

---

# O DEBATE NECESSÁRIO: A IMPORTÂNCIA DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA PARA A FORMAÇÃO MÉDICA

Regina Guedes Moreira Guimarães<sup>I</sup> Maria do Carmo Ferreira<sup>II</sup> Fabiana de Mello Villaça<sup>III</sup>

Palavras-chave: Educação médica; Promoção da saúde; Saúde pública; Estudantes de medicina; Relações comunidade – instituição.

---

## INTRODUÇÃO

O modelo pedagógico de transmissão de conhecimento, tradicionalmente desenvolvido nas universidades desde seus primórdios, no século XII, tende a fortalecer um perfil de egresso passivo em relação à construção do conhecimento e prepotente em relação ao conhecimento estabelecido. Daí decorre um enredamento do estudante numa profusão de conteúdos, dentro de uma grade curricular fechada em disciplinas estanques, que dominam toda a carga horária do curso.

O tempo escasso para a elaboração, para a maturação e para a vinculação afetiva, relacional, implicada com esses conteúdos é apreendido no cotidiano de estudos (por sua vez, teóricos e com associação prática limitada) de modo pouco submetido à crítica e ao questionamento. A pretendida abordagem da universalidade do saber, em sua complexidade, se perde e é subtraída da formação profissional.

Essa situação pedagógica atinge também a formação médica e por esse motivo tem suscitado muitos debates sobre a necessidade de reformas. Neste cenário, o momento da formatura é crucialmente caracterizado por intensas preocupações e angústia, pois se sente a exigência de aplicação inequívoca dos conhecimentos teóricos sobre uma realidade mutável, em seus matizes

de complexidade, dor, sofrimento e morte, o que ataca ferozmente a identidade profissional, onipotentemente construída com base no paradigma, ainda a superar, propalado desde os tempos modernos: *corpo é máquina!* Assim, o ensino da medicina, dicotomizado entre teoria e prática, se desarticula das necessidades de saúde da realidade social vigente.

## ONDE COMEÇA A DICOTOMIA ENTRE A TEORIA E A PRÁTICA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL?

As universidades inauguraram uma forma de conhecimento que deixava de ser um saber divino e passava a ser uma atividade humana. Ao longo da história, esta instituição se tornou o principal lócus para a formação profissional. A essência da universidade estava no sentido de universalidade do saber e no agir dos homens. As primeiras universidades surgem em Bolonha (cerca de 1188), Valência (1209), Oxford (1214), Paris (cerca de 1215), Salamanca (1230), Coimbra (1279), Lisboa (1290) e outras, cada uma defendendo determinadas idéias<sup>1,2</sup>.

No século XIII, nas universidades, a unidade que se procurava estabelecer entre a metafísica e as ciências da observação se traduziu na existência de um único modo

---

<sup>I</sup> Professora Associada da Disciplina de Psicologia Médica, Departamento de Saúde Coletiva, Unirio; Pró-Reitora de Extensão e Assuntos Comunitários da Unirio; Doutora em Saúde Pública, ENSP/Fiocruz.

<sup>II</sup> Professora Adjunta da Disciplina de Parasitologia, Departamento de Parasitologia e Microbiologia, Unirio; Diretora do Departamento de Extensão da Unirio; Doutora em Parasitologia, UFRJ.

<sup>III</sup> Professora Substituta da Disciplina de Psicologia Médica, Departamento de Saúde Coletiva, Unirio; Médica Psiquiatra; Mestranda do IESC/UFRJ.

de discussão e ensino, denominado escolástica: a partir de duas proposições diferentes, estabelece-se um diálogo em que os argumentos das duas teses se opõem. Esse método didático da medicina encorajava a agilidade e a eloquência abstrata<sup>1</sup>.

Sendo inevitável traçar um paralelo com a atualidade, o número de universidades aumentava, representando prestígio para as cidades e sendo atraente para os estudantes, que despendem o seu dinheiro em sua formação. Os mestres universitários passaram a ter trânsito livre em viagens, autorizadas pelo papado ou pela realeza, e podiam, dessa maneira, se estabelecer em cidades mais ricas<sup>1</sup>. Concomitantemente, as corporações de ofício se aproximaram da universidade, com vista à obtenção desses privilégios e recursos financeiros.

Por sua vez, os estudos médicos eram longos e dispendiosos (cinco a seis anos), conferindo graus de bacharel, licenciado e doutor. Se o médico saísse de uma universidade conhecida, como Bolonha ou Paris, seria recebido em outras escolas e colégios para praticar; mas, se o seu título fosse modesto, não conseguiria abandonar a província.

A universalidade do ensino nas universidades correspondia ao conjunto de conhecimentos que o médico deveria adquirir, e as práticas manuais foram deixadas para os cirurgiões e barbeiros, que não se formavam em universidades e nem eram admitidos nelas. Diferentemente dos médicos árabes, para os quais a medicina e a cirurgia constituíam a mesma arte. Somente a Revolução Francesa, com as idéias de reforma social, logrou juntar estas duas atividades na medicina.

Mesmo com o desenvolvimento do estudo da anatomia nos séculos XIV e XV, nem os médicos e nem os cirurgiões puderam utilizar seus conhecimentos, pois as intervenções sobre as vísceras profundas se revelavam impossíveis, devido aos riscos de infecção. A medicina progredia, mas a terapêutica não evoluía.

