

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**O enfoque da Promoção da Saúde nos projetos de
Extensão Universitária na área da Saúde**

Ayodele Floriano Silva

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para a
obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública.**

**Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública.**

**Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cláudia Maria
Bógus.**

**São Paulo
2011**

O enfoque da Promoção da Saúde nos projetos de Extensão Universitária na Área da Saúde

Ayodele Floriano Silva

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para a obtenção
do título de Mestre em Saúde Pública.**

**Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública.**

**Orientador: Profa Dra. Cláudia Maria
Bógus.**

**São Paulo
2011**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

AGRADECIMENTOS

À Profª Cláudia, pela oportunidade, paciência, compreensão durante todos os momentos da construção desta dissertação.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, pelo apoio financeiro para desenvolvimento da pesquisa.

Aos estudantes e professores que participaram da pesquisa, por acreditarem na extensão universitária como um caminho de aprendizagem.

Às professoras da banca examinadora (Cleide e Flávia) pela contribuição nas bancas de qualificação.

Aos funcionários e professores da Faculdade de Saúde Pública que deram respaldo para a conclusão do trabalho.

À querida amiga Sabrina, pela dedicação e amizade.

Aos meus amigos, amigas e familiares, pelas palavras de incentivo, sempre.

Ao meu companheiro Alan Caldas, por acreditar no trabalho acadêmico como forma de comprometimento com a sociedade.

Ao meu pai e minha mãe, pela presença, força e apoio nas horas difíceis e fáceis.

Gratidão!

Ayodele

RESUMO

Silva, AF. O enfoque da Promoção da Saúde nas atividades de extensão universitária na área da saúde. [Dissertação de mestrado]. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2011.

Introdução: A extensão universitária é uma das atribuições da universidade. Acredita-se que os projetos de extensão representem um instrumento de formação de profissionais aptos para atuar na perspectiva da Promoção da Saúde preconizada pelo SUS. Nesse contexto, o enfoque da Promoção da Saúde para olhar estas intervenções na área da saúde é pertinente para verificar as potencialidades de tais atividades.

Objetivos: Analisar as atividades de extensão universitária desenvolvidas em três unidades da USP - Faculdade de Medicina, Faculdade de Saúde Pública e Escola de Enfermagem -, sob o enfoque da Promoção da Saúde e conhecer a percepção de professores e estudantes quanto à contribuição da extensão universitária em saúde na formação profissional dos estudantes participantes. **Material e Métodos:** Foram identificadas e quantificadas as atividades de extensão realizadas entre 2005 e 2009. Em seguida, foi feita análise documental dos projetos selecionados (Projeto Assunção, Projeto Bandeira Científica e Jornada Universitária de Saúde) e entrevistados seus professores coordenadores e estudantes participantes. **Resultados:** A quantidade de projetos foi menor em relação às outras categorias de atividades de extensão universitária existentes. O projeto Assunção foi o que apresentou mais aproximações e convergências com a perspectiva da Promoção da Saúde. Professores e estudantes destacaram as contribuições dos projetos de extensão para a formação profissional. **Conclusão:** Os projetos de extensão são importantes instrumentos na formação de profissionais aptos para atuar com a perspectiva da Promoção da Saúde junto ao Sistema Único de Saúde.

Descritores: Extensão Universitária; Promoção da Saúde; Universidade; Formação Profissional e Extensão Comunitária.

ABSTRACT

Silva AF. The focus of Health Promotion in the university extension activities in the area of health. [Masters Thesis]. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública –Universidade de São Paulo, 2011.

Introduction: The extension is one of the powers of the university. It is believed that the extension projects are a training tool for professionals able to work in the perspective of health promotion proposed by SUS. In this context, the focus of Health Promotion to look at these interventions in health is relevant for evaluating the potential of such activities. **Objectives:** To analyze university extension activities carried out in three units of USP - Faculty of Medicine, School of Public Health and School of Nursing - under the focus of Health Promotion and know the perception of teachers and students on the contribution of university extension health professional training of participating students. **Material and Methods:** We identified and quantified the extent of activities carried out between 2005 and 2009. Then was documentary analysis of selected projects (Projeto Assunção, Projeto Bandeira Científica e Projeto Jornada Universitária de Saúde) and interviewed their teachers and coordinators participating students. **Results:** The number of projects were low in relation to other categories of existing university outreach activities. The project was the assumption that showed more similarities and convergences with the perspective of Health Promotion Faculty and students emphasized the contributions of the extension projects for vocational training. **Conclusion:** The extension projects are important tools in training professionals able to act with the prospect of Health Promotion by the Sistema Único de Saúde.

Key words: Community Extension, University Extension, Health Promotion, University, Vocational Training.

INDICE

1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 UNIVERSIDADE	9
1.2 EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA	25
1.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	36
2 OBJETO DA PESQUISA	45
3 OBJETIVOS	49
3.1 OBJETIVO GERAL	49
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	49
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	51
4.1 SOBRE A METODOLOGIA	51
4.2 COLETA DE DADOS	52
4.3 ANÁLISE DOS DADOS	54
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	55
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	57
5.1 AÇÕES DE EXTENSÃO NA USP	58
5.2 DESCRIÇÃO DOS PROJETOS	63
5.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E OS PROJETOS DE EXTENSÃO	74
5.4 EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA E FORMAÇÃO.....	96
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
7 REFERÊNCIAS.....	115
ANEXOS.....	123
ANEXO 1. ROTEIRO DE ENTREVISTA PROFESSOR	125
ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	127
ANEXO 3: ROTEIRO PARA ENTREVISTA- ESTUDANTE	129

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Atividades de cultura e extensão da FM da USP, de 2005 a 2009, segundo modalidades.

Tabela 2 - Atividades de cultura e extensão da FSP da USP, de 2005 a 2009, segundo modalidade.

Tabela 3 - Atividades de cultura e extensão da EE da USP, de 2005-2009, segundo modalidade.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - As funções da USP de acordo com o Decreto de 1934 e a Resolução de 1988.

Quadro 2 - Cursos de graduação da área da saúde e as unidades na USP, 2010.

Quadro 3 - Campos e princípios identificados nos projetos de extensão.

1 INTRODUÇÃO

Para a efetivação da Política Nacional de Promoção da Saúde que foi estabelecida em 2006 o Brasil ainda enfrenta alguns desafios e um deles é a formação de profissionais aptos para atuar com a perspectiva da Promoção da Saúde no Sistema Único de Saúde – SUS.

Considerando que os projetos de extensão universitária correspondem a processos educativos que compõem a formação profissional, o presente trabalho pretende analisar tais projetos sob o enfoque da Promoção da Saúde.

1.1 UNIVERSIDADE

1.1.2 Conceito

As principais conceituações de universidade baseiam-se na associação programática entre três elementos: ensino, pesquisa e extensão (PEREIRA, 2009). Isso se aplica tanto no caso das reflexões teóricas quanto na apresentação de diretrizes definidoras do status da instituição de ensino superior.

Atualmente, a principal diretriz institucional é a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB, de 1996, que conceitua a universidade como instituição pluridisciplinar que tem por funções básicas o ensino, a pesquisa e a extensão e se diferencia das outras instituições de ensino superior, como as faculdades e centros universitários, pelo fato de ter de seguir algumas exigências específicas do MEC (MEC, 1996). O MEC preconiza que, para a obtenção do título de Universidade, a instituição deve ter: produção intelectual institucionalizada mediante o estudo

sistemático dos temas e problemas mais relevantes, tanto do ponto de vista científico e cultural quanto regional e nacional; pelo menos 1/3 dos docentes com grau de mestre; e proporção igual de docentes em regime de dedicação exclusiva. Sendo portadora desse título, a instituição tem a liberdade de remanejar vagas e criar novos cursos sem prévia autorização do MEC (SANTANA et al.,1999).

Com relação às faculdades e centros universitários, PEREIRA (2009) afirma que essas instituições têm um alcance menos abrangente que a universidade, pois não se estruturam para a produção da ciência e concentram-se na transmissão de conhecimentos prontos, e isso faz com que sejam mais voltadas para a formação profissional.

No nível das reflexões teóricas, a concepção de universidade aparece vinculada ao tripé ensino, pesquisa e extensão, de forma que o ensino está relacionado com o acesso privilegiado aos campos da cultura universal e das ciências; a pesquisa tem a ver com a produção do saber e com o desenvolvimento da pós-graduação; e a extensão ocupa-se das atividades de divulgação do saber e da extensão de serviços à comunidade (WANDERLEY, 2003; PEREIRA, 2009).

Para WANDERLEY (2003), a universidade é um lugar privilegiado para conhecer a cultura universal e as ciências, para divulgar o saber que forma, de maneira sistemática e organizada, os profissionais, técnicos e intelectuais de nível superior que as sociedades necessitam. Segundo MORAES (1998), o acesso aos diversos campos da cultura e da ciência, o desenvolvimento de pós-graduação, e a extensão de serviços à comunidade são as principais características da universidade. PEREIRA (2009), por sua vez, aponta outros princípios que caracterizam a universidade: a formação através da pesquisa; a unidade entre ensino e pesquisa; a interdisciplinaridade; e autonomia e liberdade administrativa da instituição e da ciência que ela produz.

No Brasil, essa caracterização, considerando os três elementos, indicados anteriormente, foi instituída somente a partir da Reforma Universitária de 1968, por meio da Lei nº 5.540, de 1968. Até chegar a esse modelo, baseado na articulação entre ensino, pesquisa e extensão, sofreu influência de várias concepções e modelos de universidade como a francesa, a alemã e a norte-americana (PEREIRA, 2009).

As concepções de universidade correspondem às maneiras de entender como a instituição irá desempenhar seu papel social, ou seja, de que forma, com quais princípios e com qual função a referida instituição vai gerar e divulgar conhecimentos na sociedade. É a partir desse entendimento que universidade é criada e estruturada de uma forma específica (SILVA, 2001).

No Brasil, a criação e a estruturação da instituição universitária são recentes em comparação com o contexto europeu. A primeira universidade europeia foi fundada em Bolonha no final do século XI, enquanto as primeiras instituições brasileiras datam do século XIX. As instituições de ensino superior brasileiras sofreram forte influência dos modelos modernos francês, alemão e norte-americano de universidade.

A universidade moderna surgiu em um contexto de mudanças econômicas, políticas e sociais ocorridas ao final da Idade Média, com a valorização da racionalização do pensar e do fazer científico, sempre partindo dos princípios de liberdade, democracia, justiça e fraternidade. Naquele momento, a ciência já era considerada como um aspecto estruturante e importante do mundo moderno, enquanto a religião já não tinha mais a mesma força dos dez séculos anteriores (JEZINE, 2006; PEREIRA, 2009).

Em razão da colonização portuguesa, a primeira concepção de universidade que predominou no Brasil foi a francesa, em decorrência da grande influência cultural que a França exercia sobre Portugal (ROSSATO, 1998).

A concepção francesa de universidade é resultado da trajetória do ensino superior naquele país ao longo do período que vai de 1793 a 1896. O ensino superior francês, na primeira metade século XIX, apresentou grande singularidade em relação a outros países europeus. Em 1793, Napoleão aboliu as universidades, pois elas eram consideradas aparelhos ideológicos do Antigo Regime. A reforma napoleônica só permitiu a permanência de alguns grandes estabelecimentos já existentes, como o Colégio de França e o Jardim do Rei (PAULA, 2002).

Após a Revolução Francesa e por um período de aproximadamente cem anos (1793-1896), o ensino superior francês não passou de um sistema de escolas superiores organizadas como um serviço público, assim como o ensino primário, o secundário e o normal. Entre 1806 e 1808, Napoleão implantou um amplo monopólio

educacional, procurando uniformizar culturalmente a França Republicana. O núcleo básico do ensino superior ficou constituído pelas escolas autônomas de Direito, Medicina, Farmácia, Letras e Ciências (PAULA, 2002).

Essa concepção atribuía à universidade a missão de servir à nação e de ser útil para os sistemas sociopolíticos e socioeconômicos. Nesse caso, a instituição era considerada, principalmente, instrumento de formação profissional e política. A pesquisa não era tarefa primordial da universidade, por isso havia divisões entre universidades: as que se dedicavam fundamentalmente ao ensino e as "grandes escolas", estas voltadas para a pesquisa e a formação profissional de alto nível.

A partir da fundação da Universidade de Berlim, em 1810, passou a prevalecer a denominada concepção alemã de universidade, cujo padrão definiu a formação das demais universidades alemãs. A criação da Universidade de Berlim foi precedida por uma especulação teórica, da qual fizeram parte filósofos como Fichte, Schelling e Schleiermacher, e filólogos como Wolf e Guillermo de Humboldt, o verdadeiro fundador da Universidade de Berlim (PAULA, 2002).

No seu texto, intitulado *Sobre a organização interna e externa dos estabelecimentos científicos superiores em Berlim*, Humboldt destacava a importância da pesquisa como função primordial da universidade, ao lado do ensino, construindo um trabalho científico livre de quaisquer tipos de imposições. No ensino foi ressaltado o caráter científico e humanista que enfatizava a idéia da totalidade e da universalidade do saber, e, conseqüentemente, a importância da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras como órgão central da universidade (PAULA, 2002).

Nessa concepção, a universidade deveria se basear em duas tarefas: a promoção do desenvolvimento máximo da ciência e a produção do conteúdo responsável pela formação intelectual e moral da nação (PAULA, 2002; PEREIRA, 2009). Sob este princípio filosófico estruturou-se a Universidade de Berlim, com a integração das Faculdades de Medicina, Direito e Filosofia, desenvolvendo a metodologia de "seminários", sob o princípio da indivisibilidade do saber e da articulação e integração entre o ensino e a pesquisa (JEZINE, 2006).

Segundo PAULA (2002), o modelo alemão enfatizava a importância da pesquisa na universidade e a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e formação. Ou seja, enquanto o modelo francês voltava-se para a formação especializada e

profissionalizante, via escolas isoladas, o alemão enfatizava a formação geral, científica e humanista, com enfoque na totalidade e universalidade do saber (PAULA, 2002).

Com relação à autonomia, a universidade francesa, sob o governo de Napoleão, foi mantida e dirigida pelo Estado, tornando-se uma espécie de seu aparelho ideológico. A universidade alemã, embora sendo instituição do Estado, por ele mantida financeiramente, conservou uma parte notável do seu caráter corporativo e deliberativo, gozando de liberdade de ensino e de pesquisa, nas suas primeiras décadas de funcionamento, no século XIX. Enquanto a universidade francesa possuía forte vínculo com o Estado e com a política napoleônica, os intelectuais alemães mantinham uma posição de maior independência frente aos poderes políticos instituídos (PAULA, 2002).

Em 1866, o modelo alemão começou a influenciar o modelo francês e algumas daquelas escolas isoladas foram reorganizadas, primeiro constituindo-se em faculdades e posteriormente em universidades. Criou-se uma hierarquia entre as "grandes escolas", voltadas para a pesquisa científica e para a formação de alto nível das elites intelectuais, e as universidades, responsáveis por um ensino mais massificado, sendo a pesquisa concentrada, portanto, fora das universidades. De forma geral, os trabalhos desenvolvidos pelos intelectuais franceses continuavam subordinados aos interesses do Estado e da política napoleônica (PAULA, 2002).

Durante a Segunda Guerra Mundial, a sociedade alemã passou por inúmeras transformações que contribuíram para destruir os próprios fundamentos do seu modelo universitário. O sistema da universidade alemã foi fortemente alterado pelo nazismo durante esse período. O controle estatal sobre as universidades tornou-se muito violento. Os docentes e suas disciplinas ficaram subordinados àquela diretriz ideológica. A formação generalista de caráter científico e humanista deu lugar a uma formação que orientava o ensino para a prática profissional, o utilitarismo e a especialização (PAULA, 2002).

No início do século XX, com a abertura das universidades alemãs para outros segmentos sociais, além da nobreza e da alta burguesia, houve um crescimento do número de estudantes que culminou em uma nova formação. Os governos dos Estados, responsáveis pelas universidades foram se adaptando àquela nova tendência

e criaram novas carreiras ligadas às novas necessidades de uma sociedade industrial (PAULA, 2002). Essas transformações no ensino superior alemão sofreram influências do modelo norte-americano.

No período pós-guerra, é o modelo norte-americano de universidade que passa a ser valorizado nas reformas acadêmicas na América Latina inclusive no Brasil. Criam-se os modelos de *Land Grant College*, com experiências de extensão cooperativa e serviços técnicos à agricultura. Dessa forma, buscou-se atribuir uma função social à universidade, integrada ao desenvolvimento regional (JEZINE, 2006).

A principal característica da concepção norte-americana é a associação entre ensino e pesquisa e desses com os serviços, objetivando produzir especialistas, conhecimento tecnológico e aplicado, pesquisas de interesse utilitário para atender aos interesses imediatos do setor produtivo do Estado e da sociedade (PAULA, 2002). No Brasil essa concepção foi amplamente difundida a partir da Reforma Universitária de 1968, atingindo a estrutura organizacional e a definição da missão de todas as universidades (PAULA, 2002).

Atualmente a concepção brasileira de universidade é resultado da mescla das concepções francesa, alemã e norte-americana. Uma de suas importantes características é a desarticulação entre a pesquisa, o ensino e a extensão. Para cada uma dessas atividades coube uma responsabilidade. O ensino foi diretamente relacionado aos cursos de graduação para que estes continuassem a formar os quadros profissionais, reforçando, assim, o caráter profissionalizante do modelo francês. Destinou-se à pós-graduação a responsabilidade da pesquisa. E para a extensão coube a função social de realizar a integração da universidade com a sociedade, influência do modelo norte-americano (ANASTASIOU, 2001; SILVA, 2001).

1.1.2 Universidade de São Paulo – USP

De acordo com a Secretaria de Ensino Superior de São Paulo, a Universidade de São Paulo é a maior instituição pública de ensino superior e de pesquisa do país. Internacionalmente aparece nas duas mais importantes listas de classificação de universidades do mundo - a do *Institute of Higher Education Shanghai Jiao Tong University*, onde ocupa o 128º lugar entre as 500 melhores, e a da publicação *The Times*, onde é a 196ª colocada na lista das 200 primeiras. A USP forma grande parte dos mestres e doutores do corpo docente do ensino particular brasileiro além de contar inúmeras realizações nas áreas da educação, ciência, tecnologia e artes (SECRETARIA DE ENSINO SUPERIOR DE SÃO PAULO, 2010).

Suas unidades de ensino distribuem-se por sete *campus* universitários: um na capital que inclui a Cidade Universitária Armando de Salles Oliveira; a Escola de Artes; Ciências e Humanidade; a Faculdade de Direito; a Faculdade de Medicina; a Faculdade de Saúde Pública e a Escola de Enfermagem e seis no interior do estado, nas cidades de Bauru, Piracicaba, Pirassununga, Ribeirão Preto, São Carlos e Lorena (USP, 2010).

É possível caracterizar quantitativamente a USP com auxílio de um documento do ano de 2009, denominado Base de Dados da USP que contém as informações mais recentes divulgadas pela instituição. Cada uma das três funções da universidade – a pesquisa, o ensino e a extensão – constam do documento com seus respectivos dados. O item ensino apresenta exclusivamente os dados referentes às atividades de “graduação”. O item pesquisa é composto por dados referentes aos “cursos de pós-graduação” e a “produção científica”. O item extensão contém dados relativos às “atividades culturais e de extensão” (USP, 2009).

Na graduação foram disponibilizadas, em 2008, 10.557 vagas no concurso vestibular para 239 cursos (USP, 2009).

Na pós-graduação, com relação ao número de cursos oferecidos: 608, dentre os quais 309 são de mestrado e 299 de doutorado, com 56.998 estudantes matriculados na graduação e 25.591 na pós-graduação. Os dados totais relacionados

com a produção científica somaram 27.733 de publicações das quais 8.206 foram indexadas no *Institute for Scientific Information* – ISI (EUA) utilizado como parâmetro de avaliação de pesquisadores e instituições (USP, 2009).

No item extensão universitária destacam-se os dados referentes aos cursos extracurriculares que somaram 881, com 25.652 participantes no total (USP, 2009).

Vale ressaltar que desde a sua fundação os dirigentes da USP tiveram o propósito de promover a pesquisa e o progresso da ciência, transmitir conhecimentos que enriquecessem o espírito e que fossem úteis à vida, além de formar especialistas em todos os ramos da cultura e em todas as profissões de base científica ou artística (SECRETARIA DE ENSINO SUPERIOR DE SÃO PAULO, 2010).

Na época da fundação da USP, predominava entre as lideranças políticas e econômicas uma preocupação em torno da industrialização, portanto a universidade para manter a sua excelência e a sua liderança em atividades voltadas à construção e a manutenção do conhecimento, teve que abrir novas frentes por meio da pesquisa, sobretudo, no campo da ciência e da tecnologia e não se restringir às funções tradicionais, como a transmissão do saber já consolidado. Então, para formar um cidadão em uma sociedade em constantes transformações, seria fundamental inculcar o espírito de investigação científica baseada na razão e na inteligência. E por essa razão, os mentores da USP colocavam a pesquisa com uma das finalidades prioritárias (MOTOYAMA, 2006).

Conforme já referido, a Universidade de São Paulo foi criada em 1934 por decisão do então governador Armando de Salles Oliveira. Teve como mentor intelectual Júlio de Mesquita Filho, então diretor do jornal *O Estado de S. Paulo*. Seu primeiro reitor foi Reynaldo Porchat, da Faculdade de Direito, e a aula inaugural foi ministrada pelo professor francês Pierre Deffontaines, da cadeira de Geografia Física e Humana.

