Pure Reason*. B151. Trad. N.K. Smith. Nova Iorque: St Martin's Press, 1963. Apud ARENDT, H. *Lições sobre a filosofia política de Kant*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

KISTEVA, J. *O gênio feminino: a vida, a loucura, as palavras: Hannah Arendt*. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.

LAMPERT, J. B. *Tendências de Mudanças na formação médica no Brasil*. Tese de Doutorado. ENSP-FIOCRUZ, 2002.

LATOUR, B. *Jamais fomos modernos*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

LIMA, M. C. P. et al. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. *Rev. Saúde Pública*, 2006, 40(6), pp. 1035-41.

LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. *Natural, racional e social. Razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

_____. Fragilidade social e busca por cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004.

LUZ, M. T. Demanda em saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de. (org.). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

_____. Questões centrais do campo da Saúde Coletiva no Brasil atual: repercussões no ensino e no cuidado, contribuição ao X Seminário do LAPPIS. In: PINHEIRO, R. & SILVA JR. A. G. (org.). *Por uma sociedade cuidadora*. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2010.

MACÊDO, M. C. dos S. et al. Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. In: PINHEIRO, R. et al. (org.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2006.

MARCONDES, E. Medicina, Ribeirão Preto. Simpósio *Ensino Médico de Graduação*, out./dez. 1996, 29: pp. 389-95. Disponível em:
http://www.fmrp.usp.br/revista/1996/vol29n4/3_curriculo_nuclear.pdf

MARSIGLIA, R. G. *Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente-assistencial IDA no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1995.

MEIHY, J. C. S. B. & HOLANDA, F. *História Oral: como fazer, como pensar*. 2ª ed. São Paulo: Contexto, 2010.

MELO NETO, J. F. *Extensão Universitária: uma análise crítica*. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2001.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Medicina e história. Raízes sociais do trabalho médico*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina/USP, São Paulo, 1979.

_____. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MERHY, E. E. & ACIOLE, G. G. Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com a CINAEM as possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em medicina. *Pro-Posições*, v. 14, nº 1, jan./abr. 2003.

MERTON, R. K. et al (eds.). *The student-physician: introductory studies in sociology of medical education*. Cambridge: Harvard University Press, 1957.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Serviço extramuro odontológico: impacto na formação profissional. *Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.*, v. 4, nº 1, João Pessoa, jan./abr. 2004, pp. 53-7.

ONOCKO CAMPOS, R. T. & FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev. Saúde Pública*, 2008, pp.1090-6.

PAGLIOSAL, F. L. & DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 2008, pp. 492–9.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, Londres. Saúde no Brasil, maio 2011.

PÊGO-FERNANDES, P. M. & MARIANI, A. W. O ensino médico além da graduação: ligas acadêmicas. *Diagn. Tratamento*, 2011, pp. 50-1.

PEREIRA, I. B. & LIMA, J. C. F. (org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>. Acesso em 06 de jan. 2013.

PERES, C. M. *Atividades extracurriculares: percepções e vivências durante a formação médica*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

PESSOTI, I. A formação humanística do médico. *Medicina*, v. 29, 1996, pp. 440-8.

PICCINI, R. X. et al. *Projeto de avaliação das escolas médicas do Brasil: relatório parcial – dados preliminares*. Pelotas: [s.n.], 1996.

PIERANTONI, C. R. et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2008, pp.685-704.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 6ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2006.

_____. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2007.

_____. Demanda por cuidado como direito humano à saúde: um ensaio teórico-prático sobre o cuidado como valor dos valores. In: PINHEIRO, R. & SILVA JR, A. G. da. *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2010.

_____ & CECCIM, R. B. *Experienciação*, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R. et al. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2006.

PINHEIRO, R. et al (org.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2006.

_____ et al. Operacionalizando a pesquisa: a trajetória e o fio condutor de construção da pesquisa. In: PINHEIRO, R. et al. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2006.

_____ & LUZ, M. T. Práticas eficazes versus modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003.

_____ & MARTINS, P. H. (org.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011.

PONTES, A. L. M. *Saber e prática docente na transformação do Ensino Médico: Reflexões a partir da fala de preceptores do curso de medicina da UFF*. Dissertação de Mestrado. ENSP-FIOCRUZ, 2005.

PONTES, A. L. M. et al. Ensino da saúde e a rede de cuidados nas experiências de ensino-aprendizagem. In: PINHEIRO, R. et al. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2006.

RABELO, A. O. A importância da investigação narrativa na educação. *Educ. Soc.*, v. 32, nº 114, Campinas, jan./mar. 2001, pp.171-88.