A riqueza da flora e as práticas de cura existentes no Novo Mundo levaram à criação de jardins botânicos nas faculdades de Medicina, apesar do preconceito em relação à arte não oficial, praticada pelos curandeiros, pelos habitantes e pelos jesuítas das colônias com as ervas medicinais. Os representantes da arte oficial lutavam contra a informalidade, reivindicando para si o controle do corpo, ao mesmo tempo em que reinterpretavam o saber popular de cura com base no saber erudito<sup>1,3</sup>.

Apesar da ampliação da Matéria Médica, ao final do século XV, o ensino da medicina permanecia associado ao conjunto do saber filosófico, à teologia, à matemática, à astronomia e à ótica e se propagava com a invenção da imprensa. O mesmo se dava com a divulgação dos compêndios de farmacopéia, informando a atividade de boticários, profissionais, religiosos e leigos.

Durante os séculos XVI e XVII, paulatinamente o ensino recorreu ao concreto, por meio da anatomia, que evoluía, e da observação. Apesar do conservadorismo das escolas médicas, a medicina mudava. Com a descoberta do microscópio, a observação superou as limitações do estudo anatômico a olho nu e avançou-se mais um pouco no conhecimento do corpo humano e seu funcionamento<sup>1,3</sup>.

A obstetrícia ia se incorporando à medicina e à cirurgia. Ao mesmo tempo, os médicos não esqueceram o doente e o alívio de seus sofrimentos ou doenças, com a observação do paciente e o primado da experiência que daí advinha. A origem da prática 'clínica' (referência ao leito onde o doente repousa), tal como hoje é efetuada, pode ser referida ao século XVII<sup>1,3</sup>.

Nesse período, com as grandes pestes, surgiram mais numerosamente estabelecimentos provisórios de hospedagem, que vão dar origem à instituição hospitalar. Na França, por determinação de Luís XIV, um "hospital geral" foi criado em cada uma das grandes cidades, para encerrar os excluídos da sociedade, que não podiam ter acesso a cuidado domiciliar por causa dos honorários cobrados. Os hospitais permanentes ficaram a cargo da marinha e do exército para o cuidado de seus feridos<sup>1</sup>.

Na medicina do século XVIII e princípio do XIX, ampliou-se a experimentação e a penetração da física e da química, concomitantemente ao afastamento da metafísica. Surgiram tentativas de classificação das doenças, renunciando-se ao sistema hipocrático dos temperamentos, que via em cada doente um caso particular. Os clínicos então fizeram os seus doentes entrarem em grupos que poderiam ser objeto de estudos coletivos coerentes.

O século XIX instaurou a medicina anatomoclínica, a medicina experimental e aí se inicia a medicina hospitalar. No início do século XIX, surgiram a pesquisa e a extensão como atividades desenvolvidas na universidade. A pesquisa surgiu na Universidade de Berlim, e a extensão surgiu a partir do modelo inglês, na modalidade de cursos e prestação de serviço<sup>4,5</sup>.

## COMO SE INICIAM AS ESCOLAS MÉDICAS NO BRASIL? E AS UNIVERSIDADES?

Até o início do século XX não se havia criado nenhuma universidade, pois não havia iniciativa por parte da sede, Portugal, que contava com um quadro universitário reduzido, constituído pela Universidade de Coimbra e pelos colégios de Évora e Lisboa, comparativamente às oito universidades espanholas, de grande porte para a época<sup>4</sup>.

No período colonial havia, sim, instituições de ensino superior (colégios e seminários) mantidas pelo monopólio da Companhia de Jesus, até a metade do século XVIII, com os cursos de artes (filosofia) e teologia: na Bahia (1572), no Rio de Janeiro, em Olinda-Recife, em Belém, em São Luís, em São Paulo e em Mariana. Em 1759, com as “reformas pombalinas da instrução pública”, dissolveu-se o sistema jesuítico (assim como nas sedes católicas, pois a Companhia de Jesus era demasiado influente), e o ensino superior atravessou um período de desorganização e dispersão por 50 anos<sup>6</sup>.

A partir de 1808, com a chegada da família real portuguesa, foram criadas: a Escola de Medicina da Bahia; a Escola de Medicina do Rio de Janeiro; o curso de economia, em 1808; o ensino de engenharia, na Academia Militar, em 1810; o curso de agricultura, em 1812; o de química, em 1817, na Bahia; e, já independente de Portugal, em 1827, os cursos jurídicos de Olinda e de São Paulo. Assim, o ensino superior no Brasil se desenvolve por meio de faculdades isoladas<sup>6,7,8</sup> fora do padrão universitário europeu, diferentemente da tradição da educação em universidades, própria daquela conduzida em Bolonha e Salamanca.

No âmbito da formação médica, esses acontecimentos puseram fim aos físicos e cirurgiões formados na Europa e que praticavam seu ofício no Brasil. Inicia-se a tradição clínica do médico de família. A influência francesa marcou esse período nas escolas brasileiras, o que já se refletia no século XVIII na Europa: ensinamento individualizado junto ao leito do paciente, em contraposição às discussões intensas sobre a etiologia das doenças. O médico perde a antiga passividade, e sua atuação acadêmica fica apoiada nos hospitais, onde um grande número de pacientes poderia ser examinado sob supervisão: surge a medicalização do hospital<sup>1,3</sup>.

No entanto, ao final do século XIX, o ensino médico entrou em debate no Brasil. Discute-se sobre o ensino,

a criação de universidades, as doutrinas médicas, ocasionando reformas no ensino médico, com a construção de laboratórios e renovando-se o currículo médico com base no modelo germânico, que pregava o ensino prático e experimental, como crítica ao modelo francês, focalizado na clínica<sup>3,9</sup>.