A instituição incorporou inicialmente algumas escolas já existentes como a Faculdade de Direito (criada em 1827) e a Faculdade de Medicina (criada em 1891 com o nome de Academia de Medicina e Farmácia) e criou a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, à qual caberia a missão de integrar os conhecimentos literário, humanístico e científico da nova universidade, e que mais tarde se subdividiria em unidades autônomas. Vários professores estrangeiros, especialmente da França, Itália

e Alemanha, foram convidados para ministrar cursos na nova instituição (CAMPOS, 2004).

A Faculdade de Medicina teve origem na “Academia de Medicina e Farmácia” que foi criada em 1891. No ano de 1912, essa mesma instituição passou a ser denominada Faculdade de Medicina e Cirurgia, sob a direção do médico Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho. Ele tomou algumas medidas fundamentais ao organizar a escola médica, uma delas foi a contratação de professores estrangeiros altamente habilitados. (CAMPOS, 2004).

Como a faculdade ainda não tinha instalações próprias, o diretor recorreu à Escola Politécnica e à Escola de Comércio Álvares Penteado, onde foi realizada a aula inaugural. A Faculdade de Medicina, posteriormente, alojou-se em três prédios antigos da Rua Brigadeiro Tobias (CAMPOS, 2004).

Até que no ano de 1918 o então diretor da Faculdade, Doutor Arnaldo Vieira de Carvalho, promoveu o acordo entre o governo do Estado e a Fundação Rockefeller para a construção do grande edifício de laboratórios no Centro Médico do Araçá. No ano seguinte, aconteceu o lançamento da pedra fundamental da faculdade no planalto do Araçá onde atualmente encontra-se o Instituto Oscar Freire, na Rua Teodoro Sampaio. A construção da Faculdade limitou-se naquela época a esse único bloco. Em 1934, a Faculdade de Medicina de São Paulo foi incorporada à USP (CAMPOS, 2004).

Atualmente, a Faculdade de Medicina conta com quatro cursos de graduação: medicina, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, com 1.416 estudantes matriculados, 27 programas de pós-graduação *stricto sensu*, com 2.135 estudantes (USP, 2009).

A Faculdade de Saúde Pública de São Paulo teve origem em um departamento da Faculdade de Medicina, o “Laboratório de Higiene”, criado em 1918 pelo convênio firmado entre o Governo do Estado de São Paulo e a *International Health Board*, da Fundação Rockefeller. Em 1922, assumiu a direção da Cadeira o Professor Geraldo Horácio de Paula Souza que, juntamente com o Doutor Francisco Borges Vieira, diplomara-se pela primeira turma da Escola de Saúde Pública da Universidade de Johns Hopkins (CAMPOS, 2004).

A partir de 1925, o então Departamento de Higiene adquiriu autonomia e deixou de ter dependência direta da Faculdade de Medicina, passando a denominar-se “Instituto de Higiene de São Paulo”. Nessa época, foi instalado o primeiro Centro de Saúde do país, anexo ao Instituto de Higiene, como centro modelo de aprendizado para pessoal da Saúde Pública e, nesse mesmo ano, iniciou-se o primeiro Curso de Educadores Sanitários, destinado a professores primários (CANDEIAS, 1988; CAMPOS, 2004).

Em 1931 o Instituto de Higiene foi reconhecido oficialmente como “Escola de Higiene e Saúde Pública” e, em 1938, foi incorporado à Universidade de São Paulo como instituição complementar, ainda subordinado à Cadeira de Higiene da Faculdade de Medicina. Em 1939 foi criado o Curso de Nutricionistas, com a finalidade de preparar pessoal auxiliar de saúde pública no setor da alimentação (CANDEIAS, 1988).

Somente em 1945 o Instituto de Higiene tornou-se unidade autônoma de ensino superior da Universidade de São Paulo, sob a denominação de Faculdade de Higiene e Saúde Pública. A instituição só foi nomeada como Faculdade de Saúde Pública em 1969 (FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA, 2010).

Atualmente, a Faculdade de Saúde Pública tem a Nutrição como único curso de graduação, com 412 estudantes, e 2 programas de pós-graduação *stricto sensu*, com 651 estudantes (FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA, 2010).

A Escola de Enfermagem originou-se da Escola de Partejas de São Paulo que foi criada em 1912. Em 1931 passou a se chamar Escola de Obstetrícia e Enfermagem Especializada. A Fundação Rockefeller, em 1938, apontou a necessidade e urgência da criação da Escola de Enfermagem e concedeu bolsas de estudo a seis educadoras sanitárias para fazerem curso de enfermagem nos Estados Unidos ou Canadá e auxílio financeiro para a instalação da biblioteca e dos laboratórios da nova escola. Já em 1939, a mesma fundação convidou Edith Fraenkel, Superintendente do Serviço de Enfermagem do Ministério de Educação e Saúde, para organizar e dirigir a futura entidade (CARVALHO, 1980).

Em 1942 a Escola de Enfermagem integrou-se à USP, só que como parte da Faculdade de Medicina, e tinha como finalidade a formação de enfermeiros para os Serviços de Saúde Pública e hospitalares (CAMPOS, 2004).

Em 1944 mudou-se da Maternidade de São Paulo para o Hospital das Clínicas e, em 1962, passou a integrar a Universidade de São Paulo com o nome de Escola de Obstetrícia anexa ao Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da USP. Só no ano de 1947, a Escola de Enfermagem foi instalada em edifício próprio (CARVALHO, 1980).

A Escola de Enfermagem tem atualmente um curso de graduação com 466 estudantes, e 4 programas de pós-graduação *stricto sensu*, com 387 estudantes (USP, 2009; ESCOLA DE ENFERMAGEM, 2010).

É importante ter claro que os aspectos de contexto histórico, social e econômico definem mudanças nas finalidades ou funções de uma mesma instituição ao longo do tempo. Este fato pode ser demonstrado por meio de dois documentos oficiais da USP: o Decreto nº 6283 que criou a Universidade de São Paulo em 1934 e a Resolução nº 3461, de 7 de outubro de 1988, que estabeleceu o atual estatuto da instituição. Nesses dois documentos o Artigo 2º pontua os fins da universidade como mostra o Quadro 1.

Quadro 1 - As funções da USP de acordo com o Decreto de 1934 e a Resolução de 1988.

DECRETO Nº 6283 de 25 DE JANEIRO DE 1934.	RESOLUÇÃO Nº 3461 de 7 de OUTUBRO DE 1988.
<p>Artigo 2º - São os fins da USP:</p> <p>Promover, pela pesquisa, o progresso da Ciência;</p> <p>Transmitir, pelo ensino, conhecimentos que enriqueçam ou desenvolvam o espírito, ou seja, úteis à vida;</p> <p>Formar especialistas em todos os ramos de cultura, e técnicos e profissionais em todas as profissões de base científica ou artística;</p> <p>Realizar a obra social de vulgarização das ciências, das letras, das artes por meio de cursos sintéticos, conferências, palestras, difusão pelo rádio e filmes científicos.</p>	<p>Artigo 2º - São fins da USP:</p> <p>Promover e desenvolver todas as formas de conhecimento, por meio do ensino e da pesquisa;</p> <p>Ministrar o ensino superior visando à formação de pessoas capacitadas ao exercício da investigação e do magistério em todas as áreas do conhecimento, bem como à qualificação para as atividades profissionais;</p> <p>Estender à sociedade serviços indissociáveis das atividades de ensino e de pesquisa.</p>

1.1.3 Área da Saúde

Para identificar os cursos de graduação que compõem a área da Saúde é preciso partir das áreas do conhecimento propostas pelo MEC às instituições de ensino superior e da resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as profissões da Saúde. Com essas diretrizes é possível perceber quais são os cursos de graduação responsáveis por formar profissionais da saúde.

O MEC (2010) classifica as áreas do conhecimento segundo uma hierarquização em quatro níveis, que vão do mais geral aos mais específicos, abrangendo grandes áreas, áreas e subáreas do conhecimento. A grande área consiste na aglomeração de diversas áreas do conhecimento em virtude da afinidade de seus objetos, métodos cognitivos e recursos instrumentais, e é composta pelas Ciências Agrárias, Ciências Biológicas, Ciências Exatas e da Terra, Ciências Humanas, Ciências da Saúde, Ciências Sociais Aplicadas, Engenharias, Linguística, Letras e Artes, e Multidisciplinar.

Na grande área Ciências da Saúde estão inseridas as seguintes áreas: Medicina, Nutrição, Odontologia, Farmácia, Enfermagem, Saúde Coletiva, Educação Física, Fonodologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (MEC, 2010).

Segundo a resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998, profissões inseridas na área da Saúde são: assistentes sociais, biólogos, educadores físicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, dentistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais (BRASIL, 1998).

Ao relacionar as duas diretrizes, percebe-se que a primeira apresenta uma área do conhecimento que não é contemplada por nenhuma profissão da área da Saúde, além disso, foram acrescentadas mais quatro profissões à área da saúde que não se relacionam à grande área do conhecimento Ciências da Saúde.

No documento do MEC (2010) consta a área do conhecimento Saúde Coletiva que não é contemplada especificamente por nenhuma profissão da Saúde apontada na resolução de 1998. Segundo ZANCHI e ZUGNO (2008), a Saúde Coletiva pode ser considerada como um campo de conhecimento de natureza

interdisciplinar que contempla o desenvolvimento de atividades de pesquisa sobre o estado sanitário da população, a natureza das políticas de saúde, a relação entre processo de trabalho e doenças e agravos, bem como as intervenções de grupos e classes sociais nas questões sanitárias.

Essa diretriz, por sua vez, acrescenta profissões como assistente social, biólogos, médicos veterinários e psicólogos que se encaixam em outras Grandes Áreas do Conhecimento descritas pelo MEC, como Ciências Humanas Aplicadas, Ciências Biológicas, Ciências Agrárias e Ciências Humanas.

É possível identificar dois pontos importantes. O primeiro está na constatação de que a saúde coletiva é uma área do conhecimento que não possui um profissional específico, e o fato de ser considerada interdisciplinar garante que ela tenha seus conhecimentos contemplados em todos os cursos. O segundo está na variedade profissional relacionada à Saúde, além dos tradicionalmente conhecidos como medicina e enfermagem, indicando a presença de uma concepção de saúde mais abrangente na qual é reconhecida a importância da ação interdisciplinar no âmbito da formação em saúde nas instituições de ensino superior. Essa concepção de saúde que permeia a de formação não é única nem está fechada, ela é resultado de uma mescla de perspectivas que influenciaram o ensino e as práticas profissionais da Saúde.

Ao contextualizar o ensino superior na área da Saúde, SANTANA et al. (1999) destacam as perspectivas que colaboraram para a construção da forma como atualmente os profissionais da saúde vem sendo preparados até hoje.

O ensino superior no Brasil na área da Saúde iniciou-se no final do século XIX, com os dois primeiros cursos médicos estabelecidos na Bahia e no Rio de Janeiro, em 1808, época em que a ciência médica passava por grande avanço, com grandes descobertas científicas e suas aplicações, além de intensa proliferação de práticas assistenciais.

SANTANA et al. (1999) destacam que, desde o início do século XX, as perspectivas que influenciam o ensino e as práticas profissionais de toda área da Saúde até hoje são o paradigma flexeriano e os movimentos da medicina comunitária e integração docente assistencial.

A expressão paradigma flexeriano originou-se em um relatório preparado por Abraham Flexner, em 1910, para melhorar o ensino médico, dando-lhe uma base

científica e promovendo o desenvolvimento da pesquisa. Ele é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos EUA, com profundas implicações para a formação e na medicina mundial (CHAVES, 1996). Consolidou-se como o paradigma da medicina científica que orientou o desenvolvimento das ciências médicas, do ensino e das práticas profissionais em toda a área da Saúde ao longo do século XX. Várias das características ainda hoje marcantes da educação superior nessa área – a segmentação em ciclos básico e profissional; o ensino baseado em disciplinas ou especialidades e ambientado predominantemente no hospital – tem origem no Relatório Flexner (SANTANA et al., 1999).

Os outros dois importantes movimentos que afetaram a educação em saúde foram a Medicina Comunitária e a integração Docente-Assistencial. O significado político e prático dos mesmos é diferente, quando se consideram o contexto dos países centrais e periféricos. Ambos tentam responder às limitações de acesso da maioria ao sistema de serviços que progressivamente se sofisticam e encarecem, em contraste com o incremento da consciência e das reivindicações sociais por mais e melhor atendimento (SANTANA et al., 1999)

Segundo CYRINO (1993), a Medicina Comunitária surgiu nos Estados Unidos enquanto política social voltada aos grupos sociais de baixa renda que se encontravam excluídos do acesso à assistência médica e se difundiu na América Latina no início dos anos 1970 com o apoio de agências internacionais da área da Saúde. Seus conceitos estavam voltados para repensar o cuidado médico intimamente ligado às necessidades da população e estimular a participação comunitária na produção dos serviços, especialmente através do trabalho voluntário.

A integração Docente Assistencial é uma metodologia utilizada no Brasil principalmente por universidades públicas e começou a se firmar nos campos da Saúde e da Educação a partir dos anos de 1970 (CORREIA e BATISTA, 2004). O ideário da integração Docente Assistencial associa-se aos movimentos anteriores, agregando a tática de aproximar os estudantes à realidade sanitária, com atividades de extensão em áreas economicamente deprimidas, atuação em centros de saúde experimentais localizados em áreas periféricas ou rurais e vinculados às próprias instituições acadêmicas. Entretanto, tais atividades sempre foram meramente

acessórias no processo de ensino e permaneceram centradas no hospital e voltadas para as especialidades (SANTANA et al., 1999).

Atualmente, a USP conta com a maioria dos cursos de graduação identificados pela área de conhecimento Ciências da Saúde do CNPq e pela Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998, com exceção dos cursos de Serviço Social e Biomedicina, como mostra o Quadro 2.

Quadro 2- Cursos de graduação da área da saúde e as unidades na USP, 2010.

Curso de Graduação	Unidade da USP
Biologia	Instituto de Biociências
Educação Física	Escola de Educação Física e Esportes
Enfermagem	Escola de Enfermagem
Farmácia	Faculdade de Ciências Farmacêuticas
Fisioterapia	Faculdade de Medicina
Fonoaudiologia	Faculdade de Medicina
Medicina	Faculdade de Medicina
Medicina Veterinária	Faculdade de Zootecnia e Medicina Veterinária
Nutrição	Faculdade de Saúde Pública
Odontologia	Faculdade de Odontologia
Psicologia	Instituto de Psicologia
Terapia Ocupacional	Faculdade de Medicina

1.2 EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Dentre as três funções da universidade – ensino, pesquisa e extensão – a última é a mais nova e a que carece de maiores investigações (CASTRO, 2004). Mesquita Filho (1997) também chama a atenção para a escassez de literatura sobre o assunto. Apesar disso, os temas extensão e extensão universitária apresentam alguns debates teóricos em torno de conceitos, aspectos históricos, características e atribuições. No Brasil e na América Latina, a partir dos anos 1990, foi retomada a discussão sobre a extensão universitária por meio de artigos, livros, palestras em eventos específicos relacionados à área (BEMVENUTTI, 2006).

Com relação à extensão universitária, mais especificamente na área da Saúde, tem-se uma sistematização institucional e um debate acadêmico com ínfima discussão teórica e alguns relatos de experiências extensionistas na saúde. Diante desse panorama serão examinados separadamente os temas extensão e extensão universitária, objetivando tentar caracterizar essa atividade no campo da saúde.

Primeiramente, o termo *extensão* será problematizado e analisado em seu aspecto semântico. A extensão universitária será posteriormente tratada, levando-se em conta os conceitos, com suas principais características e aspectos históricos, até se chegar ao conceito atual, com a descrição de ações e áreas de atuação. Para finalizar, serão pontuadas algumas considerações sobre experiências extensionistas realizadas por cursos de graduação na área da Saúde.

1.2.1 Extensão

Para problematizar e analisar o termo *extensão*, partiremos do pressuposto de que o termo é uma representação conceitual e, segundo MINAYO (2004), a representação faz parte do conjunto de objetos utilizados para compreender temas específicos de um determinado grupo na pesquisa qualitativa. Nesse sentido, é muito

pertinente a análise crítica do termo realizada por FREIRE (1969) na tentativa de iniciar a problematização em torno das atividades de extensão universitária na área da Saúde.

Para o termo *extensão* existem alguns significados que são bem diferentes entre si e vão desde uma instalação telefônica ao sentido de importância e alcance de alguma coisa (AURÉLIO, 2005). O que muda cada sentido do termo extensão é o contexto em que ele se apresenta. FREIRE (1979) elenca diferentes contextos e escolhe o da frase “Pedro é agrônomo e trabalha em extensão” para uma análise semântica. Segundo o autor, o termo extensão, nesse contexto, indica uma ação de estender, enquanto verbo – estender algo a – exprime que essa ação consiste em: sujeito que estende algo ou alguma coisa a alguém que recebe o conteúdo da ação verbal (FREIRE, 1979). Diante dessa análise é possível começar a pensar sobre os primeiros elementos que compõem essa ação: os atores e o conteúdo estendido no contexto acadêmico.

O autor atribuiu algumas características à ação, seus atores e conteúdos. Para ele essa é uma ação de transmissão e de entrega de algo que é levado por um sujeito ativo para um sujeito passivo. O sujeito ativo é (ou se enxerga) superior ao sujeito passivo, por isso considera sua ação como messiânica. O conteúdo é escolhido por quem estende (FREIRE, 1979). Ao final dessa análise outros elementos da ação extensionista entram em jogo: a forma de estender e a relação entre os atores envolvidos.

É interessante extrapolar a análise de Freire, feita em 1979, para problematizar as ações extensionistas em saúde, atualmente, no sentido de identificar quem são os atores da ação, sejam eles sujeitos ativos ou passivos, questionar a forma dessa ação e seu conteúdo e perceber a relação estabelecida. Além disso, essa reflexão auxiliará na compreensão dos conceitos de *extensão* defendidos ao longo do tempo.

1.2.2 Extensão Universitária

A origem e o início das atividades de extensão universitária são apresentados por alguns autores de formas diferentes. NOGUEIRA (2005) afirma que a extensão é a mais recente das atribuições universitárias. Entretanto, autores como GURGEL (1986), FAGUNDES (1986), BOTOMÉ (1996) e EINSFELD et al. (2009) apontam que a preocupação com a extensão universitária nasceu no século XIII com as primeiras universidades européias medievais como a Universidade de Bolonha e da Inglaterra. PAIVA (1986) concorda com relação à origem inglesa ao afirmar que a extensão universitária surgiu na Inglaterra, na segunda metade do século XIX, e acrescenta que alguns anos depois foram registradas atividades de extensão nas universidades norte-americanas.

As duas correntes que influenciaram a extensão universitária brasileira, a inglesa e a norte-americana, possuem características bem peculiares.

A corrente inglesa está voltada para a educação continuada baseada em cursos de extensão que tem com objetivo aproximar-se da população para disseminar os conhecimentos técnicos, eminentemente associados a práticas socialmente relevantes (BARTNIK E SILVA, 2009; EINSFELD et al., 2009).

A corrente norte-americana é caracterizada pela variedade de funções, entre elas a participação da universidade na resolução de problemas locais e o desenvolvimento da ciência aplicada. Essas funções incorporam problemáticas relacionadas à educação, saúde, agricultura e demandas voltadas ao atendimento das necessidades das classes menos favorecidas econômica e socialmente (JEZINE, 2004). EINSFELD et al. (2009) acrescentam como atividades características dessa corrente a prestação de serviços e a promoção de eventos que complementem e difundam o conhecimento gerado na universidade.

Numa tentativa de organizar didaticamente a construção conceitual da extensão brasileira, que é resultado das influências norte-americana e inglesa adaptadas à realidade nacional, autores como SERRANO (2001), JEZINE (2004) e MESQUITA FILHO (1997) dividiram-na em momentos, concepções e categorias.

SERRANO (2001) optou por classificá-la em quatro momentos conceituais, atribuindo-lhes características marcantes e pontuando os principais fatos históricos.

O primeiro momento, denominado *Transmissão vertical do conhecimento e a extensão serviço*, a ação extensionista é marcada por uma prática pedagógica verticalizada, em que o princípio predominante é a transmissão de conhecimento da universidade para os membros da sociedade, de forma autoritária. O fato histórico que identifica esse período no Brasil é o início das conferências semanais gratuitas, oferecidas ao público pela Faculdade de Direito, que ocorreram em 1911. Os autores CUNHA (1986), GURGEL (1986) e NOGUEIRA (2005) consideram “as lições públicas” como a primeira experiência de extensão universitária brasileira.

Ao atribuir características a esse momento, SERRANO (2001) considera que essas práticas de extensão destacavam-se como características de um processo verticalizado e que “coisifica” o homem. Este momento inicial da extensão apresenta-se como um momento autoritário da universidade que, desconhecendo a cultura e o saber popular, apresentava-se como detentora de um saber absoluto, superior e redentor da ignorância (SERRANO, 2001).

No momento denominado *Voluntarismo*, a extensão passa a apresentar uma interface entre o saber produzido no interior das universidades e a cultura local.

Na América Latina o momento é marcado pelo Movimento Estudantil de Córdoba, na Argentina, que iniciou no continente americano práticas ideológicas de grupos anarquistas, socialistas, comunistas, liberais e positivistas, e gerou uma nova maneira de pensar a universidade. A partir de Córdoba, passou-se a atribuir às atividades de extensão o objetivo de “*fortalecimento da universidade, pela projeção ao povo da cultura universitária e a preocupação com os problemas nacionais*”. Este movimento foi considerado o marco para a construção de novos paradigmas de extensão universitária (BERNHEIM, 1978).