REGO, S. *A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

REGO, S. & SCHILLINGER-AGATI, M. Desenvolvimento moral e ambiente de ensino-aprendizagem nas escolas médicas. In: MARINS, J. J. N. & REGO, S. (org.). *Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação*. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2011.

RIOS, I. C. *Subjetividade contemporânea na Educação Médica: A formação humanística em Medicina*. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina/Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ROCHA, R. M. G. A construção do conceito de Extensão Universitária na América Latina. In: FARIA, D. S. de (org.). *Construção conceitual da Extensão na América Latina*. Brasília: Editora UNB, 2001.

RODRIGUES, R. A. P. et al. As perspectivas da cultura e Extensão nas escolas de enfermagem no Brasil. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, v. 1, Ribeirão Preto, 1994, pp. 103-9.

SAIPPA-OLIVEIRA, G. et al. Seleção de conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde. In: PINHEIRO, R. et al. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2006.

SACRISTÁN, J. G. et al. *Educar por competências: o que há de novo?* Porto Alegre: Artmed, 2011.

SANTOS, M. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. 15ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2008.

SANTOS FILHO, L. de C. *História geral da medicina brasileira*. v. 2. São Paulo: Hucitec, 1977.

SCHILLINGER, M. *Learning environment and moral development: How university education fosters moral judgment competence in Brazil and two German-speaking countries*. Aachen: Shaker Verlag, 2006.

SCHRAIBER, L. B. *O médico e seu trabalho. Limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev. Saúde Pública*, 1995, pp.63-74.

_____. No encontro da técnica com a Ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, ago. 1997.

_____. *O médico e suas Interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Hucitec, 2008.

_____. Racionalidade biomédica e transformações históricas da prática médica ao longo do século XX: breves apontamentos para a reflexão crítica. In: PINHEIRO, R. & SILVA JR. A. G. (org.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2010.

SERRANO, R. M. S. M. *Conceitos de Extensão Universitária: um diálogo com Paulo Freire*. Pró-reitoria de Extensão e assuntos comunitários – PRAC, João Pessoa, fev. 2006. Disponível em: www.prac.ufpb.br/copac/extelar/.../conceitos_de_extensao_universitaria.pdf. Acesso em 15 set. 2011.

SILVA, A. F. L. *Extensão Universitária na UFF: uma análise crítica no campo da saúde com foco na formação*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Saúde da Comunidade/Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.

SILVA, F. H. DA & BARROS, M. E. B. DE. Integralidade nas práticas do cuidado em saúde: produção de dispositivos. In: PINHEIRO, R. & SILVA JR. A. G. (org.). *Por*

uma sociedade cuidadora. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2010.

SILVA, F. L. Breve panorama histórico da Ética. *Revista Bioética*, v. 1, nº 1, 1993.

SILVEIRA, R. P. & PINHEIRO, R. Em busca da integralidade na formação médica: revisitando as experiências no ensino de graduação em medicina. In: PINHEIRO, R. & SILVA JR. A. G. (org.). *Por uma sociedade cuidadora*. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2010.

_____. Do universal ao comum na prática e na educação médica. In: PINHEIRO, R. & SILVA JR, A.G. *Cidadania no Cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2011.

STELET, B. P & PINHEIRO, R. Da filosofia moral ao amor ao mundo: contribuições arendtianas por uma ética do cuidado em saúde. In: PINHEIRO, R. & SILVA JR. A. G. (org.). *Cidadania no Cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2011.

TAQUETTE, S. R. et al. Currículo Paralelo: uma realidade na formação dos estudantes de Medicina da UERJ. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 2003, pp.171-6.

TAVARES, A. P. et al. O 'Currículo Paralelo' dos estudantes de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 2007, pp.254-65.

TORRES, A. R. et al. Ligas Acadêmicas e formação médica: contribuições e desafios. *Interface Comun Saúde Educ.*, 2008, pp.713-20.

VERGNIÈRES, S. *Ética e política em Aristóteles: physis, ethos, nomos*. São Paulo: Paulus, 1999.

VERHINE, R. E. et al. Do provão ao ENADE: uma análise comparativa dos exames nacionais utilizados no ensino superior brasileiro. *Ensaio: aval. Pol. Públ. Educ.*, v.14, nº 52, Rio de Janeiro, jul./set. 2006, pp. 291-310.

VIANNA, C. M. DE M. Estruturas do Sistema de Saúde: do Complexo Médico-industrial ao Médico-financeiro. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2002, pp. 375-90.