A partir de 1918, o modelo flexneriano, modelo americano, vai se afirmando, tendo como núcleo: criação de disciplinas estruturadas em departamentos, as pré-clínicas e as clínicas (disciplinas básicas e especialidades); a dedicação à pesquisa e à ciência e a criação do hospital-escola. Inicia-se assim a tensão entre o médico generalista, o especialista e o higienista (sentido coletivo da prática médica)<sup>3,9</sup>.

Assim, as universidades brasileiras nascem tardiamente, no início do século XX, com as primeiras iniciativas concretas. Entretanto, somente em 1920 foi criada a Universidade do Rio de Janeiro, a primeira que teve continuidade no Brasil. Ilustrativamente, o primeiro Estatuto das Universidades Brasileiras, de 1931, definia que a instituição de ensino superior somente poderia se tornar universidade se reunisse pelo menos três das quatro faculdades: de Medicina; de Engenharia; de Direito; de Educação, Ciências e Letras. Até 1945 ocorre a busca pela institucionalização destas entidades<sup>6</sup>.

No período compreendido entre 1945 e 1960, a universidade se compromete com a democracia e com a construção de uma sociedade tecnologicamente moderna<sup>10</sup>. O currículo médico é questionado e ultrapassa o debate nas escolas médicas, assumindo expressão internacional. Diversas instituições médicas criticaram a separação entre a medicina curativa e a preventiva, consolidando os novos marcos teóricos para uma medicina integral<sup>3</sup>.

Com a instalação do Estado autoritário – o golpe militar de 1964 –, muitas experiências participativas, que pressionavam mudanças, foram interrompidas no âmbito das discussões para a educação superior. No início dos anos 1960, por exemplo, havia surgido, com base nas idéias de Paulo Freire, uma forma de extensão, especialmente promovida pelo movimento estudantil, que discutia os problemas político-ideológicos e a educação no contexto nacional. Algumas universidades públicas brasileiras realizavam ações voltadas para a população carente, com predomínio do assistencialismo. Entretanto, tais ações eram esporádicas e pontuais, desvinculadas, portanto, do projeto acadêmico da universidade<sup>4,5,6,11</sup>.

Em 1968, mesmo com as grandes mobilizações dos estudantes, foi criada a Lei de Reforma Universitária (5.540/68), marcadamente desintegradora da estrutura acadêmica e desmobilizadora de conteúdos e conhecimentos. No que tange à extensão universitária, ela ainda aparece sob a forma de cursos e serviços especiais estendidos à comunidade. Seu caráter é assistencialista, desvinculado do ensino e da pesquisa. O princípio da indissociabilidade, previsto para o ensino superior, aparece contemplado no artigo 2º dessa reforma, relacionando, apenas, o ensino com a pesquisa<sup>11</sup>.

Nas décadas de 1970 e 1980, as inovações se davam com a diversificação dos cenários de ensino por meio da atividade docente-assistencial. A incorporação e a interação de estudantes e docentes ao processo de produção de serviços atendem à articulação entre teoria e prática em toda a complexidade. Mesmo com as experiências inovadoras em algumas instituições públicas, o modelo hospitalocêntrico prevalece, marcado pela fragmentação da especialização e transmissão de conteúdos<sup>3,12,13</sup>.

Em face dos inúmeros retrocessos sociais e políticos até então vividos desde o golpe militar de 1964, durante a década de 1980, com o fortalecimento da sociedade civil e com os movimentos sociais das minorias, começa a se configurar um novo paradigma de universidade, de sociedade e de cidadania. A população deixa de ser percebida pela comunidade acadêmica como mera receptora de conhecimentos e de práticas produzidas no interior do “castelo do saber”<sup>11</sup>.

Um debate fundamental desse período foi o que envolveu a criação da 6ª Carta Magna Brasileira<sup>14</sup>, em substituição àquela da ditadura, outorgada em 1967, com a finalidade de institucionalizar e legalizar o regime militar instalado com o golpe de 1964. As tensões políticas em diversas esferas da sociedade brasileira, no âmbito da luta pela democratização do País, geram, entre outros importantes movimentos, a reforma sanitária que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na área da política de saúde e de educação, os debates culminaram com diretrizes fundamentais para a nova república que se vislumbrava. O Título VIII deste documento maior trata da nova ordem social, que traz como base o primado do trabalho e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais. Nesse sentido, nele se incluem os capítulos sobre: seguridade social e assistência social; a educação, a cultura e o desporto; a ciência e a tecnolo-

gia; a comunicação social; o meio ambiente; a família, a criança, o adolescente e o idoso; os índios<sup>14</sup>.

A saúde é considerada como direito de todos e dever do Estado. As ações e serviços públicos de saúde passam a integrar uma rede que se constitui em um sistema único, organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade<sup>14</sup>.

A educação é considerada direito de todos e dever do Estado e da família, sendo promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. O texto sobre a universidade preceitua: “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”<sup>14</sup>.

Abre-se, portanto, a perspectiva de uma análise complexa sobre a nova ordem que conceitua uma identidade à sociedade brasileira: associa-se indiscutivelmente o trabalho aos objetivos sociais de bem-estar e justiça social; assume-se a responsabilidade de promoção de condições para uma formação profissional cidadã; afirma-se a necessidade da conscientização crítica sobre a realidade vigente, bem como de sua transformação.