No Brasil, ao final da década de 1930, houve um período de grande efervescência, em termos de experiências de práticas educativas em extensão. Tendo como foco a cultura, são criadas salas de leituras, experiências de radiodifusão, difusão cultural, além de cursos e conferências abertas, objetivando a discussão e soluções dos problemas sociais.

As práticas de extensão iniciaram um processo voltado para a transformação da sociedade, a partir da transformação da própria universidade, bem como da transformação da sua relação com os outros “fazeres” acadêmicos, o ensino e a pesquisa. A extensão, nesse sentido, deixa de ser um processo verticalizado e se torna uma troca horizontal do conhecimento, respeitando a cultura do local onde se desenvolve, além de assumir um compromisso com as mudanças. Identifica-se a abertura ao diálogo como uma das grandes diretrizes desse momento (SERRANO 2001).

A ação sociocomunitária institucional é um momento marcado inicialmente pela institucionalização da extensão que a reduzia a cursos e, posteriormente, a projetos com apelo sociocomunitário.

A extensão universitária foi institucionalizada pelo Decreto 19.851, de 11 de abril de 1931. A normatização e a institucionalização restringem a extensão a cursos e à difusão do conhecimento, estabelecendo uma via de “mão única”, da Universidade que sabe para uma comunidade que não sabe.

No mesmo período, a autora identifica a influência da corrente norte-americana na implantação de uma Extensão Universitária técnica associada a programas de desenvolvimento.

Nas décadas de 1960 e 1970, no contexto de ditadura militar no Brasil, o Movimento Estudantil intensificou a prática de uma Extensão Universitária mais emancipadora, que passou a ser entendida como risco ao regime então vigente. Assim, o governo militar apropriou-se do modelo norte-americano de extensão e, como forma de se contrapor e cooptar os estudantes para o trabalho assistencial comunitário, instituiu no Brasil programas de atuação esporádicos e desvinculados das instituições universitárias. Segundo NOGUEIRA (2001) a proposta do governo foi incorporada ao ideal de desenvolvimento e segurança, no qual os estudantes eram só executores.

Em 1961 foi promulgada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional que restringiu a Extensão Universitária ao caráter de cursos. Nos anos seguintes, surgiu o movimento de ação sociocomunitária institucional que incluía atividades como o CRUTAC - Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária, criado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em 1966, e o Projeto

Rondon, instituído em 1968. Essas atividades retomaram uma Extensão Universitária com características conservadoras e assistencialistas (NOGUEIRA, 2001).

O último momento, o acadêmico institucional, iniciou-se nos anos de 1980 e teoricamente está em vigor até os dias de hoje. Esse modelo foi sistematizado e institucionalizado através da realização de dois fóruns. Em 1987 aconteceu o primeiro Fórum Nacional de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras e, em 1998, o segundo. Neles foram discutidas concepções e práticas da extensão universitária no Brasil e, ao final, elaborou-se um documento oficial, o Plano Nacional de Extensão Universitária (BRASIL, 2007).

A segunda autora, JEZINE (2004), que identificou extensão universitária no contexto brasileiro, baseou-se em concepções ideológicas e políticas de extensão que foram classificadas em assistencialista, acadêmica e mercantilista.

A concepção assistencialista foi considerada uma dimensão assistencialista-conservadora, uma vez que as ações extensionistas estavam baseadas no atendimento das demandas sociais por intermédio da prestação de serviços, e, em sua maioria, eram voltadas para a manutenção de desigualdades sociais. Nessa concepção, os programas e atividades esporádicas nas comunidades objetivavam a "resolução" imediata e paliativa de problemas sociais, sem discussão prévia dos fatores que provocam desigualdade social e sem incentivo a formas de intervenção organizada (JEZINE, 2004).

A segunda concepção, a acadêmica, foi formulada inicialmente pelos movimentos sociais, com a perspectiva da construção de uma ação transformadora da sociedade por meio da relação entre universidade e sociedade. Essa concepção influenciou a formulação do conceito de extensão universitária elaborado pelo Fórum Nacional de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras e foi defendida por este e outros estudiosos como função acadêmica da universidade (JEZINE, 2004).

A autora (JEZINE, 2004) finaliza com a concepção mercantilista, afirmando que esta é resultado das mudanças ocorridas na estrutura do Estado e da sociedade, em concomitância com a luta da extensão para confirmar-se como função acadêmica com o mesmo nível de valorização do ensino e da pesquisa. Suas ações estão baseadas em novas expectativas geradas pela sociedade globalizada com parceria ou

venda de serviços como meio de articular a universidade aos demais setores da sociedade civil. Dessa maneira, tal concepção torna a universidade uma produtora de bens e de serviços.

O último autor a contextualizar a extensão universitária brasileira, MESQUITA FILHO (1997), organizou os conceitos de extensão em cinco categorias: a extensão como curso; a extensão como prestação de serviços; a extensão como complemento; a extensão como "remédio" e a extensão como instrumento político-social.

Conjuntamente à sistematização, o autor (MESQUITA-FILHO, 1997) discutiu o papel da extensão sob várias perspectivas: como uma simples oferta de cursos à população, apoiada em idéias oriundas da Inglaterra; como prestação de serviços sociais, seguindo o exemplo dos Estados Unidos; como promoção de qualquer evento pela universidade; como atividade filantrópica ou como qualquer tipo de relação e comunicação entre universidade e comunidade; como atividade complementar ao ensino e à pesquisa; como compensação às falhas do ensino regular e, finalmente, como instrumento institucional utilizado para manter a ordem vigente ou como reduto de agrupamento de pessoas progressistas dentro das universidades e instrumento de mudanças sociais.

As sistematizações dos autores apresentam diferentes formas de olhar um mesmo objeto, o que proporciona uma melhor reflexão sobre as características da extensão universitária ainda presentes hoje nas ações realizadas na saúde.

Já o Ministério da Educação (BRASIL, 2001) conceitua a extensão universitária como um processo educativo, cultural e científico, composto por um grupo de ações que são fundamentadas em dois princípios, a articulação do ensino e da pesquisa e a viabilização da relação transformadora entre universidade e comunidade. Elas são classificadas em programa, projeto, curso, evento e prestação de serviços.

O programa é um conjunto de outras ações de extensão (projetos, cursos, eventos, prestação de serviços) que é executado a médio e longo prazo. Diferentemente do programa, o projeto tem um prazo curto e determinado, além de ter objetivo específico. Curso, por sua vez, é uma ação pedagógica, de caráter teórico e/ou prático, presencial ou à distância. Uma apresentação pública de um produto

cultural, artístico, esportivo, científico ou tecnológico desenvolvido, conservado ou reconhecido pela universidade, é denominada “evento”. A última ação é a prestação de serviço que, conforme a denominação indica, é o oferecimento, por parte da instituição de ensino superior, de um trabalho especializado.

Essas ações estão fundamentadas em dois princípios: a articulação do ensino e da pesquisa e a viabilização da relação transformadora entre universidade e sociedade, visando sempre ao objetivo da universidade que é produzir conhecimento (BRASIL, 2001). Segundo JEZINE (2004), a articulação do ensino e da pesquisa está fundamentada na concepção acadêmica que é capaz de unir pesquisa e ensino em uma perspectiva de interdisciplinaridade e indissociabilidade.

O princípio da relação transformadora entre universidade e sociedade que estabelece a troca de saberes acadêmico e popular, devidamente sistematizados, terá como consequências a produção do conhecimento resultante do confronto com a realidade, a democratização do conhecimento acadêmico e a participação efetiva da comunidade na atuação da universidade (BRASIL, 2001).

De acordo com o Plano Nacional de Extensão Universitária (BRASIL, 2001), na universidade as ações de extensão são desenvolvidas por diversas áreas do conhecimento, apresentam diferentes objetos e assuntos, dos quais são enfocados aspectos distintos. A fim de sistematizar essas ações e conseqüentemente favorecer estudos e relatórios sobre a produção da Extensão Universitária brasileira, o Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras criou três formas de classificação.

A primeira forma baseia-se no agrupamento das ações extensionistas, conforme as áreas do conhecimento definidas pelo CNPq: Ciências Exatas e da Terra, Ciências Biológicas, Engenharia / Tecnologia, Ciências da Saúde, Ciências Agrárias, Ciências Sociais, Ciências Humanas, Lingüística, Letras e Artes.

A segunda classificou as ações de extensão segundo a área temática do objeto ou assunto focado na ação extensionista e possui 9 áreas: Comunicação, Meio Ambiente, Cultura, Trabalho, Direitos Humanos e Justiça, Tecnologia e Produção, Educação e Saúde (BRASIL, 2001). No caso das ações que se relacionam a mais de uma área, existe a possibilidade de organizá-las em áreas temática principal e secundária.

Como as ações de extensão apresentam vários aspectos em torno do objeto ou assunto focado que a área temática não dá conta de classificar profundamente, foi criada a terceira forma de classificação denominada “Linhas de Extensão”. Elas têm especial importância para a nucleação das ações de extensão e não são, necessariamente, ligadas a uma área temática, em especial.

1.2.3 Extensão Universitária em Saúde

A Extensão Universitária, mais especificamente na área da Saúde, apresenta sistematização institucional, mas pouco debate acadêmico sobre aspectos conceituais e teóricos apoiados em relatos de experiências extensionistas.

Institucionalmente, a classificação da extensão universitária conforme a área é feita pelo Plano Nacional de Extensão Universitária que classifica as ações extensionistas em saúde em duas categorias: área temática Saúde e área do conhecimento das Ciências da Saúde.

As ações de extensão na área temática da saúde estão ligadas a atividades de: promoção à saúde e qualidade de vida; atenção a grupos de pessoas com necessidades especiais; atenção integral à mulher; atenção integral à criança; atenção integral à saúde de adultos; atenção integral à terceira idade; atenção integral ao adolescente e ao jovem; capacitação e qualificação de recursos humanos e de gestores de políticas públicas de saúde; cooperação interinstitucional e cooperação internacional na área; desenvolvimento do sistema de saúde; saúde e segurança no trabalho; esporte, lazer e saúde; hospitais e clínicas universitárias; novas endemias, pandemias e epidemias; saúde da família; uso e dependência de drogas (BRASIL, 2001).

A área do conhecimento Ciências da Saúde, como já foi referido anteriormente, sendo relacionada com o estudo da vida, saúde e doença, inclui a medicina, a biologia, a medicina veterinária, a naturologia, a biomedicina, a enfermagem, a fonoaudiologia, as análises clínicas, a farmácia, a educação física, a

odontologia, a psicologia, a terapia ocupacional, a nutrição, a fisioterapia e a engenharia biomédica, entre outras.

Com relação ao debate acadêmico, tendo em vista a reduzida bibliografia, há pouca discussão teórica, metodológica, conceitual e alguns relatos de experiências extensionistas na área da Saúde.

Então, na tentativa de se caracterizar melhor a Extensão Universitária em Saúde, vai se partir da discussão teórica que GUIMARÃES et al. (2008) fazem em torno da importância da extensão universitária e reforçar essas considerações teóricas por meio da apresentação de algumas experiências extensionistas em saúde bem sucedidas.

Ao relacionar a extensão universitária com a formação médica, GUIMARÃES et al. (2008) mostram as contribuições da primeira para uma formação integral. Para os autores essa formação deve ir a outros espaços além da sala de aula para não se restringir nos aspectos técnicos, formal, 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.

GUIMARÃES et al. (2008) defendem que 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.

Então a autora (GUIMARÃES et al., 2008) conclui que a extensão, em sua interface com as coletividades, permeável aos saberes originados nesta interlocução sociocultural, pode contribuir para a transformação do ensino, proporcionando o vislumbre do ideal inicialmente aspirado pelos jovens aprendizes.

A interdisciplinaridade tem sido considerada por diversos autores (HENNINGTON, 2005; EINSFELD et al., 2009; TAVARES et al., 2007) como

alternativa para se alcançar o desenvolvimento de um pensamento que responda pela complexidade que caracteriza o mundo atual e seus desafios, entre os quais os problemas de saúde. Como a Saúde é considerada uma área eminentemente interdisciplinar, a integração de disciplinas, no âmbito dos cursos que preparam profissionais para atuar nesse campo, certamente poderá torná-los mais comprometidos com a realidade social e com a sua transformação.

Ainda são poucas as experiências de implementação de propostas curriculares integradas. As instituições formadoras de recursos humanos para a área da saúde, que adotaram a interdisciplinaridade em seus currículos, esbarram em várias dificuldades, as quais vão se resolvendo à medida que o exercício do diálogo e o trabalho em equipe vão ocorrendo (VILELA e MENDES, 2003).

HENNINGTON (2005) apresenta o programa de extensão PIPAS – Programa Interdisciplinar de Promoção e Atenção à Saúde que foi criado em 1996 na Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS no estado do Rio Grande do Sul, na cidade de São Leopoldo. Os principais objetivos do programa são: desenvolver atividades de extensão juntamente com o ensino e a pesquisa, incentivar práticas coletivas e interdisciplinares em saúde e prestar assessoria e consultoria, constituindo-se num campo de estágio para estudantes de graduação e de pós-graduação (HENNINGTON, 2005)

Para a autora (HENNINGTON, 2005) esse programa apresenta a interdisciplinaridade como uma característica que lhe confere especificidade e riqueza, além de se revelar como motivador de reflexões e palco de embates, na medida em que é espaço de convivência e trabalho de uma massa crítica de professores e estudantes de diferentes áreas do conhecimento, com origens, formação acadêmica e experiências de vida diversas, interagindo com pessoas que trazem toda sorte de sofrimentos expressos nos problemas de saúde (ou não), favorecendo uma renovada produção coletiva.

Segundo HENNINGTON (2005), a inclusão de estudantes e professores de diferentes áreas e cursos permite a reflexão e a busca de soluções, o que aumenta a chance de uma resposta adequada aos problemas. GUIMARÃES et al. (2008) concordam ao afirmarem que a interdisciplinaridade propicia importantes cenários de

aprendizagem nas chamadas equipes multiprofissionais que também incluem as pessoas da comunidade envolvida no projeto.

Com relação aos estudantes, a autora defende que esses serão beneficiados em sua formação ao conviverem e dialogarem, de modo interdisciplinar, sobre questões do contexto da atividade, o que os envolve em aprendizado sobre a complexidade do mundo vivido (GUIMARÃES et al., 2008).

EINSFELD et al. (2009) destacaram os seguintes itens na tendência, cada vez mais forte, do trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares em saúde: agregação das habilidades singulares de multi e interdisciplinaridade; o projeto PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), do Ministério da Saúde, no qual equipes interdisciplinares, multiprofissionais e os acadêmicos da área da saúde atuam nas redes básicas de saúde dos municípios.

1.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE

1.3.1 Conceituação

A Promoção da Saúde é entendida como uma estratégia para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas. (BUSS, 2009). Os campos de atuação e princípios estão sempre apoiados na concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes além de propor a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados (BRASIL, 2001; BUSS, 2009).

O termo, Promoção da Saúde foi usado pela primeira vez por Wislow, em 1920, que associava a Promoção da Saúde a duas ações: o esforço da comunidade em alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para os indivíduos melhorarem sua saúde pessoal. Posteriormente em

1946, Sigerist considerou a Promoção da Saúde como uma das quatro funções da medicina. Nesse contexto, dois sentidos eram atribuídos à Promoção da Saúde: ações de educação em saúde e ações estruturais do Estado para melhorar as condições de vida (WESTPHAL, 2006).

Vinte e um anos depois, Leavell & Clark, em 1965, apresentaram um modelo explicativo da “história natural do processo saúde/doença”. Os autores propuseram medidas de intervenção nos diferentes estágios da doença. A Promoção da Saúde foi indicada como um dos níveis da prevenção primária, juntamente com medidas de proteção específica. Nesse modelo, a Promoção da Saúde corresponde a medidas gerais, educativas, que objetivam melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos (comportamentos alimentares, não ingestão de drogas, tabaco, exercício físico e repouso, contenção de estresse) para que resistam às agressões dos agentes patogênicos (WESTPHAL, 2006).

Em 1974, o moderno movimento de promoção da saúde surgiu formalmente no Canadá, com a divulgação do documento “A New Perspective on the Health of Canadians”, também conhecido como Informe Lalonde (1974). Este documento considerou que as condições de saúde são compostas pelas seguintes dimensões: o ambiente, a biologia humana, os estilos de vida das pessoas e os sistemas de saúde. Denominou de Promoção da Saúde as intervenções que focalizavam os estilos de vida, com ênfase na ação individual, adotando uma perspectiva comportamental e preventivista. Foram feitas inúmeras críticas a essa abordagem que apontava a negligência do contexto político, econômico e social e a tendência em culpabilizar as vítimas, responsabilizando determinados grupos sociais por seus problemas de saúde, cujas causas encontravam-se fora do alcance de suas ações (HEIDMANN et al., 2006; WESTPHAL, 2006).

A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde aconteceu na cidade de Ottawa, no Canadá, em 1986. Essa Conferência trouxe à tona discussões que focalizaram principalmente as necessidades em saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo. As discussões foram baseadas nos progressos alcançados a partir da Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, com o lema Saúde Para Todos no ano 2000, resultante da I Conferência Internacional sobre Cuidados

Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde – OMS, em 1978 (HEIDMANN et al., 2006).

A Carta de Ottawa tornou-se uma referência fundamental para a Promoção da Saúde, conceituando a Promoção da Saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle do processo” e considerando como pré-requisito para saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BRASIL, 2002; BUSS, 2009). Após a I Conferência houve outras que aprofundaram a discussão relativa às estratégias de implementação da Promoção da Saúde.

No Brasil, a Promoção da Saúde foi institucionalizada como diretriz política e programática no setor saúde em 2006 com o estabelecimento Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006).

1.3.2 Campos de atuação

A Carta de Ottawa propõe cinco campos ou estratégias de atuação da Promoção da Saúde – elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação comunitária, criação de ambientes favoráveis à saúde, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde – que partem do pressuposto de que os pré-requisitos e as perspectivas para a saúde devem ser asseguradas por outros setores, além do setor saúde, numa ação coordenada entre governo, setor saúde e setores sociais e econômicos, organizações voluntária e não governamentais, autoridades locais, indústrias e mídia (BUSS, 2009).

A elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis são caracterizadas pelo interesse e preocupação de todas as áreas das políticas públicas que possuem o compromisso com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população. A elaboração dessas políticas deve minimizar as desigualdades por meio de ações que atuem sobre os determinantes dos problemas de saúde nos diversos setores em que se localizam, incidindo positivamente sobre eles por meio de

abordagens multi-estratégicas e ações coordenadas que apontem para equidade em saúde, distribuição equitativa de renda e políticas sociais. Estas políticas podem ser produzidas por qualquer setor da sociedade desde que demonstrem potencial para produzir saúde socialmente (BRASIL, 2001; BUSS, 2003; WESTPHAL, 2006).

O reforço da ação comunitária envolve participação social de todos os atores do Estado e a sociedade civil na elaboração e no controle das ações, iniciativas e programas de Promoção da Saúde e deve ter como resultado o empoderamento da comunidade. A prioridade desse campo é o fortalecimento das organizações comunitárias, a redistribuição de recursos e informações, a capacitação dos setores marginalizados e a formação de grupos que pressionem o Estado para garantia dos direitos de todos (BRASIL, 2001).

A criação de ambientes favoráveis à saúde parte do pressuposto de que a saúde é produzida socialmente em diferentes espaços e esses por sua vez são complexos, pois mantém relações de interdependência entre pessoas e meio ambiente. Nesse sentido, é desejável que as pessoas participem da reflexão sobre potencialidades e problemas existentes nos seus espaços de convivência – escolas, unidades de saúde, hospitais, locais de trabalho, espaços de lazer e município como um todo – para garantir a qualidade de vida nesses espaços (BUSS, 2001; WESTPHAL, 2006).

O desenvolvimento de habilidades pessoais acontece por meio de estratégias de educação em saúde, programas de formação e atualização que avançam na idéia de conquista da autonomia, agora em plano individual, incorporando, então o processo de aquisição de conhecimento e a ampliação da consciência política propriamente dita (BUSS, 2001).

Nesse sentido, é importante que esses processos educativos sejam politicamente comprometidos com a capacitação dos indivíduos para sua autonomia e emancipação. Isso significa ter como referencial as teorias pedagógicas críticas que buscam romper o círculo vicioso que se estabelece entre a desigualdade social e a desigualdade educativa (BÓGUS, 2009).

A reorientação dos serviços de saúde representa o esforço para a ampliação do acesso aos serviços e programas. Este campo deve apontar, também para a integralidade das ações de saúde e propor, para isto, mudanças na formação dos

profissionais e na organização e funcionamento das organizações dos serviços de saúde (WESTPHAL, 2006).

1.3.3 Princípios

A Carta de Ottawa e toda literatura sobre Promoção da Saúde afirmam os seguintes princípios como definidores das práticas realizadas nesta perspectiva: concepção holística; equidade; intersetorialidade; participação social; *empowerment*; sustentabilidade e ações multiestratégicas.

A concepção holística justifica-se pela própria complexidade da realidade e reflete a preocupação de desvendar as questões da saúde em meio aos fenômenos complexos da vida. Esse princípio orienta as iniciativas de promoção da saúde que estas fomentem a saúde física, mental, espiritual e social (SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003; WESTPHAL, 2006).