VIEIRA, E. M. et al. O que eles fazem depois da aula? As atividades extracurriculares dos alunos de ciências médicas da FMRP-USP. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 2004, pp. 84-90.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (duas vias)

O projeto de pesquisa "Narrativas de estudantes de medicina sobre experiências de extensão universitárias: um estudo sobre repercussões de ações extensionistas na construção de virtudes durante a formação médica" é desenvolvido no âmbito do mestrado acadêmico do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) na área de concentração Política, Planejamento e Administração em Saúde.

O objetivo do estudo, em linhas gerais, consiste em analisar as experiências de estudantes de medicina a partir de suas narrativas sobre a participação em atividades extensionistas e suas repercussões na construção de virtudes na formação médica.

Convidamos você para participar desta pesquisa por suas vivências em atividades extensionistas no período de graduação em medicina. Você será entrevistado(a) pelo pesquisador e responderá a questões relacionadas a sua participação em projetos de extensão. Sua colaboração se fará de forma anônima, por meio desta entrevista, que durará no máximo 02 (duas) horas, será gravada e posteriormente transcrita para se conseguir reproduzir a sua fala de acordo com suas histórias e opiniões. Caso seja necessário, marcaremos outro momento de entrevista.

Esclarecemos que os usos das informações oferecidas por você estão submetidos às normas éticas destinadas a pesquisas envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Tenha ciência de que, caso você tenha dúvida ou se sinta prejudicado(a), poderá contatar o pesquisador, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), situado na Rua São Francisco Xavier, 524 - sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20559-900, telefone (x-21) 2334-0504 ramal 148, fax (x-21) 2334-2152 e e-mail: cep-ims@ims.uerj.br.

Asseguramos uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Informamos que você poderá se retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para você e sem sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. A presente pesquisa não possui nenhum financiamento externo, as despesas decorrentes serão de responsabilidade do pesquisador e os participantes não farão jus a nenhum tipo de remuneração. Você participará por sua própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Pretende-se divulgar os resultados da pesquisa em congressos, eventos e publicações de cunho acadêmico-científico, com a garantia da não identificação das informações.

Informamos, ainda, que o pesquisador Bruno Pereira Stelet coloca-se à disposição para esclarecimentos a qualquer momento que você julgar necessário através do telefone (21) 9297-5951 ou e-mail brunopst@yahoo.com.br.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

ANEXO B – Roteiro De Entrevista

A. Identificação

1. Nome:
2. Categoria (estudante de medicina ou médico formado – ano de formação)
3. Sexo:
4. Idade:

B. Questões

Formação em medicina

1. Como foi o seu processo de formação em medicina?
2. Você tem alguma história ou algum fato que você se lembre e que possa contar sobre a sua formação em medicina?

Extensão Universitária

3. O que motivou você a participar de atividades de extensão?
4. Você tem alguma história ou algum fato que você se lembre e que possa contar sobre a sua participação em projetos de extensão?

Relação Extensão Universitária e Formação em medicina

5. A sua participação em atividades de extensão influenciou/influencia sua formação em medicina? Você pode me contar alguma história que você se lembre?
6. A sua participação em atividades de extensão influenciou/influencia sua prática profissional? Que características profissionais você acha que adquiriu nas atividades de extensão? Você se lembra alguma história ou fato que possa contar?
7. De que maneira a extensão universitária pode colaborar para a o ensino da medicina em geral?
8. Que tipo de experiência você acha que adquiriu na extensão universitária e que o ensino médico não possibilitou? Você se lembra de alguma história ou fato que possa contar?

Relação Ensino-Pesquisa-Extensão

9. Para você, como foi/é a relação entre o ensino médico (sala de aulas, laboratórios, anatômico) e as atividades de extensão? (eram/são atividades que dialogavam/dialogam, que se interferiam/interferem ou eram/são atividades isoladas? Integração ensino-extensão)
10. Você acha que a extensão influenciou/influencia na construção do seu conhecimento em saúde? De que maneira a extensão produz conhecimento (há/havia integração extensão e pesquisa)? Você se lembra alguma história ou fato que possa contar?

Cuidado Integral em Saúde

11. Para você, o que caracteriza o cuidado integral em saúde?
12. Partindo da ideia que o seu trabalho é cuidar de pessoas, que características que você acha importantes para realizar esse trabalho? (conhecimento científico, humanidades, responsabilidade, vínculo, conhecer técnicas/tecnologias...)
13. As atividades de extensão que você participava/participa contava/conta com alunos de outras graduações? Tinha/Tem profissionais de outras áreas participando? Você se lembra de alguma história ou fato que possa contar?

A extensão possibilitou/possibilita apreender o cuidado integral durante sua formação? De que maneira? Você se lembra de alguma história ou fato que possa contar?