## DE QUAL EXTENSÃO HOJE SE FALA?

Do primeiro registro oficial sobre extensão universitária, no Estatuto da Universidade Brasileira, no Decreto-Lei nº 19.851, de 1931, até a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de nº 4.024/1961, o entendimento sobre a extensão permanece como uma modalidade de curso, conferência ou assistência técnica rural, destinada aos possuidores de diploma universitário<sup>4,5,6,11</sup>.

Percebe-se, desta forma, que a extensão, naquele momento, voltava-se para os interesses da classe dirigente: o progresso da ciência (por meio da pesquisa) e a transmissão do conhecimento (por meio do ensino). Neste sentido, é possível compreender o distanciamento existente entre a população e tais ações extensionistas, bem como a “dicotomia” entre o ensino, a pesquisa e a extensão<sup>4,5,11</sup>.

A partir da década de 1960, a extensão toma especial impulso como uma das atividades universitárias funda-

mentais à formação profissional. Na época, o movimento estudantil discutiu uma forma de extensão que avançava do assistencialismo para a participação, para a problematização e a comunicação dialógica, referenciais básicos para as ações junto às comunidades envolvidas<sup>4,5,11</sup>.

Mas o Estado totalitário que se instalou em 1964 substituiu o enfoque político anterior, emancipador e democrático da extensão universitária, que encontrava um importante apoio nas idéias do educador Paulo Freire. Retrocede-se ao assistencialismo nas formas de fazer extensão nos programas apoiados pelo governo, durante a ditadura<sup>4,5,11</sup>.

Nesse cenário político de luta pela democracia, nas décadas de 1970 e 1980, no seio do debate da Constituinte, discutia-se a extensão universitária e seus caminhos. Em 1987, a criação do Fórum Nacional de Pró-Reitores das Universidades Públicas Brasileiras focaliza a concepção de extensão, pautada nas idéias de Paulo Freire e no entendimento da função social da universidade, comprometida com as questões educacionais e sociais<sup>4,5,11,15</sup>.

A partir de então, se intensifica a implementação de uma política de extensão universitária a ser desenvolvida pelas universidades, pressupondo-se uma política voltada para o social, um conceito mais amplo, em que se pensa uma sociedade que se organiza pelas relações dialógicas e não pelas relações de domínio, fundadas no poder coativo de qualquer natureza.

O referido conceito acena para que as ações de extensão universitária devam possibilitar a elaboração da práxis de um conhecimento que resulte da troca de saberes acadêmicos e populares, confrontados com a realidade brasileira, regional e local, devendo ser construídas no envolvimento de professores, de estudantes e de técnico-administrativos da comunidade universitária com os sujeitos da comunidade externa implicada nesse processo, por meio da interlocução e da participação.

Para tanto, as metodologias de ensino problematizadoras e participativas e os mecanismos de flexibilização curricular são meios fundamentais à realização da extensão universitária conseqüente, de modo que resulte em: democratização do conhecimento produzido, acumulado e reconhecido pela universidade; instrumentalização do processo dialético teoria/prática; promoção da interdisciplinaridade e transdisciplinaridade; participação efetiva da comunidade externa no espaço universitário; visão integrada do social; relação transformadora entre a

universidade e as demais instâncias sociais, em apoio às políticas públicas<sup>16</sup>.

Nesse entendimento, a ação de extensão, superando o assistencialismo, deve ser direcionada, prioritariamente, às questões sociais que implicam necessidade de transformação de dada realidade, tendo em vista a qualidade de vida, o desenvolvimento sustentável e a responsabilidade humana sobre os fenômenos da vida. No caso do curso médico e de outros da área de saúde, o enfoque predominante é o das políticas públicas.

É importante frisar a interdisciplinaridade que deve ser contemplada, então. Muitas ações de extensão se voltam para políticas de cultura, por exemplo, mas tendo como campo de ação a saúde. Os estudantes da área de saúde e da cultura, certamente, serão beneficiados em sua formação ao conviverem e dialogarem com questões do contexto da atividade de modo interdisciplinar, o que os envolve em aprendizado sobre a complexidade do mundo vivido<sup>17</sup>.

No âmbito das propostas que daí se originam, as ações de extensão universitária podem se apresentar em distintas modalidades (programa, projeto de extensão, curso, evento, prestação de serviço), tendo em vista sua institucionalização na universidade e sua sistematização. O Programa de Extensão Universitária é a modalidade principal para o cumprimento das diretrizes de impacto, interação social dialógica e construção de parcerias, interdisciplinaridade e integração ensino-pesquisa-extensão. É uma ação que se configura em um conjunto articulado de projetos e outras ações de extensão (curso, evento, prestação de serviço), vinculados entre si, com identidade orgânico-institucional, com diretrizes e objetivo geral comum, executado a médio e longo prazo, que fortalecem a implementação da política de extensão<sup>18</sup>.

Com estas bases a ação de extensão pretende: conscientizar a comunidade de sua participação nas questões comunitárias que precisam ser discutidas por todos os engajados neste processo de desenvolvimento da sociedade; reunir esforços voltados para a difusão dos conhecimentos necessários ao aprimoramento das estratégias de inclusão social dos segmentos mais vulneráveis da sociedade; a formação profissional e para o trabalho e a construção da identidade humana; o compromisso ético nas ações de extensão.

A extensão assim entendida contribui para o sentido humano naquilo que se faz por meio da conscientização

sobre o processo de construção da identidade humana que se está operando no espaço educativo da formação médica e de outras profissões. Contribui também para assumir responsabilmente o sentido humano da formação profissional e formação para o trabalho.