A equidade é um princípio que está relacionado à justiça social e tem como objetivo central garantir o acesso universal à saúde por meio da eliminação das diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas que restringem as oportunidades para se atingir o direito ao bem-estar (BRASIL, 2001). Para alcançar a equidade é preciso reorientar os serviços de saúde a fim de que esses possam ampliar o acesso e criar ambientes de suporte por meio de políticas públicas que priorizem “grupos desprivilegiados e vulneráveis” e revertam as desigualdades sociais instaladas. Não se trata de buscar suprimir por completo os diferenciais de saúde existentes na população, atingindo uma suposta igualdade sanitária, mas sim identificar as diferenças, remetendo à dimensão moral e ética subjacente ao princípio e à busca por realizar os direitos sociais (OMS, 1996).

A intersetorialidade é a “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando ao desenvolvimento social e à inclusão social”. Esse princípio pressupõe o envolvimento de distintos atores sociais, que podem ser representados por vários setores da sociedade – saúde, educação, assistência social,

planejamento, finanças, meio ambiente – na identificação, análise e resolução de problemas e necessidades de um território (JUNQUEIRA, 1998; MENDES e AKERMAN, 2007).

A participação social, conforme apresentada no texto de MOREIRA e colaboradores (2008) é

[...] um conjunto de relações culturais, sociopolíticas e econômicas em que sujeitos, indivíduos ou coletivos, diretamente ou por meio de seus representantes, direcionam seus objetivos para o ciclo de políticas públicas, procurando participar ativamente da discussão orçamentária, formulação, implementação, implantação, execução e avaliação das ações, programas e estratégias que regulam a distribuição dos bens públicos e, por isso, interferem diretamente nos direitos de cada cidadão (MOREIRA e col., 2008, p. 58).

E está intimamente ligada ao *empowerment* comunitário, definido por CARVALHO (2004) como

[...] um processo, e um resultado, de ações que afetam a distribuição do poder levando a um acúmulo, ou desacúmulo de poder (*disempowerment*) no âmbito das esferas pessoais, intersubjetivas e políticas. Nesta categoria encontram-se inscritos elementos que caracterizam um patamar elevado de *empowerment* psicológico, a participação ativa na ação política e a conquista de (ou possibilidade de) recursos materiais ou de poder por parte de indivíduos e coletivos (CARVALHO, 2004, p. 1092), pois a capacitação e o fortalecimento dos indivíduos e grupos sociais e da ação comunitária são importantes para uma participação social efetiva, sem a qual não há transformação social, que é o principal objetivo de uma abordagem crítica da Promoção da Saúde (FERREIRA e CASTIEL, 2009).

A sustentabilidade suscita um duplo significado, um é a criação de iniciativas que estejam de acordo com o princípio do desenvolvimento sustentável e o outro é a garantia de um processo duradouro e forte (WESTPHAL e ZIGLIO, 1999). Na Promoção da Saúde a sustentabilidade envolve a continuidade das ações aspectos econômicos, políticos, culturais e ambientais. (WESTPHAL, 2006).

As ações multiestratégicas pressupõem o envolvimento de diferentes disciplinas e dizem respeito à combinação de métodos e abordagens variadas que inclui o desenvolvimento de políticas, mudanças organizacionais, desenvolvimento

comunitário, questões legislativas, educacionais e do âmbito da comunicação (SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003).

Estes campos de ação e princípios, descritos na Carta de Ottawa, são o principal marco de referência da Promoção da Saúde em todo o mundo e foram retomados nas outras Conferências Internacionais de Promoção da Saúde: Adelaide, em 1988, Sundsvall, em 1991, Jacarta, em 1997, México, em 2000, Bangkok, em 2005 (HEIDMANN et al., 2006) e Nairóbi, em 2009 (WHO, 2009).

Vale ressaltar, que dentre os campos de atuação e os princípios, a participação social tem um local de destaque na perspectiva da Promoção da Saúde.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) destaca a importância da participação social definindo-a como “uma soma da ação da população e outros setores sociais dirigida para o desenvolvimento de melhores condições de saúde geral e coletiva” (SANTOS e WESTPHAL, 1999). Nesse sentido, WESTPHAL (2006) defende que o critério essencial para verificar se uma ação está promovendo saúde é identificar se contempla os processos de formação e empoderamento individual e coletivo dos indivíduos e grupos envolvidos. A autora aponta que a impossibilidade de participação nos processos de tomada de decisão ou não-inclusão de ações motivadoras de empoderamento coletivo impedem que essas ações sejam classificadas dentro da rubrica da Promoção da Saúde.

Para MARCONDES (2004), a participação social tem um papel fundamental no comprometimento da Promoção da Saúde com a luta pela extensão dos direitos da população a uma saúde pública de qualidade.

Essa importância dada à participação social norteará a análise das atividades de extensão universitária sob o enfoque da Promoção da Saúde.

1.3.4 Formação Profissional em saúde

A Política Nacional de Promoção da Saúde, estabelecida em 2006, enfrenta o desafio da formação de profissionais aptos para atuar com a perspectiva da Promoção da Saúde no Sistema Único de Saúde – SUS.

Atualmente, a formação do profissional da saúde é regida pela Lei de Diretrizes e Bases – LDB que propõe as Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN para os cursos de graduação em saúde. As DCN oferecem orientações básicas para a preparação dos futuros profissionais, reafirmam a necessidade e o dever das Instituições de Ensino Superior – IES em formar profissionais de saúde voltados para o SUS, com a finalidade de adequar a formação em saúde às necessidades de saúde da população brasileira, mas não são fórmulas prontas, já que o contexto sócio-político-cultural que envolve cada IES fala mais alto e exige inovadoras formas de saber, fazer e ser (SANTANA et al., 2005; CHIESA et al., 2007).

De acordo com CHIESA et al. (2007), estudos têm evidenciado o distanciamento existente entre o ensino proposto pelas instituições de ensino superior e as necessidades de saúde da população. Observou-se que a formação dos profissionais de saúde, de um modo geral, está baseada em características predominantemente biologicistas, curativas e desarticuladas das práticas em saúde. Não preparando os estudantes para atuar na perspectiva da Promoção da Saúde.

Essa perspectiva mostra-se interessante para a formação em saúde, pois, além de ser parte do SUS, busca articular saberes técnicos e populares, mobilizar recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, de diversos setores, para o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde. Por meio dessa concepção, os estudantes podem ser inseridos precocemente ao mundo do trabalho e construir a sua atuação crítica e reflexiva para o desenvolvimento de uma visão global, integrada e crítica da saúde. Ao mesmo tempo o estudante vai assumindo um papel ativo no processo de construção das práticas sanitárias para o enfrentamento de diversos problemas e necessidades de saúde (CHIESA et al., 2007).

Para que esse desafio seja superado e a Promoção da Saúde possa ser realmente incluída como perspectiva na formação dos profissionais de saúde, é

preciso ter uma contribuição de políticas públicas de saúde e educação que oportunizem essa iniciativa (CHIESA et al.,2007) e um comprometimento da universidade para garantir uma mudança efetiva na formação dos profissionais da saúde.

2 OBJETO DA PESQUISA

São objeto da pesquisa os projetos de extensão de três unidades da USP – Faculdade de Medicina, Faculdade de Saúde Pública e Escola de Enfermagem, com as seguintes características: projetos vinculados à Comissão de Cultura e Extensão; ocorridos no período de 2005 a 2009; de duração mínima de três anos; com participação de estudantes de graduação; cujo desenvolvimento de atividade em comunidades ou municípios de até 50 mil habitantes; e contando com a participação de estudantes de dois ou mais cursos de graduação.

As unidades da USP, na Cidade de São Paulo, responsáveis pelos cursos de graduação na área da saúde estão na cidade universitária no bairro do Butantã e no Quadrilátero da saúde. Na Cidade Universitária estão a Faculdade de Zootecnia e Medicina Veterinária, o Instituto de Psicologia, o Instituto de Biociências, a Faculdade de Ciências Farmacêuticas, a Faculdade de Odontologia e a Escola de Esportes e Educação Física. O Quadrilátero da Saúde fica no bairro de Cerqueira Cesar e é composto pela Faculdade de Medicina, Faculdade de Saúde Pública e a pela Escola de Enfermagem e optou-se por escolher estas três unidades como universo da pesquisa.

O segundo critério para selecionar os projetos de extensão foi seu vínculo institucional com a Comissão de Cultura e Extensão da respectiva unidade. De acordo com a Resolução nº 5.006, de 25 de março de 2003, que regulamenta as competências e atribuições das Comissões de Cultura e Extensão Universitária – CCEX, da Universidade de São Paulo, é de competência de cada Comissão de Cultura e Extensão, em suas unidades: traçar diretrizes de cultura e extensão universitária no âmbito da Unidade; formular e rever periodicamente os indicadores para a avaliação das atividades de cultura e extensão da Unidade; supervisionar e avaliar periodicamente as atividades de cultura e extensão universitária, entre outras. Nas Comissões de Cultura e Extensão das unidades foi possível localizar os

documentos necessários à análise documental e conseguir os contatos dos professores coordenadores. Além disso, a seleção de projetos ligados às CCEX assegurou que estes fossem reconhecidos pela instituição universitária como atividades de extensão.

Selecionar os projetos de extensão do período de 2005 a 2009 foi apropriado, atendo em vista a quantidade de projetos, bem como pelo período de tempo destinado à pesquisa em nível mestrado com perspectiva exploratória. Com relação à duração, acredita-se que projetos de extensão que ocorram por, pelo menos, três anos, apresentem uma maior consistência em relação às atividades desenvolvidas.

A participação de estudantes de graduação é importante, considerando que se espera sejam essas atividades de extensão um processo de formação dos futuros profissionais da saúde. Segundo GUIMARÃES et al. (2008), as ações de extensão devem ser construídas no envolvimento de professores e estudantes da comunidade universitária, com os sujeitos da comunidade externa implicada nesse processo.

A partir dos documentos dos projetos é possível verificar que a escolha de comunidades ou municípios com até 50 mil habitantes torna mais viável o desenvolvimento e acompanhamento das atividades realizadas em projetos de extensão com proposta de intervenção.

O desenvolvimento de atividades fora o ambiente universitário, em comunidades e municípios, permite ao estudante maior contato com a realidade além de favorecer o aprendizado a partir de situações novas fora dos ambientes tradicionalmente reservados para atividades didáticas. MEDEIROS JÚNIOR et al. (2005) defendem que uma atividade extramuros possibilita ao aluno vivenciar experiências diferentes e enriquecedoras do ponto de vista da formação humana e profissional, uma vez que trabalha com saúde sem perder a visão do paciente como um todo.

A participação de estudantes de mais de um curso de graduação possibilita a interdisciplinaridade preconizada pelo Plano Nacional de Extensão Universitária (BRASIL, 2001) e é considerada por diversos autores como alternativa na formação de profissionais da saúde para se alcançar o desenvolvimento de um pensamento que responda pela complexidade dos problemas de saúde (VILELLA e MENDES, 2003).

O estudo dos projetos de extensão universitária sob o enfoque da Promoção da Saúde pode proporcionar informações relativas às potencialidades dessa atividade na formação de profissionais aptos para atuarem com essa nova perspectiva.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar atividades de extensão universitária sob o enfoque da Promoção da Saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Verificar quantas e quais são as atividades de extensão universitária desenvolvidas pela Faculdade de Medicina, Faculdade de Saúde Pública e Escola de Enfermagem da USP;
2. Identificar os projetos de extensão em três unidades da USP;
3. Verificar quais os campos de atuação e os princípios da Promoção da Saúde que estão presentes nos projetos de extensão selecionados;
4. Analisar a percepção de professores e estudantes quanto à contribuição da Extensão Universitária na formação profissional dos estudantes participantes.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 SOBRE A METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa que utilizará, como instrumentos de coleta de dados, análise documental e entrevistas semiestruturadas e, ao final, análise temática dos dados.

A pesquisa com abordagem qualitativa compreende um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam a descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significado a fim de construir uma realidade a partir do universo de crenças, valores e outros elementos que não podem ser transformados em variáveis. Portanto, procura compreender os fenômenos, segundo as perspectivas dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo (GODOY, 1995). É normalmente utilizada no estudo da configuração de um fenômeno ou processo (MINAYO, 1993). Os dados qualitativos são considerados mais ricos, completos, globais, reais porque, normalmente, foram obtidos mediante uma relação direta com o objeto do estudo.

A análise documental é descrita por ABREU (2010) como um procedimento técnico que é realizado a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos. Constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema (LÜDKE e ANDRÉ, 1986).

A entrevista tem sido considerada “um encontro de duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de um determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional” (LAKATOS e MARCONI, 1993). Possui diferentes tipos de abordagens, que podem ser classificadas em: entrevista aberta,

entrevista estruturada, entrevista semiestruturada, entrevista através de grupos focais e histórias de vida (MINAYO, 2004).

As entrevistas mais comumente utilizadas nas pesquisas qualitativas são as semiestruturadas e as não estruturadas. Escolher uma ou outra dependerá do nível de diretividade que o pesquisador pretende seguir. Na entrevista não estruturada o entrevistador aborda o tema da pesquisa e deixa o entrevistado livre para discorrer sobre o mesmo ou fazendo apenas interferências pontuais (FRASER e GODIM, 2004). Por outro lado, na semiestruturada o pesquisador utiliza um roteiro pré-estabelecido com perguntas para que o entrevistado discorra sobre cada uma delas.

4.2 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi dividida em quatro fases: levantamento das atividades de extensão; identificação dos projetos de extensão de acordo com os critérios estabelecidos para a pesquisa; contato e entrevista com professores responsáveis pelos projetos; e contato e entrevista com estudantes participantes dos projetos.

Na fase de levantamento das atividades de extensão universitária, contactou-se as secretarias das Comissões de Cultura e Extensão de cada unidade para que estas encaminhassem dados sobre todas as atividades que ocorreram entre os anos de 2005 a 2009. Ao final, os dados fornecidos foram organizados segundo seu tipo de ação extensionista (curso, evento, programa ou projeto) e período de realização (2005 a 2009).

Na segunda fase, os dados dos projetos fornecidos pelas Comissões de Cultura e Extensão foram complementados com informações localizadas nas páginas da internet disponíveis para identificar e selecionar projetos que atenderam às características estabelecidas. Posteriormente, identificou-se os professores responsáveis pelos respectivos projetos.

A terceira fase consistiu no contato e na entrevista com o professor de cada projeto. Foi feito contato, por correio eletrônico, com o professor para que fosse marcada a entrevista. As entrevistas seguiram um roteiro (anexo 1) com perguntas divididas em cinco partes: identificação do docente, sua relação com a extensão universitária, descrição do projeto e das suas etapas (preparação, intervenção e pós-intervenção), e contribuição da extensão universitária para formação profissional dos estudantes. A gravação da entrevista foi autorizada mediante a assinatura do Termo de Livre Consentimento Esclarecido (anexo 2). Ao final, solicitou-se ao professor os documentos relativos aos projetos, de preferência um relatório, e a indicação de estudantes que segundo sua avaliação tenham tido desempenho satisfatório durante o desenvolvimento do projeto.

Na quarta etapa foi realizado contato por correio eletrônico com todos os estudantes indicados para agendamento das entrevistas. As entrevistas com os estudantes seguiram um roteiro (anexo 3) contendo perguntas divididas em três partes: identificação dos estudantes; descrição das etapas do projeto em que eles participaram; e contribuição do projeto de extensão na sua formação profissional. Antes da gravação da entrevista, esta foi autorizada pela assinatura do Termo de Livre Consentimento Esclarecido.

A primeira parte da entrevista com os estudantes contou com quatro perguntas para que os entrevistados apontassem: curso de graduação, ano de formação, outras atividades de extensão e atividades extracurriculares de que participaram. Estas perguntas visavam à aproximação com cada um dos entrevistados, a entender como ele se relacionava com as atividades acadêmicas e fazer com que se lembrasse do projeto de extensão para facilitar a resposta das referidas perguntas.

Na segunda parte as perguntas focalizaram os projetos de extensão propriamente ditos. Foi solicitado aos estudantes que descrevessem as etapas do projeto de que cada um participou (preparação, intervenção, pós-intervenção) e as atividades desenvolvidas em cada etapa. Essas perguntas tinham como objetivo conhecer como eram realizadas as atividades de extensão para, posteriormente, se identificar algum campo ou princípio da Promoção da Saúde.

O tema da última parte foi sobre a relação da extensão universitária com a formação profissional. Foi perguntado aos estudantes sobre a experiência com o projeto e a repercussão que este teve na sua formação profissional, considerando dentro desse tópico o enfoque dado para a interdisciplinaridade, buscando identificar a contribuição ou não do projeto.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Segundo MINAYO (1993), análise temática é uma técnica que consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *freqüência* signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Operacionalmente a análise temática conta com três etapas:

1. Pré-análise: determinam-se, nesta fase, as unidades de registro – palavras chave ou frases, a unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de decodificação e os conceitos teóricos gerais que orientam a análise.

2. Exploração do material: consiste na operação de codificação, ou seja, transformação dos dados obtidos, com o objetivo de compreender o texto a partir do seu núcleo de sentido. Trabalha-se no recorte do texto em unidades de registro e realiza-se a classificação e agregação dos dados, escolhendo categorias teóricas ou empíricas que guiarão as especificações do tema.

3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: interpretam-se os dados obtidos, já categorizados, correlacionados como o quadro teórico utilizado na pesquisa.

Na etapa de pré-análise e ordenação dos dados, foi feita a leitura e releitura dos documentos fornecidos pelos professores e a transcrição das gravações das entrevistas. Na exploração do material os dados foram separados em dois temas: 1) Campos de atuação e princípios da Promoção da Saúde; e 2) Percepção da extensão universitária como processo de formação profissional. O tratamento dos resultados

obtidos e a interpretação basearam-se no referencial teórico da Promoção da Saúde e da Extensão Universitária Brasileira.

Na apresentação dos resultados os trechos dos documentos e ou as falas das entrevistas, de professores e estudantes, serão precedidas da indicação de sua categoria:

1.Documentos

DA: documento do Projeto Assunção.

DB: documento do Projeto Bandeira Científica.

DJ: documento do Projeto Jornada Universitária de Saúde.

2. Professor

PA: professor coordenador do Projeto Assunção.

PB: professor coordenador do Projeto Bandeira Científica.

PJ1 e PJ2: professores coordenadores do Projeto Jornada Universitária de Saúde.

3. Estudantes

EA1, EA2 e EA3: estudantes do Projeto Assunção

EB1, EB2 e EB3: estudantes do Projeto Bandeira Científica

EJ: estudante do Projeto Jornada Universitária de Saúde.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme os termos da Resolução 196, de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde – CNS, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP, bem como o Termo de Consentimento Livre Esclarecido que cada entrevistado assinou antes da entrevista, indicando estar de acordo com as cláusulas do documento.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao verificar quantas e quais foram as atividades de extensão universitária desenvolvidas na Faculdade de Medicina, Faculdade de Saúde Pública e Escola de Enfermagem no período de 2005 a 2009, identificou-se quatro tipos de atividades: cursos, eventos, projetos e programas. Na Resolução 4.940, de 26 de junho de 2002, da USP, estão definidas as ações de extensão: cursos e eventos. Projetos e programas, que não estão definidos nessa resolução, são descritos por documento do MEC.

Os cursos são classificados, segundo a resolução de 2002, em especialização, aperfeiçoamento, atualização e difusão. Os três primeiros cursos são oferecidos apenas para aos graduados e o último para o público em geral. O que diferencia a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização é o objetivo do curso e a sua carga horária.

A especialização visa à qualificação profissional em determinada área de conhecimento e tem carga horária de no mínimo trezentas e sessenta horas de duração. O aperfeiçoamento tem o propósito de aprofundar os conhecimentos de um campo determinado com, no mínimo, sessenta horas. A atualização visa à difusão do progresso do conhecimento em certas áreas ou disciplinas com, no mínimo, trinta horas de duração.

Nessa resolução de 2002, o evento é considerado como atividade de divulgação artística, cultural, científica, técnica, tecnológica ou desportiva.

Os conceitos de projeto e programa não estão especificados na Resolução 4940, de 26 de Junho de 2002. Esses, por sua vez, são definidos pelo MEC (BRASIL, 2007). Nesse documento, o programa é considerado um conjunto de outras ações de extensão (projetos, cursos, eventos, prestação de serviços) que são executados a médio e longo prazo, enquanto o projeto tem um prazo curto e determinado, além de ter objetivo específico.

5.1 AÇÕES DE EXTENSÃO NA USP

Todas as ações de extensão, sejam cursos, eventos, programas e projetos, estão presentes nas três unidades da USP em questão, entretanto, cada uma delas guarda suas especificidades de acordo com as áreas do conhecimento.

Notou-se a existência de programas de iniciativa da Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária da Universidade de São Paulo que ocorrem nas três unidades: “A universidade e as profissões” e “A universidade aberta à terceira idade”; e “Aprender com cultura e extensão”.

O programa “A universidade e as profissões” tem como objetivo de subsidiar e orientar os estudantes de ensino médio quanto à escolha da carreira profissional. Para tanto, são realizadas visitas com os estudantes às unidades da USP e o evento Feira de Profissões que é organizado uma vez por ano, nos vários campi da universidade. Nas visitas às unidades da USP são apresentados os cursos oferecidos em cada unidade e a atuação de profissionais formados no mercado de trabalho (PRÓ-REITORIA DE CULTURA E EXTENSÃO, 2010).