Pensando o currículo como documento de identidade<sup>19</sup>, a extensão favorece o interesse próprio e a responsabilidade em sua própria formação como pessoa e em sua influência sobre as demais identidades. Propicia o desenvolvimento de atividades junto a diversos segmentos sociais, trabalhando com categorias de aceitação do outro, cooperação, autonomia, diálogo, questionamentos, responsabilidade social. O que se opõe às categorias de rejeição, preconceito, competição, poder, obediência, autoritarismo, arrogância, prepotência, cinismo e dissimulação tão criticadas, mas por vezes tão frequentes na formação médica e denunciadas por estudantes de medicina e de outras profissões de saúde<sup>20</sup>.

## ONDE O ENSINO MÉDICO E A EXTENSÃO SE ENCONTRAM

A chegada do século XXI trouxe um sentimento mundial de esperança e de perspectivas de mudanças, que proporcionou muitos momentos de discussão no intuito de refletir, prever e preparar as futuras gerações para as novas condutas éticas e políticas a serem construídas no novo milênio. Sobre a importância da universidade, o documento da Conferência Mundial sobre Educação Superior da Unesco salienta: “Pensar a universidade é pensar o mundo que se quer mais humano, mais justo e mais sábio”<sup>21</sup>.

Esta visão mostra o aumento da responsabilidade da universidade, que passa a ser não só o locus de ensino, pesquisa e extensão ou de formação de profissionais, mas uma comunidade multifacetada, inserida na sociedade e com funções variadas e complexas. Um espaço que cada vez mais necessita estimular a reflexão profunda e sincera acerca do seu papel político, social e educacional, para poder manter-se num mundo que se mostra, a cada dia, também mais complexo.

Para que a universidade seja uma instituição em sintonia com o futuro, só existe um caminho a seguir: assumir a crise e aceitar o mundo em mutação. Promover e estimular os debates internos, experimentar permanentes mudanças em seus currículos, estruturas, programas, temas de estudo são ações que devem ser implementadas

neste caminho. Para isto, ela deve rever os seus princípios: o princípio dos departamentos – a estruturação pode ser outra, como em núcleos temáticos e disciplinares; o princípio dos cursos e diplomas – a relação com o tempo e os conhecimentos: os alunos passarão menos tempo dentro da universidade e jamais sairão dela<sup>22</sup>.

Na atual década, no Brasil, assistimos a um movimento intra-universitário para atender às reformas curriculares dos cursos de educação superior no Brasil. Esta é uma missão difícil para a universidade. A favor dela, temos que na universidade as pessoas estão em um espaço afetado, em suas finalidades, à discussão e à reflexão crítica a ser promovida a partir das atividades de ensino, pesquisa e extensão, com base no princípio da indissociabilidade.

A universidade, mesmo com seus problemas e crise, ainda é um espaço de discussão. Ela é um espaço público onde a sociedade pensa a médio e longo prazos<sup>23</sup>. Mas é preciso ter clareza de seus movimentos internos, da sua capacidade de se questionar e mudar. Clareza, também, quanto às influências capitalistas que utilizam a fragilidade e a fragmentação atual das universidades para corroer o real sentido dessa importante instituição, que precisa vencer as resistências impeditivas ao avanço no entendimento e significado do conhecimento de que ciência e cidadania não se opõem<sup>5</sup>.

A crise também atinge o ensino médico que se reflete nesta roda-viva. O confronto da *vida como ela é* com a medicina de hoje, bastante desenvolvida em suas descobertas, amparada por importante tecnologia de ponta, mas de acesso a poucos, é brutal. Esse confronto se dá ao longo da formação e depois dela: os ex-estudantes motivados, que tinham ideais de ajudar as pessoas, buscar a cura de males sofridos por doentes ou pelo menos aliviar o sofrimento e a dor, se transformam em profissionais muitas vezes insatisfeitos e andantes, conduzidos a esmo pelos males do egoísmo e do individualismo perverso, esvaziados, acrílicos, mergulhados em condições desumanizadas de trabalho no campo da saúde<sup>20,24-27</sup>.

Esta crise evidenciada na universidade tem marcado também os questionamentos na educação médica: como preparar estudantes de medicina que sejam médicos aptos, comprometidos e transformadores? Como ampliar e integrar as diversas dimensões de saúde no contexto de formação profissional?

Essas questões precisam ser problematizadas durante a graduação, na vivência do aprendizado, para que se

encontre o sentido humano naquilo que se faz na universidade, se perguntando sobre o processo de construção da identidade que se está operando nesse espaço educativo. Do mesmo modo, não se pode perder o sentido humano da formação profissional, tornando-o, também, um '(objeto)' do conhecimento, a começar pelo interesse próprio e pela responsabilidade de todos os que participam da formação médica<sup>20</sup>.

Os estudantes percebem e reivindicam espaços "livres" de discussão no cotidiano acadêmico, onde se dê o diálogo entre eles e os professores, de modo aberto, contribuindo para que possam viver um bem-estar, pressuposto de busca no campo da saúde. Nesses espaços livres e criativos, espaço de e para conversações, as dúvidas e a auto-avaliação podem ser pedagogicamente enriquecidas com a troca de experiência de vida<sup>20</sup>.