O programa “A universidade aberta à terceira idade” tem como objetivo possibilitar ao idoso aprofundar conhecimentos em alguma área de seu interesse e ao mesmo tempo trocar informações e experiências com os jovens. Nessa atividade pessoas com idade mínima de sessenta anos participam de disciplinas oferecidas pelas unidades da universidade e com direito à certificado de participação ao final (PRÓ-REITORIA DE CULTURA E EXTENSÃO, 2010).

O Programa “Aprender com cultura e extensão” teve seu início em 2008 e tem como finalidade fomentar as ações de cultura e extensão por meio das atividades do corpo discente em projetos, de forma a contribuir para a sua formação. Essa atividade propõe-se a apoiar projetos com temáticas voltadas para os desafios da realidade intra e extra-universidade. Nesse programa, os projetos devem relacionar as finalidades acadêmicas do curso de graduação com as metas da Unidade para o desenvolvimento da cultura e da extensão universitária, na sua

articulação com o ensino e a pesquisa (PRÓ-REITORIA DE CULTURA E EXTENSÃO, 2010).

Cada um dos três programas desenvolve atividades focando um público alvo específico. O primeiro prioriza os estudantes do ensino médio dando ênfase à orientação profissional; o segundo integra a terceira idade nas atividades de ensino da universidade e o terceiro envolve estudantes de graduação em atividades de cultura e extensão. De certa forma, os estudantes da USP estão envolvidos direta ou indiretamente nos três programas, seja na apresentação do curso de graduação para estudante de ensino médio ou na relação em sala de aula com um aluno da terceira idade.

Os dados sobre quantas são e quais são as atividades de extensão foram fornecidos pelas Comissões de Cultura e Extensão - CCEX de cada unidade. Para melhor visualização e compreensão, foram construídos quadros com os resultados.

Posteriormente, foram identificados os projetos de extensão que obedecem aos critérios já descritos anteriormente.

5.1.1 Atividades de extensão na Faculdade de Medicina

Tabela 1 - Atividades de cultura e extensão da FM da USP, de 2005 a 2009, segundo modalidade.

Modalidade	2009	2008	2007	2006	2005	Total
Cursos	27	21	25	26	17	116
Eventos
Programas	3	3	3	3	3	15
Projetos	2	2	2	2	1	9

Fonte: Comissão de Cultura e Extensão da Faculdade de Medicina, 2010.

Na Faculdade de Medicina, a modalidade cursos foi a mais recorrente e dentre eles se destacaram os cursos de especialização, correspondendo a 63 dos 116 cursos. Os dados sobre os eventos e os projetos do “Aprender com cultura e extensão” não foram fornecidos pela CCEX da Unidade, entretanto a existência desses no período de 2005 a 2009 foi confirmada.

Com relação aos projetos, os que se encaixaram nos critérios preestabelecidos foram o projeto Assunção e Bandeira Científica.

5.1.2 Atividade de cultura e extensão na Faculdade de Saúde Pública

Tabela 2 - Atividades de cultura e extensão da FSP da USP, de 2005 a 2009, segundo modalidade.

Modalidade	2009	2008	2007	2006	2005	Total
Cursos	36	20	37	41	32	166
Eventos	32	44	20	25	24	145
Projetos	2	5	2	1	3	13
Programas	3	3	2	2	2	12

Fonte: Comissão de Cultura e Extensão da Faculdade de Saúde Pública, 2010.

Os cursos foram a modalidade mais frequente na Faculdade de Saúde Pública e o tipo que se destacou foi o de difusão com 91 dos 166 cursos.

Com relação aos projetos, a unidade apresentou um que correspondeu aos critérios estabelecidos: a Jornada Universitária de Saúde - JUS.

5.1.3 Atividades de Cultura e Extensão da Escola de Enfermagem

Tabela 3 - Atividades de cultura e extensão da EE da USP, de 2005 a 2009, segundo modalidade.

Modalidade	2009	2008	2007	2006	2005	Total
Cursos	10	5	10	7	6	38
Eventos	16	17	20	8	15	76
Projetos	22	3	7	4	5	41
Programas	2	2	2	2	2	10

Fonte: Comissão de Cultura e Extensão da Escola de Enfermagem, 2010, e Núcleo de Apoio às Atividades de Cultura e Extensão Universitária: Assistência de Enfermagem em Saúde Coletiva (NACE-AENSC).

Os dados obtidos na Escola de Enfermagem foram provenientes da Comissão de Cultura e Extensão daquela unidade e do Núcleo de Apoio às Atividades de Cultura e Extensão Universitária: Assistência de Enfermagem em Saúde Coletiva (NACE- AENSC). O núcleo foi criado em 1991 e nele docentes e profissionais da área da Saúde e Saúde Coletiva vêm desenvolvendo projetos, buscando a criação e a efetivação de alternativas voltadas para a melhoria da saúde dos grupos populacionais.

Nessa unidade verificou-se que, diferentemente da Faculdade de Saúde Pública, os eventos são encontrados em maior quantidade em relação às outras modalidades. Encontrou-se 41 projetos no período de cinco anos, entretanto, nenhum contemplou os critérios de seleção estabelecidos para esta pesquisa.

5.2 DESCRIÇÃO DOS PROJETOS

Como referido anteriormente, três projetos atenderam aos critérios estabelecidos e foram selecionados. São eles: Projeto Assunção e Projeto Bandeira Científica, da Faculdade de Medicina, e Projeto Jornada Universitária, da Faculdade de Saúde Pública.

Para analisar os projetos de extensão sob o enfoque da Promoção da Saúde, optou-se por, primeiramente, descrever cada projeto de extensão e depois identificar os campos de ação e princípios da Promoção da Saúde a partir dos documentos e depoimentos obtidos nas entrevistas.

5.2.1 Projeto Assunção

O projeto Assunção fez parte das atividades de extensão universitária da Faculdade de Medicina e teve duração de três anos, com início no ano de 2006 e término em 2009.

A iniciativa para criação dessa atividade partiu de estudantes vinculados ao Centro Acadêmico Oswaldo Cruz, em 2006. Na época eles participavam de um grupo de estudos sobre extensão universitária e de atividades na comunidade da favela Assunção, no Butantã. Esses estudantes elaboraram um projeto para desenvolver atividade de extensão naquela comunidade e convidaram um docente do departamento de medicina preventiva para coordenar as atividades.

Em 2007, nos meses de início do ano letivo, a primeira atividade do projeto foi a realização de um seminário que contou com a participação de palestrantes que expuseram temas como: Extensão Universitária e sua importância para a Universidade; Educação Popular e a Extensão Universitária; Metodologia para a mobilização coletiva e individual; Incubadoras tecnológicas de cooperativas populares; conceito de vulnerabilidade e a prática de promoção da saúde em

comunidades. Ao final do seminário, foram selecionados 25 acadêmicos de diversos cursos de graduação da USP e foram distribuídas seis bolsas de estudos do Fundo de Cultura e Extensão da Universidade de São Paulo - FCEEx, por critério sócio-econômico.

Após a formação do grupo, que na época tinha estudantes dos cursos de medicina, psicologia, economia, fisioterapia e nutrição, foram realizadas reuniões em que se decidiu iniciar o projeto com um estágio de vivência na comunidade da Favela da Assunção.

Ainda em 2007, foi realizada uma vivência que durou seis meses e antecedeu o desenvolvimento de proposta para intervenção na comunidade. Na vivência, os estudantes se dividiram em cinco grupos e foram para a comunidade. Cada grupo tinha uma “madrinha” que era moradora da comunidade e desempenhava um papel de guia para que os estudantes tivessem a oportunidade de conhecer melhor a comunidade fazendo visitas domiciliares, identificando as instituições locais, como a associação de moradores e as ONGs.

Ao final da vivência, os estudantes se reuniram novamente e chegaram a algumas conclusões sobre quais eram as situações que inspiravam urgência na comunidade. Foram elaboradas algumas propostas e discutidas com os moradores.

A maioria das propostas não foi aceita porque sua realização era inviável naquele momento. Então, para entender melhor os problemas daquela comunidade e propor intervenções mais viáveis, foi realizada outra atividade envolvendo moradores e estudantes. Nessa atividade problematizaram-se as dificuldades mais marcantes enfrentadas cotidianamente na comunidade. Os principais pontos levantados foram: lixo; córrego; falta de emprego ou subempregos; acesso à saúde; drogas; discriminação social ou racismo; apatia das pessoas da comunidade frente aos problemas sociais e a falta de uma unidade na comunidade.

A partir dos resultados obtidos, os estudantes decidiram dar continuidade ao projeto por meio de três frentes de trabalho: Saúde da Mulher; Identidade e Trabalho e Geração de Renda. Então, semanalmente, cada frente de trabalho reunia-se para elaborar e avaliar suas ações.

No grupo de Saúde da Mulher foram realizadas discussões a partir de temas do cotidiano como a dificuldade de acesso à saúde, questões de gênero,

especificamente com relação às situações de violência. A intenção do grupo foi de proporcionar um alívio do sofrimento por meio das conversas, favorecendo uma rede social de apoio entre as mulheres com a criação de ações coletivas em prol da saúde.

O Grupo de Identidade trabalhou com os jovens da comunidade com o objetivo de resgatar a identidade deles por meio de atividades como: discussões e problematizações acerca da realidade daqueles jovens, realização de um curta-metragem, jornal em formato *fanzini*. Essas atividades trouxeram para os jovens uma maior articulação, o que culminou na participação dos mesmos nas reuniões do Conselho Comunitário de Segurança de São Paulo – CONSEG da região do Butantã para reivindicação da reforma da quadra de esportes do bairro.

O Grupo de Trabalho e Geração de Renda teve como objetivo principal formar feiras de troca; dialogar sobre a livre associação entre os trabalhadores, a auto-gestão com o intuito de formar de uma cooperativa popular. Foram realizadas reuniões com representantes da Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares (ITCP-USP), que fizeram explanações a cerca do cooperativismo e economia solidária. Foi realizada, também, uma oficina de produção de sabão ecológico com uma integrante do Empreendimento Alternativo (EA) do bairro Jardim Ângela. Na última ação desse grupo na comunidade, no mês de maio, foi realizado um feito de sabão.

O Grupo de Política tinha o objetivo de oferecer cursos sobre: formação política, saúde e diferenças sociais. Algumas atividades e dinâmicas foram realizadas, mas o grupo não teve sucesso pela falta de participantes.

Nessa fase de intervenção, as atividades na comunidade eram realizadas aos sábados no período da tarde e pela manhã ocorriam as reuniões em que o coordenador do projeto avaliava e propunha as ações junto aos estudantes

É importante lembrar que, em paralelo com as atividades na comunidade, e as reuniões semanais entre os grupos de trabalho e o coordenador, os estudantes realizavam, quinzenalmente, os chamados “espaços teóricos” em que eram convidados palestrantes para falarem sobre temas pertinentes para o projeto.

Durante o período final de intervenção do projeto houve uma crise na Associação de Moradores e uma diminuição de estudantes no projeto.

No ano seguinte, 2008, o projeto Assunção continuou da mesma forma que no ano anterior, permanecendo com a estrutura de estágios de formação, com carga horária semanal de 2 horas e atividades de extensão comunitária, com carga horária semanal de 12 horas-trabalho. E, dos vinte e cinco estudantes que participaram em 2007, permaneceram apenas nove e foram inseridos seis novos estudantes dos cursos de medicina e psicologia.

As atividades de 2008 do projeto Assunção iniciaram-se com o II Seminário do Projeto Assunção, que teve palestrantes, e divulgação das atividades foi realizada pelos grupos de trabalho na comunidade da Favela Assunção. O grupo de Saúde da Mulher apresentou um curta metragem gravado com uma das moradoras da comunidade. O grupo de identidade debateu com palestrante a experiência de jovens vivendo em situação de exclusão social e, por fim, o grupo de trabalho e geração de renda fez uma exposição sobre economia solidária e cooperativa populares e houve debate sobre as relações de trabalho da sociedade capitalista e sobre a transformação da saúde em mercadoria.

Os grupos de trabalho continuaram com as mesmas atividades e começaram a encarar algumas dificuldades.

As atividades do grupo de Saúde da Mulher foram interrompidas por desentendimentos pessoais entre as coordenadoras da Associação de Moradores, que faziam parte do grupo.

No grupo de identidade os jovens da comunidade pertencentes ao grupo começaram a trabalhar e grande parte dos acadêmicos envolvidos desligou-se do Projeto, desmanchando-se, assim, aquela frente de trabalho.

O grupo de Trabalho e Geração de Renda percebeu a estagnação das atividades da frente de trabalho e avaliou que essa estagnação ocorreu por causa da falta de atividades que pudessem aproximar as pessoas envolvidas no processo de feitura de sabão e criação de uma cooperativa.

No início de 2008, os problemas internos na Associação de moradores e diminuição do corpo de acadêmicos do projeto contribuíram para o esvaziamento das frentes de trabalho e, ao mesmo tempo, novos integrantes do projeto estavam em processo de vivência na comunidade. Então, iniciou-se a discussão entre o coordenador e os estudantes sobre de que forma se daria seqüência ao projeto

tentando se desviar das relações conflituosas entre os integrantes da Associação de Moradores, buscando a imparcialidade, ao mesmo tempo em que atuavam no sentido de fortalecê-la enquanto instituição, e sem perder os princípios norteadores do projeto.

Após uma avaliação sobre a situação, os integrantes do projeto levantaram algumas propostas de trabalho, mas apenas uma foi colocada em prática: o trabalho com cuidadores informais. Esse trabalho tinha como objetivo estimular a criação de uma rede de cuidadores informais, pois os estudantes durante a vivência haviam percebido a vulnerabilidade que a comunidade tem em relação ao acesso à saúde e como essa situação gera respostas sociais, culturais, afetuosas para tentar driblar essa limitação. Portanto, notou-se que o evento de adoecer gera uma teia informal de apoio àquele que sofre.

Esse novo grupo de intervenção – cuidadores informais – seguiu as seguintes fases: mapeamento e aproximação aos cuidadores informais; aproximação das instituições que trabalham com o cuidado à saúde; reunião com instituições; e retorno aos cuidadores. Os resultados não foram muito satisfatórios pela falta da participação dos cuidadores e das instituições.

O outro grupo que se formou foi do resgate da memória e da história com a produção de um livro sobre a comunidade. Nesse grupo os estudantes participaram e contribuíram no processo de criação do livro sobre a comunidade.

Em 2009 os estudantes optaram pelo encerramento do projeto, pois se sentiam sobrecarregados e com muitas incertezas frente às ações na comunidade da Favela da Nossa Senhora da Assunção.

Além das atividades na comunidade, houve a participação de integrantes do Projeto no Fórum Social Mundial e a criação de grupo de estudos sobre Educação Popular e Saúde na Faculdade de Medicina.

Com relação aos princípios e campos de atuação da Promoção da Saúde, o projeto Assunção apresentou na preparação dois princípios: a sustentabilidade e as ações multiestratégicas. Na etapa de intervenção, foi possível identificar os princípios da participação social e das ações multiestratégicas e, os campos de atuação: reforço da ação comunitária e desenvolvimento das atividades pessoais. Na última etapa, pós-intervenção, foi identificado o princípio da sustentabilidade.

5.2.2 Projeto Bandeira Científica

O projeto Bandeira Científica faz parte das atividades de cultura e extensão universitária da Faculdade de Medicina, teve início em 1957 e continua ocorrendo anualmente.

Em 1957, a iniciativa partiu de dois professores que trabalhavam na área de microbiologia e parasitologia, e começou com a idéia de aliar a pesquisa de campo com a prestação de serviço para a comunidade. Esse serviço tinha caráter educativo e era realizado através de palestras. Durante as primeiras “bandeiras” o que se fazia era coletar material para pesquisa e fazer trabalho educativo sobre doenças prevalentes e os microorganismos. Em 1969, o projeto foi interrompido e reativado apenas em 1998.

Em 1998, o projeto foi reativado por iniciativa dos estudantes com o mesmo formato, trabalhos de pesquisa com verminoses intestinais e atividades educativas para a população sobre esses temas. Depois desse ano, o projeto passou por reformulação e foi incluída a área assistencial. A partir daí as atividades básicas do projeto passaram a ser as coletas de dados para pesquisa, a realização de atendimentos e palestras .

Atualmente, o projeto conta com a participação de 250 pessoas de pelo menos sete unidades da USP: Faculdade de Medicina – FM, Faculdade de Saúde Pública – FSP, Instituto de Psicologia – IP, Escola Politécnica – POLI, Escola Superior de Agricultura “Luiz de Queiroz” – ESALQ, Escola de Comunicação e Artes – ECA e a Faculdade de Economia e Administração – FEA. As atividades de intervenção ocorrem sempre na segunda semana de dezembro e o planejamento no início no ano.

No planejamento, as atividades são realizadas por uma diretoria composta por acadêmicos e supervisionada por docentes da USP, e a primeira atividade dessa fase é a escolha do município. Essa escolha segue os seguintes critérios: baixo IDH, número de habitantes e presença de instituição de ensino superior no estado para parceria. Ao final, entra-se em contato com a universidade parceira e com os representantes da cidade, e em seguida, são realizadas de três a cinco visitas prévias no município para reuniões com autoridades locais, com o objetivo de: dimensionar,

programar as atividades da expedição e levantamento de dados a respeito da infraestrutura e recursos humanos referentes às diversas áreas envolvidas. E, ao mesmo tempo em que o município está visitado pela primeira vez, já existe a procura de parceiros financeiros.

Durante as visitas à cidade, a diretoria acadêmica do projeto e o coordenador propõem aos representantes as atividades que serão realizadas na fase de intervenção. A fase de planejamento continua, ao longo do ano, com a sistematização e organização da intervenção e o processo seletivo para estudantes interessados em participar do projeto.

A organização e sistematização da intervenção gira em torno dos três eixos de atividades do projeto: atendimento, atividades educativas e pesquisa. O processo seletivo dos estudantes varia de acordo com cada unidade. Na medicina, por exemplo, é oferecido um conjunto de aulas para o aluno se interar do objetivo do projeto antes de ele ser selecionado. Depois do curso ele faz uma prova que tem questões objetivas e dissertativas. Os estudantes são selecionados levando-se em conta a nota e a participação no curso.

Na fase de intervenção que acontece no último mês de cada ano e tem duração de uma semana, são deslocados para o município em média 60 profissionais e 160 estudantes da Universidade de São Paulo e das universidades parceiras. São realizados atendimentos, palestras educativas das diversas áreas e atividades científicas.

Os atendimentos são desenvolvidos em parceria com as unidades e profissionais de saúde locais. Então, acadêmicos, profissionais, agentes de saúde e equipes de saúde da família atuam no atendimento à população. As estratégias utilizadas são específicas para cada área.

A Medicina faz atendimento geral e integral em saúde à população local, com ênfase na atenção primária em saúde (clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia, e medicina de família), mas também com profissionais de diversas áreas para atendimento especializado como oftalmologia, radiologia, dermatologia, endocrinologia, psiquiatria, neurologia, fisioterapia, entre outros. É dada ênfase em áreas de maior necessidade da população.

Na fisioterapia o atendimento é feito aos pacientes baseando-se em: orientações ergonômicas de acordo com as atividades desenvolvidas; cinesioterapia; analgesia através de métodos físicos; percepção corporal; desenvolvimento de órteses e próteses; e estimulação somato-sensorial. Essa abordagem é desenvolvida, nos pontos de atendimento, com pacientes encaminhados pela equipe médica de forma individual ou em grupos, ou ainda no atendimento domiciliar por equipe multiprofissional.

Na área da nutrição são atendidos pacientes encaminhados pelo atendimento médico e odontológico, com preferência pelos pacientes pertencentes a determinados grupos de risco, quanto ao hábito alimentar, como gestantes, nutrízes, hipertensos, diabéticos, entre outros. Essa área realiza: orientação nutricional, no sentido de que as intervenções sejam cultural e economicamente apropriadas; fornecimento de planos alimentares por escrito, panfletos explicativos e ilustrados, de acordo com a capacidade de leitura e nível de compreensão.

As atividades assistenciais de odontologia iniciam-se com a triagem de pacientes para o atendimento clínico, priorizando-se crianças com alto grau de necessidade e idade entre 7 e 9 anos. No atendimento, é removido o material cariado e infectado e feita a restauração. São desenvolvidas, também, atividades cirúrgicas para remoção de dentes condenados e confecção local de próteses dentárias para adultos.

A psicologia desenvolve atendimentos aos pacientes em parceria com a equipe médica de psiquiatria.

A equipe de fonoaudiologia participa das atividades assistenciais em parceria com os grupos de atendimento médico e odontológico, avaliando pacientes encaminhados quando necessário.

No caso de pacientes que precisem de encaminhamento para qualquer uma das áreas, o projeto, em parceria com o município envolvido, a Universidade parceira e o Governo do Estado, encaminha para os centros de atenção à saúde da rede estadual ou, quando necessário, a um hospital de referência.

O outro eixo de intervenção são as palestras educativas das diversas áreas. Nesse momento, ocorrem, basicamente, atividades como: a capacitação de

profissionais e formação de multiplicadores. Acredita-se que essas atividades são fundamentais para o alcance, em médio e longo prazo, das estratégias implantadas.

Os temas das palestras são definidos com base na opinião de profissionais de cada área, e na demanda levantada entre os próprios integrantes do público-alvo, que são: população em geral, agentes comunitários de saúde, professores, gestores de saúde, equipes de saúde da família, médicos, merendeiras, lideranças comunitárias e trabalhadores rurais. E o material educativo produzido é disponibilizado em forma digital e impressa. Os materiais digitais ficam à disposição do município em computadores com acesso à internet, doados pelo projeto, possibilitando, desta forma, contato permanente entre a equipe de multiplicadores e a equipe da Bandeira Científica.

As atividades científicas são, basicamente, a coleta de dados para elaboração de relatórios técnicos, pois o projeto busca aliar as necessidades da população com a expertise da universidade em levantar e analisar dados, produzindo conhecimento e permitindo uma interpretação conjunta para a tomada de medidas que possibilitem melhoria efetiva da qualidade de vida da população.

Durante a expedição, são realizadas em média cerca de 5.000 atendimentos, 30 palestras educativas das diversas áreas e a coleta de dados para elaboração de relatórios técnicos.

No início do ano seguinte à intervenção, começa a etapa de pós-intervenção ou avaliação, quando são realizadas cinco visitas para avaliar, apresentar e entregar os dados, discutir os relatórios técnicos, entregar exames e acompanhar os encaminhamentos dos pacientes.

Após essa etapa, o projeto é iniciado em outro município, com as mesmas atividades de planejamento, intervenção e pós-intervenção.

Com relação aos princípios e campos de atuação da Promoção da Saúde, o projeto Bandeira Científica apresentou, na preparação, o princípio da equidade. Na etapa de intervenção foi possível identificar os princípios da sustentabilidade e das ações multiestratégicas. Na última etapa, pós-intervenção foi identificado o princípio da sustentabilidade.

5.2.3 Projeto Jornada Universitária de Saúde

O projeto Jornada Universitária de Saúde - JUS é uma atividade de extensão da Faculdade de Saúde Pública que, assim como o projeto Bandeira Científica, desenvolve atividades em municípios do interior.

A JUS teve origem no extinto projeto Jornada Científica dos Acadêmicos de Nutrição – JCANs de 2005, em que um grupo de universitários propunha a realização de intervenções em saúde em municípios do interior do Estado de São Paulo, com população de baixo nível socioeconômico. Em 2006, a partir do modelo da JCAN, formulou-se um projeto multidisciplinar envolvendo estudantes de outros cursos da área da saúde, além da nutrição, com finalidade de atuar em problemas de saúde específicos de cada área de formação acadêmica.

Atualmente o projeto desenvolve atividades em municípios do interior e conta com a participação de estudantes de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição e terapia ocupacional. Diferentemente do projeto Bandeira Científica, a JUS tem duração de três anos, portanto, em cada ano são desenvolvidas as etapas de preparação, intervenção e pós-intervenção.

Na etapa de preparação, no primeiro ano, ocorre a seleção da cidade paulista por meio do IDH e, posteriormente, é feita uma visita para identificação dos problemas locais, dando ênfase às principais necessidades da população. Partindo desses problemas, os estudantes propõem atividades de intervenção para a cidade, e, para tanto, vão se organizar em grupos. Cada grupo vai passar por um período de atualização e capacitação sobre os temas centrais que serão trabalhados na intervenção. Ao final dessa etapa ocorre mais uma visita ao município para divulgar as atividades que serão desenvolvidas no ano seguinte.

A primeira cidade que foi escolhida pelo projeto JUS foi o município de Palmares Paulista, com população de 8.437 pessoas e IDH de 0,765, no ano de 2006. Para a atualização e capacitação dos estudantes, foram criados cinco grupos temáticos: gestantes, idosos, canavieiros, creche e projeto de assistência social, nos quais palestrantes abordaram temas sobre amamentação, promoção de estilo de vida saudável, crescimento e deficiência de micronutrientes, prevenção e controle de doenças infecciosas e parasitoses intestinais. Na última visita da etapa de preparação,

houve a divulgação das atividades de intervenção, com uma semana de antecedência, feita por meio de carro de som e entrega de cronograma das atividades para os representantes das instituições – escola municipal, creche, núcleo de assistência social.

As atividades do segundo ano, etapa de intervenção, são baseadas nos dados obtidos do ano anterior. Cada grupo de trabalho – gestante, idoso, canavieiro, creche e projeto de assistência social – realiza as atividades de intervenção por meio de oficinas, palestras, campanhas de saúde. É feita também pesquisa com coleta de dados sobre algumas variáveis de saúde.

Em 2007, segundo ano do projeto, o grupo direcionado às gestantes e nutrizes contou com debates multidisciplinares sobre alimentação, que abordou temas sobre a importância da amamentação, a introdução de alimentos desconhecidos pela criança, higiene do bebê e dos utensílios, pré-natal e exercícios posturais para gestantes.

O grupo para os idosos promoveu debates sobre hipertensão, diabetes, anemia, osteoporose e prevenção de quedas, e oficina de culinária com aproveitamento de alimentos. O grupo que trabalhou com os canavieiros realizou discussões multidisciplinares que abordavam temas como alimentação saudável, primeiros socorros, problemas posturais na profissão e doenças sexualmente transmissíveis.

O grupo creche desenvolveu com as crianças oficina de colagem, teatro, contação de histórias, dinâmica com pirâmide alimentar e jogos educativos enfocando a temática, “hábitos alimentares saudáveis”. Para os funcionários e os pais foram realizadas rodas de discussão com apresentação de guias alimentares, jogos e distribuição de material impresso sobre o tema.

O grupo do projeto de assistência social fez palestras para a população em geral sobre consumo de frutas e verduras, cuidados com alimentos para evitar parasitoses, planejamento familiar, drogas e alcoolismo, e uso correto de medicamentos.

Além das atividades dos grupos, houve uma campanha de diabetes e hipertensão em que foram realizados exames de glicemia e pressão arterial.

No ano da pós-intervenção acontece uma nova visita à cidade para a avaliação dos resultados que se constitui de: avaliação das atividades pelos grupos;

digitação dos dados coletados; análise estatística dos dados; revelação e seleção de fotos para exposição; confecção dos relatórios.

Na visita à cidade, em 2008, o relatório foi entregue à Prefeitura local, com planos para melhoria do sistema de saúde e algumas atividades propostas nesse plano foram realizadas pelos estudantes. As atividades do projeto em Palmares Paulista foram finalizadas com uma exposição das fotos tiradas na etapa de intervenção.

Os princípios e campos de atuação da Promoção da Saúde identificados o projeto Jornada Universitária de Saúde na preparação foi o princípio da equidade, na de intervenção os princípios da sustentabilidade e das ações multiestratégicas e o campo de atuação desenvolvimento das habilidades pessoais, e na pós-intervenção o princípio da sustentabilidade.

5.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E OS PROJETOS DE EXTENSÃO

Para a identificação e análise dos campos de atuação e dos princípios da Promoção da Saúde, examinaram-se os projetos de extensão, considerando cada uma de suas etapas – preparação, intervenção e pós-intervenção.

Quadro 3 - Campos e princípios identificados nos projetos de extensão.

	Preparação	Intervenção	Pós-intervenção
Projeto Assunção	Sustentabilidade (P) Ação Multiestratégica (P)	Participação Social (P). Reforço da Ação Comunitária (CA) Ação Multiestratégica (P)	Sustentabilidade (P)
Projeto Bandeira Científica	Sustentabilidade (P) Equidade (P)	Sustentabilidade (P) Ação multiestratégica (P)	Sustentabilidade (P)
Projeto Jornada Universitária em Saúde	Equidade (P)	Ação multiestratégica (P)	Sustentabilidade (P)

Nota: (CA): Campo de atuação; (P): Princípio

5.3.1 Etapa de Preparação

Na etapa de preparação dos projetos foi possível identificar os princípios da sustentabilidade, equidade e ações multi-estratégicas.

Sustentabilidade

A sustentabilidade foi encontrada na etapa de preparação dos projetos Assunção e Bandeira Científica.

No primeiro projeto esse princípio estava presente nas reuniões que eram de dois tipos: temática e operacional. A reunião temática consistia na discussão de temas como: construção conjunta dos saberes, vulnerabilidade, hermenêutica,

educação popular, trabalho com comunidade, e, para tanto, as estratégias utilizadas eram discussão de textos ou palestras. A reunião operacional enfatizava as estratégias de trabalho e a avaliação de todo o processo, inclusive o de preparação. Normalmente, as reuniões aconteciam semanalmente aos sábados de manhã e o período da tarde era reservado para as visitas à comunidade. No relato dessas reuniões é possível notar aspectos importantes que contribuíram para a sustentabilidade: o processo contínuo de avaliação da atividade e a preocupação com a formação dos estudantes durante a preparação.

(PA): “(...) as reuniões eram sempre muito nessa lógica avaliadora. Avaliação, avaliação. Mais até que discutir decisões cotidianas, que eles vinham tomando eles faziam eles próprios. Claro que com as diretrizes gerais que eu dava.”

(PA): “Nas reuniões temáticas para os estudantes, no sentido de trabalhar com os estudantes a idéia de extensão tanto na perspectiva do lugar da extensão na formação deles quanto aos conceitos práticos de extensão, muito particularmente essa noção de saber acadêmico é um dos saberes. Que os saberes fora da academia são muito importantes e que quanto mais a gente consegue conversar com esses saberes melhor”.

*(DA): “No dia 6 de setembro foi realizada uma reunião metodológica com o prof. (...) e discutimos as seguintes pautas: **avaliação da atividade** com as crianças, **estratégias para a nova atividade com os cuidadores informais** (...)”.*

No projeto Bandeira Científica a sustentabilidade pode ser encontrada em um dos critérios para a escolha da cidade: a presença de uma universidade que se comprometa a desenvolver ações no município para o estabelecimento de uma parceria.

(PB): “(...) o outro critério de escolha é a questão universitária. Eu preciso ter uma universidade no estado que faça parceria com a Bandeira. Recebemos os estudantes

deles para trabalhar juntos. Essa interação com os estudantes é muito boa e, além disso, um dos objetivos do projeto é plantar e ser reprodutivo.”

Nesse caso a parceria com outra universidade é indicada como uma garantia de reproduzir “a semente” que foi plantada depois que o projeto Bandeira não estiver mais no município.

De acordo com WESTPHAL e ZIGLIO (1999), a sustentabilidade apresenta duplo significado, o primeiro é a criação de iniciativas que estejam de acordo com o princípio do desenvolvimento sustentável e o outro é a garantia de um processo duradouro e forte que possa contribuir ao longo do tempo sempre se adequando com as características de cada momento.

No caso das reuniões temáticas do projeto Assunção e na parceria entre o projeto Bandeira Científica com outra universidade, acredita-se que a sustentabilidade se apresente como uma garantia para a duração das atividades, pois representem algumas das ações que tem por objetivo manter de alguma forma atividades propostas pelos projetos seja pela avaliação constante ou pela reprodução das atividades por outro grupo.

Equidade

O princípio da equidade foi encontrado na preparação do projeto Bandeira Científica e Jornada Universitária de Saúde, na mesma atividade de escolha da cidade. Esses dois projetos apresentam critérios semelhantes para escolha da cidade, um deles é o baixo IDH, como pode ser observado nos depoimentos:

(PB): “A gente tem vários critérios. Primeiro: população. A gente não escolhe municípios com mais de 50 mil habitantes. Leva em conta o IDH para avaliar grau de necessidade e pobreza. A média 0,62.”

(EB₁): “Então, a preparação a gente primeiro procurava uma cidade, um grupo de estudantes, e aí quando formasse esse vínculo com a cidade que tinha esse critério

para ser escolhida que é baixo IDH, e vários outros indicadores e critérios como saneamento básico mínimo.”

(EJ₁): “A JUS é normalmente desenvolvida em uma cidade do interior de São Paulo que é selecionada por meio do IDH. Então, assim, quanto menor o IDH é pra aí que o pessoal tem saído.”

É importante esclarecer que o índice de desenvolvimento humano – IDH é um parâmetro do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, desde 1993, que utiliza certos critérios de avaliação como renda, longevidade e educação para medir o desenvolvimento humano. O IDH varia de 0 a 1, sendo considerados de baixo desenvolvimento os países que atingem menos de 0,499 pontos, de médio desenvolvimento os que possuem notas de 0,500 até 0,799, e de alto desenvolvimento os países que atingem pontuação superior a 0,800. No Brasil, o IDH em 2007 foi de 0,816, variando de 0,749 a 0,847 (IBGE, 2009).

A equidade é um princípio da Promoção da Saúde que está relacionado à justiça social e tem como objetivo central garantir o acesso universal à saúde por meio da eliminação das diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas que restringem as oportunidades para se atingir o direito ao bem estar (BRASIL, 2001). Para alcançar a equidade é preciso reorientar os serviços de saúde, visando a ampliar o acesso e a criar ambientes favoráveis à saúde que priorizem “grupos desprivilegiados e vulneráveis” (BRASIL, 2001), e revertam as desigualdades sociais instaladas. Entretanto, não se trata de buscar suprimir por completo os diferenciais de saúde existentes na população, mas, sim, identificar as diferenças injustas e evitáveis.

Os dois projetos na sua seleção identificaram essas diferenças por meio do IDH e deram prioridade a cidades com “grupos desprivilegiados e vulneráveis” para desenvolver projetos de extensão que fazem intervenções na área da saúde.

Ações multiestratégicas

Segundo SÍCOLI e NASCIMENTO (2003), as ações multiestratégicas pressupõem o envolvimento de diferentes disciplinas com a combinação de métodos

e abordagens variadas em que podem ser incluídos: o desenvolvimento de políticas, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário, questões legislativas, educacionais e do âmbito da comunicação.

Se entendermos as ações multiestratégicas como “*o envolvimento de diferentes disciplinas com a combinação de métodos e abordagens variadas*”, é possível afirmar que estas estão presentes na preparação de todos os projetos. Entretanto, a maioria das atividades, na etapa de preparação dos projetos, estava voltada para os aspectos de capacitação dos estudantes da universidade e operacionalização do projeto, e não eram voltadas diretamente para a comunidade por meio do “*desenvolvimento de políticas, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário, questões legislativas, educacionais e do âmbito da comunicação*”. O único projeto que contou com várias atividades na preparação, com algumas delas diretamente relacionadas à comunidade, foi o Projeto Assunção.

O projeto Assunção contou com múltiplas atividades na preparação: seminários, elaboração das frentes de trabalho ou grupo de trabalho, reuniões de vivência na comunidade e dinâmica com os moradores da comunidade. As duas últimas atividades –vivência na comunidade e dinâmica com os moradores da comunidade – envolveram a comunidade da Favela Nossa Senhora da Assunção, com métodos e abordagens que priorizavam o desenvolvimento comunitário e a comunicação.

A metodologia da vivência foi proposta em uma reunião com os moradores da comunidade que aceitaram receber e guiar os estudantes. Durante seis meses, os estudantes se dividiram em cinco grupos e foram para a comunidade.

Como a maioria das propostas não foi aceita, uma outra atividade foi realizada e consistiu em uma dinâmica envolvendo moradores e estudantes, na qual se problematizaram as dificuldades mais marcantes enfrentadas cotidianamente na comunidade.

Os trechos abaixo mostram como a abordagem para o desenvolvimento da ação, ou atividade de vivência, envolveu os moradores da comunidade no âmbito da comunicação, desde a reunião para propor a metodologia ao próprio processo de vivência.

(DA): “Após um primeiro contato com a comunidade 1010, em reunião entre os **participantes do projeto e os integrantes da associação de moradores, os acadêmicos consensuaram acerca** de uma proposta de metodologia de vivência, **que foi referendada pela Associação de Moradores”**”.

(DA): “Durante os meses de abril e maio, foram realizadas vivência dos novos integrantes do projeto, que se iniciaram com o envolvimento protagonista de duas moradoras da comunidade: Xuxa e Rose. **Na época da reunião com as duas moradoras sobre a estruturação da metodologia da vivência**, a Rose definiu a essência do Projeto Assunção da seguinte forma: *“Vocês não dão o peixe nem ensinam a pescar. Sentam na beira do rio e começam a pescar junto com a gente”*”.

(DA): “(...) foram então divididos em cinco grupos de vivência, de acordo com a disponibilidade de horário de cada estudante e cada grupo foi “apadrinhado” por uma moradora da comunidade 1010, vinculada à Associação de Moradores da mesma, que acompanhava as visitas semanais à comunidade, **aproximando-os da realidade vivida pelos moradores** da comunidade 1010. Nesse processo, que durou de abril a maio, **foram feitos contatos com moradores e associações, instituições, ONGs e outros agentes sociais, que tinham alguma ligação com a comunidade**. Cada acadêmico foi orientado a fazer um diário de campo durante toda a permanência no projeto, e semanalmente eram trocadas as experiências vividas pelos grupos e o projeto era avaliado”.

O relatório do Projeto Assunção traz uma parte em que os estudantes relatam suas atividades no projeto. A seguir um relato sobre a atividade de vivência:

(DA): “O período de vivência continuou praticamente ao longo de todo o primeiro semestre, sempre em visitas semanais a comunidade. Durante este tempo alguns **moradores da comunidade nos auxiliavam nas visitas**, principalmente a Rose e o seu marido Cláudio. Com eles nós começamos a entender um pouco mais sobre a vida na comunidade, sobre seu funcionamento e seus problemas. Começamos a

explorar novos ambientes, a visitar alguns moradores, a realmente vivenciar um pouquinho do que é a vida na favela Assunção”.

(EA1): *“Dividimos o grupo em 5 grupos de cinco e cada um tinha a sua madrinha e cada uma levava a gente a visitar os lugares que elas julgavam importantes. Visitávamos as ONGs, por sinal, ali perto tem uma grande quantidade de ONGs. A gente achava que no entorno não tivesse nada. A gente foi visitar igreja, fazer vista domiciliar. A gente tirou a história das nossas madrinhas. A gente fez essa vivência de março a junho ou julho. Em julho a gente sentou para fazer uma proposta de intervenção e, exatamente em agosto, a gente começou. Fizemos uma reunião lá com eles”.*

Com relação à dinâmica, essa foi outra estratégia utilizada para que os estudantes se aproximassem mais e entendessem melhor os problemas da comunidade, já que as propostas feitas pelos mesmo após a vivência não agradou os moradores.

(DA): *“(…) foi realizada uma dinâmica na comunidade com a presença dos moradores envolvidos na vivência (atores) e acadêmicos do projeto (espectadores), onde se problematizou sobre as dificuldades mais marcantes enfrentadas cotidianamente na comunidade. Os principais pontos levantados foram: lixo; córrego; falta de emprego ou subempregos; acesso à saúde; drogas; discriminação social ou racismo; apatia das pessoas da comunidade frente aos problemas sociais e a falta de uma unidade na comunidade, que é segmentada em guetos que possuem certa rivalidade entre si”.*

Nesse processo é possível identificar as ações multiestratégicas (vivência na comunidade, dinâmica com moradores) que visavam à comunicação na tentativa de aproximar estudantes e moradores para que esses propusessem, juntos o desenvolvimento de ações passíveis de serem realizadas na comunidade.

Na etapa de preparação, de modo geral, estiveram presentes três princípios da Promoção da Saúde: sustentabilidade nos Projetos Bandeira Científica e Projeto Assunção; equidade nos Projetos Bandeira Científica e Jornada Universitária de Saúde e ações multi-estratégicas no Projeto Assunção.

5.3.2 Etapa de Intervenção

Na etapa de intervenção dos projetos foi possível identificar os princípios da Participação Social, Sustentabilidade e Ações Multi-estratégicas e o campo de atuação Reforço da Ação Comunitária.

Participação Social e Reforço da Ação Comunitária

A participação social é considerada por AMMANN (1978) como “o processo mediante o qual as diversas camadas sociais tomam parte na produção, gestão e usufruto de bens e serviços de uma sociedade historicamente determinada”. Na Promoção da Saúde, esse princípio é compreendido como o envolvimento dos atores diretamente interessados – membros da comunidade e organizações afins, formuladores de políticas públicas, profissionais da saúde e de outros setores e agências nacionais e internacionais – no processo de eleição de prioridades, tomada de decisões, implementação e avaliação de iniciativas (WHO, 1998).

O princípio da participação social está diretamente ligado ao campo de atuação fortalecimento da ação comunitária e ao princípio do empoderamento, pois a capacitação e o fortalecimento dos indivíduos e grupos sociais são fundamentais para que ocorra uma participação social efetiva (MATSUMOTO et al., 2006)

A prioridade do reforço da ação comunitária é o fortalecimento das organizações comunitárias, a redistribuição de recursos e informações, a capacitação dos setores marginalizados e a formação de grupos que pressionem o Estado para garantia dos direitos de todos (BRASIL, 2001).

Com relação aos projetos de extensão, o projeto Assunção apresentou o princípio da participação social e o campo de atuação “reforço da ação comunitária” nas atividades desenvolvidas pelo Grupo Identidade que trabalhou com jovens da comunidade, como demonstra os seguintes trechos do relatório:

(DA): “Em 15 de março, retomei os trabalhos do GT de Identidade conjuntamente com jovens da comunidade. **Realizamos uma reunião na qual debatemos com os jovens sobre a realização de filmagens sobre a comunidade** com posterior exibição para os moradores como forma de olhar para a comunidade e propiciar discussões, além de promover o fortalecimento de uma identidade coletiva, de comunidade.”

(DA): “O trabalho começou pela constatação de que o primeiro semestre de projeto proporcionou vivência próxima apenas com pessoas mais velhas e que não havia real vínculo entre os integrantes do Projeto Assunção e os jovens. Na busca por este contato e aproximação, os estudantes começaram a frequentar **os jogos de vôlei que ocorriam aos domingos na comunidade**. Apesar do estranhamento e resistência inicial dos jovens, **o encontro acabou por ser muito frutífero, formando-se um grupo coeso, cujas discussões e problematizações deram origem a um roteiro e a ao início das filmagens**. Decidiu-se olhar a comunidade 1010 através das histórias de Nilo e Nélio, irmãos gêmeos com perfis muito diferentes: Nilo trabalha como cabeleireiro, é homossexual de trejeitos acentuadamente femininos e Nélio trabalha como DJ em festas e assume uma postura muito masculina. Além dessas discrepâncias mais óbvias e explícitas, os irmãos diferem também na vivência e sociabilidade na comunidade, lidando com grupos juvenis de identidades diferentes. Infelizmente, houve grande dificuldade de edição das imagens, por questões técnicas e o curta-metragem não foi finalizado”.