Aí, pode surgir o momento em que se reconhece onde estão a pesquisa e a extensão; aí, se conhece, se define a escolha de atividades de monitoria, de pesquisa e de extensão conjugadas no planejamento de um currículo dinâmico e flexível. As atividades de representação junto ao movimento estudantil também podem se integrar e apoiar os projetos do diretório acadêmico ou do diretório central de estudantes, configurando o aspecto político da identidade médica em construção no espaço educativo<sup>20</sup>.

Em especial, na última década do segundo milênio, para responder a esses desafios de educação e de demandas de saúde, diversas ações foram desenvolvidas nas escolas médicas, nas associações da categoria, nas instâncias governamentais, no movimento estudantil de medicina, com projetos sobre a avaliação do ensino médico. Também ocorrem importantes congressos mundiais sobre educação médica<sup>3,12,13</sup>.

Com a Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001<sup>28</sup>, que instituiu Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, as escolas têm realizado encaminhamentos para atender a esses ditames resolutivos. Os princípios, os fundamentos, as condições e os procedimentos definidos nessa Resolução constituem as bases para a organização, o desenvolvimento e a avaliação dos projetos pedagógicos dos referidos cursos, tendo em vista o perfil do médico que se pretende formar:

*(...) 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<sup>28</sup>.*

Entretanto, a aplicação do projeto pedagógico no contexto acadêmico é difícil e depende de um conjunto de mecanismos de flexibilização curricular que possibilitem também a realização de atividades complementares, de pesquisa e de extensão, a serem creditadas<sup>2,3</sup>. Outras atividades podem constituir esse grupo, quando consideradas no projeto assumido pela instituição de ensino superior, tais como a representação estudantil, a apresentação de trabalhos em eventos científicos e culturais, etc.<sup>20,28,29</sup>.

Imprescindível à formação integral e participativa dos estudantes de medicina, esta perspectiva pedagógica também precisa de educadores motivados à articulação teoria-prática, que os incite a criar novos contextos de aprendizagem, sem descolá-los da investigação e dos questionamentos quanto aos rumos da sociedade. Para isto, é necessário que a estrutura curricular seja sensível às transformações em curso, que não podem prescindir da indissociabilidade (entre as atividades de ensino e de pesquisa), da interdisciplinaridade e das metodologias participativas<sup>11</sup>.

Salienta-se que os estudantes de medicina, ao construir a identidade profissional, também estão revelando o projeto ético-político que desejam, mas dentro do que é possível concretizar, em vista das circunstâncias do contexto de aprendizado em que a experimentam. A formação médica conseqüente e de qualidade é empreendimento impossível para os estudantes, os professores e os profissionais se a construírem isoladamente, pois estes três segmentos constituem uma comunidade universitária, cujos grupos são interdependentes<sup>20</sup>.

Assim, as escolas médicas em seu projeto político-pedagógico devem definir com clareza o que querem para seus alunos e o que cada um precisa fazer, tendo em vista o projeto comum que estão desafiados a realizar. A construção do projeto é favorecida pela reflexão em discussões de grupo, em sala de aula, nas atividades de pesquisa e extensão, na representação estudantil, nas reuniões de departamento colegiado de curso e de centro e conselhos universitários<sup>20,27</sup>.

Nesses encontros, devem se sinalizar os valores e as atitudes referenciados na emoção de aceitação e torná-los requerimentos legítimos na política institucional, traduzindo uma identidade institucional construída pela comunidade universitária assim constituída. Requerimentos legítimos em que a competição e a luta pelo poder devem ser desveladas, criticadas e substituídas pela cooperação e pela participação. Que seja claro não ser legítimo utilizá-las como estratégias para a competição e luta por assunção ao poder, que se baseiam na emoção de rejeição e que fazem desgarrar o sentido de identidade institucional, levando os indivíduos a se digladiarem<sup>20,30</sup>.

A escola médica e a universidade têm um compromisso de formação política que está pautado na formação profissional e, por conseguinte, na existência de discussão e decisão sobre as motivações, os valores, as aptidões e conhecimentos que favoreçam a participação política em prol de relações sociais.

A Resolução em tela também indica parâmetros para a estrutura do Curso de Graduação em Medicina, entre os quais se destacam: 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; a promoção da integração e da interdisciplinaridade, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais; a inserção do aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional; a 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<sup>28</sup>.

A pesquisa e a extensão, articuladas ao ensino, são fundamentais para o desenvolvimento das competências referidas, conseqüente à educação superior. No processo educativo, que tem por princípio a indissociabilidade, a aprendizagem se baseia numa leitura de mundo que depende de observações próprias, de atitudes reflexivas, questionadoras, decorrentes do diálogo e da interação com a realidade e com seus agentes. A troca de saberes, científico e popular, possibilita uma visão de mundo adequada e aplicada à prática profissional, com melhor possibilidade de transformá-la, pois implicada na necessidade de participação e conscientização sobre o que investigar, para que e para quem e como transformar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS: EXTENSÃO E FORMAÇÃO MÉDICA – INTERFACE COM A COLETIVIDADE

Desse modo, indica-se que a formação do estudante de medicina não está restrita à sala de aula, ou aos laboratórios, ou centrada nos hospitais universitários e serviços de saúde. Precisa estar também em outros espaços e não se fecha nos aspectos técnicos, formais, passando também a contemplar os aspectos sociais e políticos, promovendo a conscientização crítica no interior de comunidades e instituições, junto aos diferentes segmentos sociais, em meio aos seus contextos de vida e ao processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, em sua complexidade.

A idéia de flexibilização curricular pressupõe a autonomia do estudante para construir seu caminho, seu currículo, sua identidade, referenciada no entendimento de que tudo o que se faz ou se vivencia numa instituição de ensino ou em seus diversos cenários de prática é currículo: um projeto que se forja no cotidiano educativo, construído reciprocamente pelo educador e pelos educandos; uma concepção de currículo como um processo não linear e rotineiro, onde as disciplinas deixam de ser verdades a serem repassadas e transmitidas; um espaço que se abre para a produção coletiva e para a ação crítica, em que os conteúdos das disciplinas não são mais a “essência” de um curso, mas sim referências para novas buscas, novas descobertas, novos questionamentos em diversos contextos de aprendizagem<sup>11</sup>.

Nesse sentido, embora ainda não muito valorizada, a extensão universitária propicia importantes cenários de aprendizagem<sup>1,5,13,17,20,26,28,29</sup>, onde a equipe multiprofissional trabalha as questões de estudo com os participantes da comunidade envolvida nos projetos. Sobretudo, possibilita a experiência em metodologias participativas, entre elas a pesquisa-ação<sup>31,32</sup>, apontando horizontes de solução para a crise em que vive a universidade, resultado da contradição instalada em seu interior (ensino para a cultura de elite e ensino para a cultura popular). Também, possibilita a abordagem verdadeiramente transversal da ética aplicada e da bioética no contexto do ensino das humanidades médicas, de forma integrada às atividades de extensão<sup>26,34</sup>.

No âmbito das ações de extensão, é imprescindível que seja possibilitada a vivência de experiências significa-

tivas que dêem ao estudante condições de refletir sobre as grandes questões da atualidade e, a partir delas e dos conhecimentos produzidos e acumulados, vivenciar uma formação compromissada com a realidade da população brasileira.

Com essas concepções, algumas questões podem ser levantadas: em que cenário(s) de prática na escola médica a extensão se constituiria em experiência significativa, assumindo seu papel relevante para a formação médica, tendo em vista o perfil do formando médico? Pensando sua creditação no currículo médico, em que razão de ser a extensão está presente, reconhecida e identificada, nas práticas de ensino em que se dá a integração docente-assistencial, o serviço de saúde ou o estágio de internato?

Ao se discutir a indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão, é necessária uma prática articulada e orgânica no currículo, envolvendo os diferentes colegiados de cursos para se promover a interdisciplinaridade e o trabalho multiprofissional. Por outro lado, as ações de extensão devem estar institucionalizadas e sistematizadas, com aprovação nos órgãos acadêmicos e registro em sistema de informação aberto à consulta, para dar visibilidade, tendo em vista a articulação entre as mesmas, fortalecendo a política de extensão.

As ações de extensão devem ter formalizadas, em seu corpo, uma “proposta didático-pedagógica” que defina: a potencialidade da ação de extensão para a formação técnica do estudante – relacionada a seu curso de origem – e para o crescimento pessoal e cidadão, pela interação social a ser vivenciada; uma programação preliminar de leituras, seminários, grupos de discussão e oficinas; a carga horária de participação; o sistema de avaliação da participação do estudante e a qualificação do professor-orientador<sup>11</sup>.

Os programas e projetos de extensão podem ser formalizados como: disciplinas (obrigatórias, optativas ou eletivas) ou atividades complementares, previamente definidas, ou reconhecidas ao final do tempo de participação. É importante, além disso, que as universidades avaliem experiências clássicas e institucionalizadas, ou seja: (re)visitar, na ótica da indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão, experiências como integração docente-assistencial, internato rural, vivências complementares, estágios, estágios de campo, atividade acadêmica a distância, etc.<sup>11</sup>.

Com essa dimensão da universidade, Guimarães e Ferreira<sup>33</sup> enfatizam que a extensão universitária – indissociável do ensino e da pesquisa – enquanto um processo educativo, cultural e científico, favorece a problematização de diversas experiências acadêmicas, tendo, sobretudo, o compromisso de concretizar a verdadeira relação dialógica. Ao mesmo tempo, busca formas de responder às questões sociais e educacionais contemporâneas, com vistas, também, à consolidação de uma identidade institucional universitária.

As metodologias participativas aplicadas, desde o início do planejamento das ações pretendidas, ao contexto da extensão possibilitam a integração entre profissionais, estudantes e comunidades, que compartilham e constroem novos saberes. Ao mesmo tempo, são estimulados à participação crescente, sendo incentivados ao exercício da ética, da cooperação e da solidariedade.

Com esta visão, a extensão assume importância para a formação médica quando: possibilita a aproximação de grupos universitários da complexidade e da interdisciplinaridade das situações sociais em que interagem; promove a participação em processos de transformação, que possibilitem a crítica e a conscientização sobre as necessidades de mudanças sociais; possibilita o reconhecimento de novos objetos de investigação, contribuindo para a produção de conhecimentos e para a difusão dos mesmos a todos na sociedade, tornando-os acessíveis e apropriados.

A extensão, em sua interface com as coletividades, permeável a estes saberes originados nesta interlocução sociocultural pode contribuir para a transformação do ensino, proporcionando o vislumbre do ideal inicialmente aspirado pelos jovens aprendizes.

E, também, no que se refere à saúde coletiva<sup>35</sup>, considerada em sua conjugação com diversos saberes e práticas, tais como as ciências da saúde, as ciências sociais e humanas, torna-se foro privilegiado de produção e construção de conhecimentos embasados, integrados e adequados aos desafios atuais da saúde dos indivíduos e populações.