(DA): “(...) **o processo levou alguns dos jovens a frequentarem a reunião do CONSEG (Conselho Comunitário de Segurança de São Paulo) da região do Butantã**. Este conselho é fruto de uma política pública que visa à aproximação entre a comunidade, representantes dos poderes públicos e a Polícia Militar. A reunião é aberta à participação de todos, estando necessariamente presentes um representante

da Polícia Militar e o subprefeito da região em questão. No CONSEG, **os jovens reivindicaram a construção de uma quadra e a revitalização de uma praça próxima à Favela 1010, uma vez que a ausência de espaços adequados de lazer emergiu nas discussões do grupo como um relevante ponto de vulnerabilidade social.** Foi feito um projeto para a revitalização, o qual foi aprovado pela subprefeitura, uma vez que havia verbas públicas reservadas a fins como este. A quadra foi construída e a praça revitalizada, uma conquista concreta e importante do grupo e do Projeto”.

(DA): “Com a conquista da **revitalização da praça da comunidade e construção da quadra poliesportiva mediante o esforço dos jovens, que lutaram perante o CONSEG (Conselho de Segurança) local,** a doação de uniformes esportivos seria mais um fator de incentivo e fortalecimento dos jovens. Com esse auxílio, através de materiais esportivos, os jovens lançaram a idéia de se realizar aulas de diversos esportes na comunidade, as quais seriam dadas por jovens da comunidade voluntários.”

(EA1): “(...) o pessoal do grupo de identidade foi atrás de fazer um curta dos jovens. **Os jovens conseguiram reforma de uma quadra”.**

(PA): *“Teve o grupo de jovens que fez uma coisa mais visível porque eles conseguiram se organizar em torno da falta de espaços de lazer. Eles conseguiram se organizar e pressionar a prefeitura e conseguiram uma quadra de esportes”.*

Os estudantes participantes do projeto se aproximaram dos jovens da comunidade por meio dos jogos de vôlei aos domingos à tarde. A partir dessa aproximação, formou-se Grupo Identidade que iniciou suas atividades com rodas de discussão em que se problematizou sobre a realidade dos jovens na Favela da Assunção e o grupo se propôs a construir um roteiro para fazer um curta-metragem.

A participação dos jovens no Grupo Identidade propiciou que eles se encontrassem, refletissem sobre a sua realidade na comunidade. Ao longo do processo – rodas de discussão, construção de roteiro de curta-metragem – eles identificam algumas prioridades, uma delas foi a reforma da quadra de esporte, então

se organizaram e estabeleceram estratégias para atingir o objetivo. Posteriormente alguns jovens começaram a participar das reuniões do Conselho de Segurança do bairro e a reivindicar a reforma da quadra.

O reforço da ação comunitária aparece como o objetivo principal dos grupos de trabalho, como é possível identificar no relato de um estudante extraído do relatório:

(DA): “No dia 18 de maio, todos os integrantes do Projeto reuniram-se para organizar e sistematizar os objetivos e compromissos para aquele ano. Foram elencadas as prioridades de cada grupo de trabalho bem como as atividades a serem feitas. Além disso, **organizamos os objetivos gerais do Projeto a curto, médio e longo prazo, estando todos eles vinculados ao progressivo fortalecimento da associação de moradores** que naquele momento se encontrava vulnerável devido a conflitos entre moradoras-representantes. Além disso, foi apontada a necessidade de estruturar melhor as vivências realizadas pelos membros mais novos – esta, agora, deveria ficar sob nossa responsabilidade”.

Sustentabilidade

No projeto Bandeira Científica na fase de intervenção, foi identificado o princípio da Sustentabilidade descrito por WESTPHAL e ZIGLIO (1999) como a tentativa de garantir um processo duradouro e forte que possa contribuir ao longo do tempo. O princípio foi identificado nas atividades educativas.

As atividades educativas realizadas pelo projeto Bandeira Científica eram basicamente palestras focadas na elaboração de estratégias educativas que visavam à formação e capacitação de multiplicadores. Os temas, para a capacitação desses profissionais e formação de multiplicadores, foram definidos com base na opinião de profissionais de cada área e também na opinião da população em geral. O material educativo utilizado nas palestras foi disponibilizado em forma digital e impressa. Os digitais ficaram à disposição do município em computadores com acesso à internet, doados pelo projeto, o que possibilitou o contato permanente entre a equipe de multiplicadores e a Bandeira Científica, garantindo assim, a manutenção das

atividades propostas pelo projeto. Essas informações podem ser encontradas nos trechos a seguir:

(PB): *“Do ponto de vista educacional a gente tem basicamente palestras para a população em geral, para multiplicadores sejam agentes de saúde, professores da rede municipal e estadual de ensino e oficinas de capacitação com profissionais de saúde, médicos fisioterapeutas, nutricionistas, equipes de saúde da família. O objetivo dessa atividade é perpetuar um pouco daquilo que a gente está levando.*

(PB): *“(...) formar um multiplicador que vai passar essa informação adiante. Ela tem uma abrangência muito maior do que o número de palestras que a gente dá e ela é menos efêmera (...).”*

(DB): **“A capacitação de profissionais e formação de multiplicadores é fundamental para o alcance em médio e longo prazo das estratégias implantadas,** portanto, em todas as áreas serão desenvolvidas atividades com este público alvo com pré-testes e pró-testes para avaliação com temas específicos para os diversos públicos envolvidos, temas estes definidos com base não apenas na opinião de profissionais de cada área.”

(DB): *“(...) todo o material das palestras será deixado na comunidade em forma digital, além de computadores que serão doados para a formação de um Telecentro no município (...) possibilitarão a manutenção de contato perene com a equipe da **Bandeira Científica** que poderá fornecer material com informações gerais e de atualização como artigos e textos recentes que satisfaçam a demanda local”.*

Ações multiestratégicas

O princípio de ações multiestratégicas está presente nos três projetos, com o envolvimento de diferentes disciplinas, combinando métodos e abordagens variadas em que podem ser incluídos: o desenvolvimento de políticas, mudanças

organizacionais, desenvolvimento comunitário, questões legislativas, educacionais e do âmbito da comunicação (SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003).

No projeto Assunção é possível identificar as ações multiestratégicas nas atividades denominadas frentes ou grupos de trabalho, como demonstram os seguintes depoimentos de um estudante e do professor:

(PA): *“Tiramos o objetivo que era: que aqueles grupos que tivessem dentro da comunidade pudessem ter espaços de reflexão sobre a sua realidade de saúde e seus pontos de vulnerabilidade e que ações eles achariam interessante fazer com a nossa ajuda pra reduzir as vulnerabilidades. Foi a partir daí que foram definidos os grupos: mulheres, jovens, geração de renda.”*

(EA2): *“Na intervenção, depois do estágio de vivência, a gente fez uma reunião com a comunidade, depois entre nós. Aí, a gente diagnosticou quais os pontos de vulnerabilidade. Aí, a gente elaborou grupos de trabalho. Um era o grupo de acesso à Saúde que acabou virando grupo de Saúde das Mulheres (...) o grupo de trabalho e geração de renda, o grupo de jovens e o grupo de política que não deu certo.”*

Cada grupo representou uma ação multiestratégica dentro do projeto, pois cada demanda daquela comunidade deveria ser trabalhada com abordagens e estratégias diferentes. E dentro dos grupos foram desenvolvidas ações multiestratégicas. Um exemplo é o Grupo Identidade, que realizou com jovens inúmeras atividades como: a elaboração de elaborado um jornal, roteiro para curta-metragem, campeonato de vôlei, oficina de DST-AIDS.

(EA2): *“Aí, a gente fez isso e começou a elaborar um jornal com os jovens”.*

(EA1): *“Fizeram um campeonato e durante o campeonato houve uma oficina para discutir DST-AIDS. Deu muito certo.”*

No grupo de Geração de Renda foram realizadas palestras sobre cooperativismo e economia solidária, rodas de discussão e oficinas de produção de sabão.

(DA): “Os encontros eram feitos nas casas dos moradores, semanalmente ou, eventualmente, a cada duas semanas, com a data e o local da próxima reunião definidas na reunião precedente. Na primeira reunião, tivemos a presença de Lúcia e Hugo (formadores da Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares – ITCP USP), que **fizeram explicações acerca do cooperativismo e economia solidária**, mesclados com perguntas problematizadoras feitas aos presentes”.

(DA): “Nos encontros subsequentes, já sem a presença dos integrantes da ITCP-USP, **demos seguimento à idealização da cooperativa a ser formada na comunidade**, desenhando alguns princípios, como olhares para a comunidade; autogestão; portas abertas; compromisso; educação continuada; coletividade e compromisso, em reuniões de consenso”.

(DA): “(...) foi realizada uma **oficina de produção de sabão ecológico**, com uma integrante do EA (Empreendimento Alternativo) localizado no Jardim Ângela-SP, um dos grupos incubado pela ITCP-USP e também uma socialização acerca da experiência acumulada pelo grupo em relação à produção e comercialização do sabão ecológico e ao envolvimento do grupo no movimento de Economia Solidária.”

Na etapa de intervenção o projeto Bandeira Científica contou com várias ações que tiveram o envolvimento de diferentes disciplinas, combinando métodos e abordagens variadas. No projeto essas ações foram divididas em atividades assistenciais, educativas e formativas, técnico-estruturais e científicas.

As atividades assistenciais eram, basicamente, os atendimentos em saúde e a inclusão dos pacientes na referência e contra-referência do SUS. Tais atividades contavam, para o seu planejamento e organização, com diagnóstico prévio das condições e infraestrutura de saúde da população.

(DB): “Será desenvolvido em parceria com as unidades e profissionais de saúde locais, no período de atendimento à comunidade. **Acadêmicos e profissionais, além dos agentes de saúde e equipes de saúde da família atuarão no atendimento à população.**”

(PB): “As atividades assistenciais, basicamente, são relacionadas a atendimentos médicos, fisioterapêuticos, odontológicos, nutricionais, cada um na sua área de conhecimento. Os objetivos desses atendimentos são basicamente dois. Um é resolver os problemas da população e o treinamento do aluno dentro de realidade diferente. Ele tem que aprender a lidar com situações”.

(EB3): “Na intervenção (...) a gente atende uma população da demanda da fisioterapia”.

(DB): “Em parceria com o município envolvido, a Universidade Federal da Bahia (UFBA), e o Governo do Estado, os pacientes serão encaminhados para seguimento em nível secundário nos centros de atenção à saúde da rede estadual ou em nível terciário, quando necessário, no Hospital Universitário da UFBA”.

No projeto Bandeira Científica, as palestras eram as principais atividades educativas e formativas para a população da cidade.

(DB): “Palestras de interesse à população geral também serão proferidas pelos estudantes, sendo que a divulgação das mesmas por rádios e jornais locais será essencial para que o objetivo de multiplicação do conhecimento seja atingido”.

(EB3): “Até de educação desses agentes a gente fazia. Nas escolas, os professores que não sabiam lidar com crianças excepcionais. Então a gente e tentava fazer... bem geral.”

(EB2): *“Intervenção a gente fazia basicamente atendimento e orientações para a população, palestras para agentes comunitários de saúde e algum outro tipo de público. A ideia não é formar, falar que a gente sabe mais do que ninguém. É ajudar, conversar. Nós trabalhamos com eles de outra forma, pensando estratégias para melhorar o município”.*

As atividades técnico-estruturais contam com quatro projetos: avaliação da infraestrutura de saúde do município, avaliação da infraestrutura de saneamento básico, de identificação dos atores e redes sociais e projeto de comunicação social. A seguir está descrito projeto de comunicação social:

(DB): *“Através da documentação por imagens e entrevistas serão preparados documentários e boletins com as funções principais de (1) divulgação do projeto, e (2) permitir um acompanhamento direto das atividades pelos membros da comunidade universitária envolvida. Além disso, serão criadas vinhetas sobre promoção de saúde para serem divulgadas nas rádios locais durante e após o período de execução da Bandeira Científica”.*

As atividades científicas contam com projetos que avaliam as condições de saúde da população e a prevalência de doenças crônicas.

(DB): *“Esta atividade (Projeto de Avaliação da Prevalência de Diabetes e Doenças da Tireóide) será associada e interligada às atividades assistenciais e educativas do projeto, de forma **a subsidiar com dados concretos o município a respeito de sua realidade em relação a estas doenças.**”*

No projeto JUS as ações multiestratégicas foram identificadas nas atividades desenvolvidas pelos grupos voltados para idosos, gestantes e nutrízes, canavieiros, crianças em idade pré-escolar. Também foram desenvolvidas ações para instituições específicas, como escolas, além de outras ações de promoção social e de campanhas para o combate ao diabetes e hipertensão. Houve também a parte científica na qual foram coletados dados socioeconômicos e sobre estado nutricional da população. Essas ações multiestratégicas identificadas assemelham-se a outras atividades do projeto Bandeira Científica.

O foco dessas atividades em grupo é formar multiplicadores, desenvolver programas e atividades como está descrito no depoimento de uma das professoras:

(PJ1): *“Então é formar multiplicadores, programas e atividades que possam ser feitos junto às escolas, centro de saúde, unidade básica.”*

Cada grupo desenvolveu atividades específicas e comuns a todos os demais. As atividades do grupo para idosos foram:

(DJ): “O grupo direcionado para idosos promoveu **debates**, abordando temas sobre hipertensão, diabetes e prevenção de quedas, e **oficina culinária** sobre aproveitamento integral dos alimentos”.

O grupo voltado para creche e para gestantes desenvolveu as seguintes atividades respectivamente:

(DJ): “(...) o grupo da creche desenvolveu atividades que visavam conhecer os hábitos alimentares das crianças, ressaltando a importância e as vantagens de uma alimentação saudável e estimulando a aceitação de novos alimentos. (...) Foram realizadas **oficinas de colagem, teatro, rodas de discussão, contação de histórias, dinâmica com pirâmide alimentar, oficina de alimentos e jogos educativos**”.

(DJ): “Com o grupo de gestantes e nutrizes foram realizados **debates multidisciplinares** sobre alimentação saudável, focando a importância da amamentação; introdução de alimentos desconhecidos pela criança; higiene do bebê e dos utensílios; a importância do pré-natal e exercícios posturais para as gestantes.

As atividades do grupo que trabalhou nas escolas foram: palestras de educação sexual e uso da voz para os professores, ginástica laboral para os estudantes.

(EJ): *“Então a gente montou um grupo para trabalhar em escola, (...) A escola de lá tem uma necessidade muito grande de tabus de sexualidade. (...) no final a gente acabou criando um grupo só para trabalhar a parte com os professores”*.

(EJ): *“Na escola, com a atividade de educação sexual, a gente fez vários grupos de professores, fizemos uma trabalho com a fisioterapia de ginástica laboral com os estudantes. (...) Então, a gente fez um trabalho de palestra com os professores e os estudantes faziam outras atividades. Para os professores o pessoal da fono falou de voz e passou alguns exercícios.”*

No grupo de promoção social foram realizadas palestras sobre parasitoses, doenças sexualmente transmissíveis e planejamento familiar, e oficina de horta comunitária.

(EJ): *“A gente construiu uma horta no núcleo de projetos sociais”*.

O projeto Jornada Universitária de Saúde desenvolveu ações com diferentes disciplinas, como as palestras multiprofissionais, e centrou sua intervenção em uma abordagem voltada para área educacional.

5.3.3 Etapa de Pós-Intervenção

Na pós-intervenção o princípio encontrado nos três projetos foi a sustentabilidade como a garantia da manutenção de um processo (WESTPHAL e ZIGLIO, 1999).

No projeto Assunção foi possível identificar o princípio da sustentabilidade nos seguintes trechos que descrevem as reuniões, nas quais era feita avaliação do processo de intervenção:

(DA): “No dia 6 de setembro foi realizada uma reunião metodológica com o professor coordenador e discutimos as seguintes pautas: **avaliação da atividade com as crianças, estratégias para a nova atividade com os cuidadores informais** (fazer uma espécie de levantamento dos cuidadores da comunidade e entrar em contato com instituições que trabalhem com saúde na comunidade) e exposição da idéia de se escrever um livro sobre o projeto na comunidade.”

(DA): “**Semanalmente**, representantes das frentes de trabalho reuniam-se para socialização das ações realizadas e **avaliação do projeto como um todo**”.

(PA): “*A cada período, olhar e ver o que a gente se propôs a fazer, o que a gente conseguiu fazer e o que a gente faz. Avaliação durante todo o processo. As reuniões comigo eram sempre muito nessa lógica avaliadora. Avaliação, avaliação. Mais até que discutir decisões cotidianas, que esse eles vinham tomando, eles faziam, eles próprios. Claro que com as diretrizes gerais que eu dava*”.

(PA): “*Avaliávamos o tempo todo, era fundamental que nós tivéssemos uma prática de olhar para o que se está fazendo. Inclusive até, onde fosse possível definir até alguns indicadores. Se estava indo bem, ou não estava indo bem. A gente não chegou a ter indicadores tão bem estruturados*”.

(DA): “A participação protagônica da comunidade nas fases de planejamento, execução e **avaliação de nossas ações** (tema abordado na oficina dada no FSM) **é a meu ver uma peça fundamental do projeto**. Tal participação gerou um aumento na auto-estima dessas pessoas e também as chances de uma ação efetiva, pois os atores são os que convivem com os problemas que enfrentamos e têm noção das dificuldades e alternativas para sua superação”.

Segundo AGUILAR e ANDER-EGG (1994), a palavra *avaliação* consiste em atribuir valor a algo. Nesta acepção, o termo *avaliação* refere-se ao ato ou efeito de avaliar, ou seja, conferir valor, manifestar-se em relação a alguma coisa, sem compromisso, no entanto, com o fundamento desse juízo ou com um método

específico (FERREIRA, 1986). Para CARVALHO et al.. (2004), a avaliação é uma questão estratégica para: a produção de conhecimentos, confirmação e refutação de postulados teóricos, portanto, é um instrumento fundamental a ser utilizado por gestores, profissionais e pela sociedade em geral. Então, no caso do projeto Assunção a avaliação apesar de não ter um método específico foi um instrumento para a sustentabilidade das atividades ao longo do processo.

No projeto Bandeira Científica a preocupação com a sustentabilidade do projeto esteve presente na atividade denominada como Continuidade e Avaliação. Nessa atividade foram elaborados relatórios e também foi viabilizada a instalação o telecentro o que permitiu que cidade pudesse manter contato com o projeto. Como demonstram os trechos a seguir:

(DB): “A gente consegue **elaborar relatórios** com os dados obtidos. E eu consigo ao longo do ano **avaliar quais das propostas foram colocadas em práticas ou não**. Durante um ano após a gente volta para a cidade. Volta três vezes ao município atendido no ano anterior. Uma vez para discutir os dados do relatório, outra vez para **acompanhar alguma dificuldade na implantação de algum projeto.**”

(EB2): “*Na pós-intervenção eu fiz o relatório que é encaminhado para cidade*”

(EB3): “*(...) a idéia do Bandeira não é só prestar atendimento para a população e largar ela ao final. É deixar alguma coisa para esta cidade. Propostas de intervenção e propostas de mudanças*”.

(EB3): “*A gente tentou fazer a parte de educação continuada com os agentes comunitários e com os médicos. Porque os médicos da cidade sentiam falta de informação. Por isso a gente pensou numa educação continuada, estimulou a cidade a organizar um centro de telemedicina para eles tentarem se comunicarem á distância até como parte dessa capacitação, e mandou materiais da Universidade para eles*”.

(DB): “Devolução e discussão dos dados compilados em reuniões com gestores, referências, usuários e/ou em espaço público do Município”.

Observou-se que a sustentabilidade, nesse caso, revelou-se na preocupação de elaborar relatório que apresentasse propostas concretas para o município e na instalação de um telecentro que priorizou a educação continuada dos profissionais e a manutenção da relação entre o município e o projeto Bandeira.

Na Jornada Universitária de Saúde a sustentabilidade transpareceu no fato de um ano ser reservado só para a elaboração e desenvolvimento das atividades de pós-intervenção, como demonstra trecho do relatório e no depoimento:

(EJ): *“No terceiro ano é para avaliar o resultado das intervenções que fez no segundo ano.”*

(DJ): “Na visita à cidade, em 2008, o relatório foi entregue à Prefeitura local com planos para sistema de saúde que foram colocados em prática através de atividades proposta nesse plano. As atividades do projeto em Palmares Paulista foram finalizadas com uma exposição das fotos tiradas na etapa de intervenção”.

Assim como o projeto Bandeira, o projeto JUS também produziu um relatório com propostas para a cidade, entretanto, teve um período para colocar as propostas em prática, em uma nova visita à cidade.

Em todos os projetos a sustentabilidade apresentou-se, seja na forma de avaliação do processo, na elaboração de relatório, instalação de telecentro ou no desenvolvimento de propostas apresentadas em relatórios. Ao final, todas essas estratégias contribuíram de alguma forma para manutenção das atividades realizadas na intervenção, visando ao que WESTPHAL e ZIGLIO (1999) denominaram como garantia de um processo duradouro e forte.