Ambas, extensão e saúde coletiva, ainda têm um longo caminho a percorrer até a sua ampla expressão e aceitação, o que se traduz em um desafio especial. Porém, inegavelmente, podem contribuir para a re-significação de um projeto de vida que se impõe necessário neste século, e a este chamado não é possível a omissão e nem o silêncio.

## REFERÊNCIAS

1. Sournia J. História da Medicina. Instituto Piaget; 1992.
2. Oliveira T. Origem e memória das universidades medievais: a preservação de uma instituição educacional. *Varia Historia*. 2007 Jan.-Jun.; 23(37): 113-29.
3. Edler F, Fonseca MRF. A formação Médica e o nascimento da anatomoclínica. Ensino médico nas conferências populares da Glória (1873-1880). O surgimento da medicina experimental e reforma curricular. Tendências da Educação Médica nas décadas de 1950-1960. *Cadernos ABEM* 2006; 2:7-27.
4. Gurgel RM. Extensão Universitária: comunicação ou domesticação? São Paulo: Cortez/ Autores Associados; 1986.
5. Tuttman MT. Compromisso social da universidade: os olhares da extensão. Niterói. Doutorado [Tese] - Universidade Federal Fluminense; 2005.
6. Cunha LA. Qual Universidade? São Paulo: Cortez/Autores Associados; 1989. v.31, p. 9-11.
7. Saviani D. Ensino público e algumas falas sobre universidade. São Paulo: Cortez/Autores Associados; 1991. v.10, p. 10-1.
8. Luckesi CC, Barreto E, Cosma J, Baptista N. Fazer universidade: uma proposta metodológica. 10. ed. São Paulo: Cortez; 1998.
9. Neto P. Ser médico no Brasil: o presente no passado. 20 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001.
10. Buarque C. Na fronteira do futuro: o projeto UNB. Brasília: Editora da Universidade de Brasília; 1989.
11. FORPROEX. Indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão e a flexibilização curricular: uma visão da extensão. Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras; 2006; Porto Alegre: UFRGS, Brasília: MEC/ SESu.
12. Lampert JB. Tendências de Mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec / Associação Brasileira de Educação Médica; 2002.
13. Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília. São Paulo: Hucitec, Londrina: Rede Unida, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2002.
14. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
15. Freire P. Extensão ou Comunicação? São Paulo: Paz e Terra; 1992.
16. Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras. Plano Nacional de Extensão Universitária. Ilhéus: Editus; 2001. (Coleção Extensão Universitária; v.1).
17. Malheiros R, Guimarães RGMG. Extensão Universitária e Formação Médica: uma análise da experiência dos bolsistas no programa "Escola Cidadã". *Rev Bras Educ Méd*. 1998; 22(2/3): 67-76.
18. Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras. Extensão Universitária: organização e sistematização. Org: Edison José Correa. Coordenação Nacional do FORPROEX, Belo Horizonte: Coopmed, 2007 (Coleção Extensão Universitária; v.6)
19. Silva TT. Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica; 1999.
20. Guimarães RGM. Que médico eu quero ser? sobre a trajetória de jovens estudantes na construção da identidade médica. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado] - Escola Nacional de Saúde Pública; 2007
21. Barbieri I. Apresentação. In: Lázaro A. (Org.). Visão e Ação: A Universidade no Século XXI. Rio de Janeiro: EdUERJ; 1999. p. 7-13. (Coleção Universidade).
22. Buarque C, Nunes I B. Universidade permanente: gestão do conhecimento para atualização profissional, informação tecnológica e educação superior. Disponível em: <<http://www.sesu.br>>. Acesso em: 22 ago. 2002.
23. Santos BS. Entrevista Diversa. Universidade Federal de Minas Gerais. Diversa 2005; Out 3(8): 4-9.
24. Machado MH. Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão. Rio de Janeiro. Doutorado [Tese] - Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro; 1996.
25. Millan LR, Neves de Marco OL, Rossi E, Arruda PCV. O Universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
26. Rego S. A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. 20 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.
27. Rego S, Palácios M, Schramm FR. Ensino da Bioética nos cursos de graduação em saúde. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, organizadores. Educação Médica em transformação: instrumentos para construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 165-185.
28. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38
29. Macedo ACL, Leite DB et al. Um projeto de extensão na recepção aos calouros de medicina: um caminho para a participação na universidade. In: Seminário de Metodologia para projetos de extensão. SEMPE 4. 2001, São Carlos. Anais Eletrônicos, Rio de Janeiro, UFRJ. Disponível em: <http://www.itoi.ufrj.br/sempe/index.htm>. Acesso em: 23/02/07.
30. Maturana HR. Emoções e Linguagem na Educação e na Política. Belo Horizonte: UFMG; 2002.
31. Dione H. A pesquisa-ação para o desenvolvimento local. Tradução de Michel Thiollent. Brasília: Líber Livro Editora; 2007.
32. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 9 ed. São Paulo: Cortez; 2000.
33. Guimarães RGM, Ferreira MC. Apresentação. In: Guimarães RGM, Ferreira MC, Sued Barbosa CMA, orgs. XI Encontro de Extensão. Síntese. Rio de Janeiro: UNIRIO; 2006.
34. Santos BS. Pela Mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez; 1995.
35. Nunes ED. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM (orgs). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro  
– Unirio  
Av. Pasteur, 296 – Urca  
22290-902 – Rio de Janeiro – RJ