5.4 EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA E FORMAÇÃO

De acordo com o Plano Nacional de Extensão Universitária (BRASIL, 2001) para a formação do profissional cidadão, é imprescindível sua efetiva interação com a sociedade para referenciar sua formação técnica com os problemas que um dia terá de enfrentar como profissional. Nesse sentido, a extensão universitária é entendida como prática acadêmica que interliga a universidade nas suas atividades de ensino e de pesquisa com as demandas da maioria da população, possibilita a formação do profissional cidadão e se credencia cada vez mais junto à sociedade como espaço privilegiado de produção do conhecimento significativo para a superação das desigualdades sociais existentes.

Buscou-se nas entrevistas com professores e estudantes captar suas percepções quanto à contribuição da Extensão Universitária na formação profissional dos estudantes participantes.

Aos professores o questionamento foi feito quanto à existência de contribuição da atividade de extensão (no caso os projetos Assunção, Bandeira Científica e Jornada Universitária de Saúde) na formação profissional do estudante; de que forma e por que ela ocorre e, quais as habilidades e competências o estudante teve possibilidade de desenvolver nas atividades de intervenção do projeto de extensão.

Para os estudantes foi perguntado sobre a experiência de participar de um projeto de extensão e se houve e qual foi a repercussão disso para a sua formação profissional.

Professores

Nos dados dos projetos fornecidos pelas Comissões de Cultura e Extensão foram identificados 6 (seis) professores responsáveis pelos projetos de extensão selecionados. Entrou-se em contato com todos e 4 (quatro) mostraram

disponibilidade para serem entrevistados. Desses quatro (quatro), 2 (dois) são da Faculdade de Medicina e 2 (dois) da Faculdade de Saúde Pública.

A maioria dos professores é docente da USP há pelo menos 15 anos com exceção do professor responsável pelo projeto Bandeira, que se apresentou como médico assistente do setor de autópsias e professor colaborador dos cursos de graduação na Faculdade de Medicina.

Com relação à dedicação dos professores entrevistados das três atividades universitárias – pesquisa, ensino e extensão –, a maioria apontou a extensão como a atividade com menor dedicação.

Contribuição da extensão para a formação profissional

Dois professores apontaram possíveis contribuições do projeto de extensão para a formação profissional, entre elas destacou-se o contato dos estudantes com realidades diferentes daquelas vivenciadas por eles cotidianamente.

(PA): *“Eu acho que o principal benefício da extensão na formação do aluno é justamente ele poder ter **um contato mais estreito com a realidade (...)** faz com que ele tenha **contato com pessoas, linguagem, com questões sociais que estimulam de modo diferente do que ele tem dentro do ambiente acadêmico.** Especialmente na áreas de saúde de que esse encontro com o outro, a alteridade com quem é diferente de mim é fundamental para o êxito do trabalho, a extensão é fundamental.*

(PA): *“(...) fazer com que eles conheçam realidades que eles não têm contato nenhum”.*

(PJ2): *“Então é muito rico, primeiro porque tira o aluno daqui. Aqui eles estão com uma certa segurança, o celular dele pega em qualquer lugar. Lá não é a mesma coisa. Tem a segurança porque mora com pai e com a mãe. Lá não tem pai e mãe. Segurança porque a comida tem alguém que pensa, não é ele é a família. Lá não. Então, primeiro eu acho que isso é muito bom. Da faculdade mesmo os estudantes saem muito pouco. Então esse aspecto eu acho muito bom. O segundo aspecto,*

muitos desses estudantes acreditam que o padrão deles é o padrão de toda a população. É muito bom eles verem que não é bem assim. E quando se fala de pobre, fica-se imaginando que pobre é uma pessoa que mora na periferia. Nesse caso não, a coisa pode ser bem mais. Então eu acho que para eles pode ser muito bom”.

(PB): *“Mas eu acho que o mais importante é a condição, é a realidade que ele está enxergando. Ele vê aquele paciente em uma situação diferente, ele tem menos recurso, ele tem que tentar resolver ali da melhor forma possível, ele tem que compreender a linguagem do paciente. (...) Então acho que esse é o aspecto mais importante: esse conhecimento de uma realidade diferente, não só do lugar, mas da linguagem, da cultura do jeito de falar, da relação com as pessoas.”*

Nesse sentido, GUIMARÃES et al. (2008) afirma que as ações de extensão universitária devem 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. CHIESA et al. (2007) considera que é função da instituição de ensino superior estimular estudantes a buscar e construir de maneira autônoma seu processo de aprendizagem voltado para a realidade em que está inserido.

Outra contribuição apontada pelos professores é o contato interdisciplinar com estudantes e profissionais de outras áreas de conhecimento. GUIMARÃES et al. (2008) consideram a interdisciplinaridade como elemento fundamental para a extensão universitária, pois os estudantes são 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.

Para a autora HENNINGTON (2005), a interdisciplinaridade confere à extensão universitária especificidade e riqueza, além de se revelar como motivadora de reflexões e palco de embates, na medida em que é espaço de convivência e trabalho de uma massa crítica de professores e estudantes de diferentes áreas do conhecimento.

Segundo HENNINGTON (2005), a inclusão de estudantes e professores de diferentes áreas e cursos permite a reflexão e a busca de soluções, o que aumenta a chance de uma resposta adequada aos problemas. GUIMARÃES et al. (2008) concordam ao afirmar que a interdisciplinaridade propicia importantes cenários de aprendizagem nas chamadas equipes multiprofissionais que também incluem as pessoas da comunidade envolvida no projeto.

(PB): *“Porque tem um contato muito próximo com outras áreas do conhecimento. Então são esses dois aspectos: o conhecimento da realidade e a questão da multidisciplinaridade que são realmente muito importantes pro aluno.”*

(PJ1): *“Primeiro é a vivência, você estar lá no campo é sempre uma experiência. Experiência de vida, experiência com outros profissionais. Você aprende a respeitar os outros assim como você aprende que os outros têm que te respeitar também na sua atividade.”*

A última contribuição apontada pelos professores foi a saída do estudante do ambiente universitário e a aplicação do conteúdo teórico desenvolvido em sala de aula nas atividades do projeto de extensão.

(PJ1): *“Você também vai ver o que você aprendeu na faculdade, é aplicação de conteúdo teórico mesmo. Criar esse espírito de pesquisa em comunidade isso aí é uma vida. Leva pra vida inteira”.*

(PB): *“Eu acho que elas (contribuições) têm um aspecto técnico, o aluno aprender a fazer exame, aprender a atender paciente.”*

(PJ2): *“É o que acontece, quando chega a alguma disciplina depois eles trazem as experiências.”*

Habilidades e Competências

Segundo PERRENOUD (1999), não existe uma noção clara e partilhada das competências. Para o autor, uma competência permite mobilizar conhecimentos a fim de se enfrentar uma determinada situação. Destacamos aqui o termo mobilizar. A competência não é o uso estático de regrinhas aprendidas, mas uma capacidade de lançar mão dos mais variados recursos, de forma criativa e inovadora, no momento e do modo necessário.

Competência é a capacidade de utilizar diferentes recursos para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações, mobilizando recursos cognitivos, afetivos e psicomotores (HANGER, 1996 e HERNANDEZ, 2002 citados por CHIESA et al.2007, p. 239).

Nos depoimentos os professores apontaram habilidades e competência como: aprender a pensar, raciocínio lógico, raciocínio diagnóstico, aprimorar uso da linguagem, atendimento ao paciente e o estabelecimento de contato multiprofissional.

(PA): *“Uma delas (habilidades) é aprender a pensar, porque ele tem o estímulo prática que o convida, obriga ele a organizar esse conhecimento, o que ele precisa saber, o que está diante dele. E dependendo da extensão pensar criticamente, se posicionar como sujeito também e pensar e não executar uma tarefa mecanicamente. Uma outra habilidade que a extensão desenvolve de modo bastante rico, é o aprimoramento da capacidade do uso da linguagem, de poder compreender uma linguagem diferente da sua, poder se expressar de modo diferente do que está habituado a se expressar. E que é um tipo de capacitação, entre outras, e fundamental para o encontro com o outro. E as outras habilidades mais pontuais.”*

(PJ2) *“(...) ele passa a ter habilidade nesse contato com as pessoas, e como são pessoas de um nível muito diferente deles, ele passa a entender um pouco melhor como eles devem se reportar a essas pessoas, como eu devo falar, o que eu devo fazer para atraí-las, de que forma eu posso ganhar essas pessoas para que elas venham aqui. Então essa é uma questão de habilidade”*.

O PB identifica as habilidades específicas para o atendimento clínico de pacientes, o relacionamento multiprofissional e colocar em prática os conhecimentos técnicos.

(PB): *“Além de todas aquelas que a gente já tem curricularmente, tem condições de desenvolver habilidades **de atendimento ao paciente, exame físico, discussão de caso clínico, raciocínio lógico, raciocínio diagnóstico**. Isso tudo ele tem condição de desenvolver lá, além de todas essas habilidades que ele já tem na faculdade ele tem uma opção a mais para desenvolver. Eu acho que ele tem duas ou três habilidades a desenvolver dentro da formação médica que é primeiro um **relacionamento multiprofissional eficiente, segundo: você ter condição de fazer exercitar o seu conhecimento técnico em condições precárias de estruturação e funcionamento do sistema de saúde, que um aprendizado importante. Essas duas coisas são diferenciais, além de tudo, aquilo que já foi falado**”.*

Duas professoras coordenadoras do JUS acrescentam às habilidades e competências o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde.

(PJ1): *“Nessa área de saúde, **desenvolver atividades de promoção da saúde**”.*

Nesse sentido, CHIESA et al. (2007) afirmam que, para uma formação generalista – requerida pelo SUS –, é preciso que o estudante seja inserido precocemente no mundo do trabalho, tendo como eixo central a promoção da saúde. Os autores (CHIESA et al. 2007) defendem que os currículos devem ser orientados para o desenvolvimento das competências requeridas para o trabalho em saúde no SUS, além de prever oportunidades pedagógicas que assegurem aos estudantes a aplicação dos conhecimentos teóricos e o desenvolvimento de habilidades não apenas técnicas, mas também políticas e relacionais.

5.4.2 Estudantes

Indicados pelos professores, 12 (doze) estudantes foram contatados para as entrevistas. 6 (seis) demonstraram interesse em participar, entre eles 3 (três) participantes do Projeto Bandeira Científica, 2 (dois) do Projeto Assunção e 1 (um) do Projeto Jornada Universitária de Saúde.

Dos 6 (seis) estudantes entrevistados, 2 (duas) eram do curso de medicina, 2 (dois) de fisioterapia, uma (1) de psicologia e 1 (uma) de nutrição. 5 (cinco) não haviam concluído o curso de graduação até o momento da entrevista.

Com relação à participação em outras atividades de extensão, a maioria respondeu afirmativamente e identificou as seguintes: Ligas acadêmicas, Programa Aprender com Cultura e Extensão, Projeto Med-Ensina e Projeto Jovem Doutor (telemedicina).

As Ligas Acadêmicas são grupos de estudantes e professores que realizam atendimentos a pacientes com um problema específico e incluem atividades didáticas, como aulas ou práticas supervisionadas. Os atendimentos ocorrem geralmente depois da aula ou na hora do almoço. O ingresso em cada uma das ligas, normalmente, é feito por uma prova, realizada após a participação do estudante em um curso introdutório da mesma (FMUSP, 2010).

O projeto Med-Ensina é um curso pré-vestibular, gratuito, organizado por estudantes voluntários dos cursos de medicina, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional da Faculdade de Medicina da USP. O curso é anual e oferecido em regime extensivo, apresentando todo o conteúdo exigido pelos principais vestibulares. As aulas do cursinho são realizadas em anfiteatros cedidos pela Faculdade de Medicina (MEDENSINA, 2011).

O Projeto Jovem Doutor é uma atividade multiprofissional, que utiliza recursos de telemedicina, educação à distância e do Projeto Homem Virtual, com o propósito de incentivar os estudantes do ensino médio e superior a realizarem trabalhos cooperados que promovam a saúde e melhorem a qualidade de vida de comunidades necessitadas, por meio de uma ação sustentada (PROJETO JOVEM DOUTOR, 2009).

Todos os estudantes responderam já ter participado de outras atividades extracurriculares, dentre essas a mais apontada foi iniciação científica seguida de monitoria, ligas acadêmicas, grupo de estudos e estágio extracurricular.

O Programa de Iniciação Científica da USP, administrado pela Pró-Reitoria de Pesquisa, é destinado aos estudantes de graduação. Este programa tem por objetivo promover desenvolvimento da Pesquisa da Instituição, mediante o encaminhamento de estudantes de graduação para a descoberta científica e convivência com o procedimento e a metodologia adotada em ciência e em tecnologia. O programa é dirigido prioritariamente ao benefício dos estudantes, que têm no programa a oportunidade de complementar sua formação acadêmica, aprimorar seu conhecimento e preparar-se para a vida profissional (PRÓ-REITORIA DE PESQUISA/USP, 2011).

A monitoria é uma modalidade de ensino e aprendizagem que contribui para a formação integrada do aluno, principalmente no que se refere às atividades de ensino. Nessa modalidade, o estudante participa de atividades de ensino, acompanhando um docente durante o período de uma disciplina de graduação.

Experiência de participar de um projeto de extensão

As experiências de todos os estudantes em relação à participação no projeto de extensão universitária são referidas como positivas e importantes para a formação profissional.

(EA1) *“Hoje, na verdade não consigo pensar a minha formação em medicina sem ter passado pelo Assunção”.*

(EA2): *“Eu acho que o projeto Assunção foi a coisa mais importante que eu fiz durante a graduação”.*

(EB1): *“Essa experiência contribuiu para minha formação. Bastante. É uma visão mais focada nas pessoas e menos focada na patologia delas como a gente tem na faculdade. (...) a gente não tem essa oportunidade, dentro da sala de aula”.*

(EB3): *“Classifico essa experiência como excelente, com certeza **definiu o que eu quero fazer futuramente**”.*

Além da importância na formação, o projeto de extensão foi apontado como um momento único para desenvolver certas competências e habilidades durante o curso de graduação e uma espécie de instrumento para guiar o estudante para a escolha de áreas de trabalho dentro da sua área de formação.

(EJ): *“(...) mudou tudo na minha vida, eu acho. Eu me apaixonei pelo projeto. Mudou tudo, toda minha visão, a minha prática”.*

Notou-se também que a experiência extensionista tem uma contribuição para os estudantes para além da vida profissional; é uma a experiência que impacta na vida pessoal dos estudantes participantes.

Repercussão na formação

(EA1): *“Com relação à repercussão na minha formação, **hoje a minha a minha visão de medicina e de saúde é outra**. Eu não tinha elaborado na minha cabeça, antes, o que era saúde, como que era cuidar da saúde, o que era preservar a saúde, de que maneira todas as outras áreas influenciam. Por exemplo, a gente estava lá no grupo de saúde da mulher e aquela mulher dizia ‘eu tenho medo de deixar o lixo em casa porque o rato vem na minha casa comer o lixo e o meu filho, como já aconteceu.’ Então, percebo que as coisas vão além dos discurso, passando pelas sensações”.*

(EA1): *“Entail, assim, a gente é preparada para ter um contato profissional e com o Assunção a gente criou um **contato de amizade**, eu mesmo ligo até hoje para uma moradora. É um vínculo bem maior.*

(EA2): *“Acho que me ajudou na minha formação como psicóloga. É impressionante por exemplo, você começa a andar numa favela, é outro mundo e aí você tem muitos*

*preconceitos, muitas idéias preconcebidas, você está carregado de ideias erradas sobre a sociedade. Então foi muito importante para mim como pessoa porque me fez entrar nessa realidade, me fez **estabelecer uma relação verdadeira de igualdade com pessoas de outra classe social**. E que não é tão fácil assim”.*

(EB2) *“Apesar de não estar formada, eu acho que a **relação médico-paciente faz toda a diferença**. Primeiro que você vai para uma **realidade diferente**, que você enxerga os problemas de forma diferente. Tudo isso que a gente está acostumado a ouvir. Você percebe algumas coisas assim, às vezes os pacientes não fazem as coisas que você pede porque eles não entendem e têm vergonha de perguntar. Às vezes não fazem porque não tem recurso mesmo. Mas, assim, bem além disso, organizar o Bandeira foi... sou outra pessoa. A **multi e a interdisciplinaridade** é uma coisa muito importante no projeto. E acho que mais para frente se você quiser ter um consultório eu sei me organizar melhor. No Bandeira você aprende muito a ser **proativo**, se você não fizer ninguém vai fazer por você. (...) E se der errado não tem como você ficar ligando para pedir ajuda, você tem que resolver na hora como você acha que é melhor. Eu vejo que isso faz muita diferença. Vejo isso com relação ao pessoal da minha sala. Às vezes o paciente está com algum problema, a gente que está acostumado a tentar resolver as coisa na hora já vai pensando em outras soluções. O pessoal já vai pensando ‘vamos chamar o médico’. Acho que muda bastante o modo de pensar.”*

(EB3): *“Sim, fez parte da minha formação e a fisioterapia tem muitas áreas, a área que a fisioterapia menos está inserida é a área da atenção primária da saúde coletiva que é o Bandeira. E é o que eu quero fazer daqui para frente. Eu aprendi, porque eu tive contato com uma população que ao sair do curso a gente vai ter contato. **Aprendi, a saber lidar com as pessoas. Para mim foi muito importante. Não tenho dúvida”**.*

(EJ): *“(...) **toda essa parte de como fazer um projeto**, o que você tem que pensar e colocar nesse projeto, a parte escrita. Como você coordena 30 pessoas. (...) **prestar contas, manter as pessoas juntas, manter elas no projeto**, são pessoas diferentes.*

Essa parte de organização, da logística. E a parte prática mesmo, você tirar aquilo do papel e colocar na prática é maravilhoso. Não tem coisa melhor. Por exemplo, hoje no meu trabalho eu aplico muitas coisas que a gente fez na JUS, no meu trabalho. Coisas que graduação sem a extensão não proporcionaria. Acho que se eu só fizesse a graduação, eu não teria base para fazer o que faço agora dentro do meu trabalho. Trabalho na área de Saúde Pública, várias coisa que eu fiz na JUS agora eu uso lá.”

Na contribuição do projeto de extensão para sua formação profissional foram destacados pelos estudantes: o aprimoramento das relações pessoais que podem ser entre médico e paciente ou com pessoas de outro nível social e até entre profissionais (ou futuros profissionais) de outras áreas de conhecimento; e a oportunidade de aprender outras habilidades e competências, como prestar contas, organizar, manter e coordenar um grupo.

Interdisciplinaridade

A interdisciplinaridade caracteriza-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas no interior de um mesmo projeto (JAPIASSU, 1976, citado por VILELLA e MENDES, 2003).

Segundo VILELLA e MENDES (2003), a interdisciplinaridade tem sido considerada por diversos autores como alternativa para se atingir o desenvolvimento de um pensamento que responda pela complexidade dos problemas de saúde. Para os novos modelos de atenção, que têm sido propostos são necessárias mudanças no sistema de formação dos profissionais de saúde. Saúde é considerada uma área interdisciplinar e a integração de disciplinas, no âmbito dos cursos que preparam os recursos humanos para atuar nesse campo, certamente poderá levar à formação de profissionais mais comprometidos com a realidade de saúde dos grupos populacionais e com a sua transformação.

VILELLA e MENDES (2003) apontam que são poucas as experiências de implementação de propostas curriculares integradas. As instituições de ensino superior na área da saúde que adotam a interdisciplinaridade em seus currículos

esbarram em várias dificuldades que se resolvem na medida em que o exercício do diálogo e do trabalho em equipe vai ocorrendo.

Com relação à interdisciplinaridade, todos os estudantes apontaram que o projeto de extensão foi um dos únicos momentos durante a graduação em que puderam ter contato com estudantes de outros cursos.

(EA1): *“Foi muito legal. Em nenhum outro momento tive essa oportunidade de contatos interdisciplinares”.*

(EB2): *“Não tive oportunidade em outras atividades, de ter contato com outros estudantes de outros cursos. (...) O trabalho entre as áreas foi uma coisa que me marcou muito.*

(EB1): *“Não tive oportunidade em outras atividades dentro da universidade de estar com esse número de pessoas. Talvez na Liga (acadêmica) e EMA (Extensão Médica Acadêmica) que tive o contato com o pessoal de medicina.”*

(EB2): *“É uma coisa que a gente não está acostumado mesmo. **Esse contato com as outras áreas a gente não tem de jeito nenhum.** Por exemplo, a engenharia ambiental, eu não tinha idéia de como isso entrava na medicina e agora a gente não consegue mais tirar.”*

(EJ): *“Durante a graduação não consigo me lembrar de outra oportunidade de estar com estudantes de outros cursos senão a JUS. Acho que só no estágio extracurricular no HU, mais especificamente na UTI.”*

Nesse sentido, a estudante do projeto Assunção conclui:

(EA2): *“A gente percebe que dentro da universidade não tem isso (interdisciplinaridade), cada um fica na sua área, na sua unidade. O contato com outros cursos, talvez no centro acadêmico um pouco, mas bem pouco”.*

Os estudantes disseram nos seus depoimentos os principais motivos que contribuíram para a experiência interdisciplinar ser considerada positiva: troca de saberes, reforço da idéia de trabalho em equipe e a percepção de quanto a outra área é importante.

(EA1): *“Foi muito legal porque são todas áreas da saúde, tirando economia que não trata disso diretamente. Foi uma experiência fantástica. A gente conseguiu falar línguas parecidas. **Aprendemos bastante sobre economia solidária, eles aprenderam bastante sobre o SUS.** No segundo ano tinha medicina e psicologia e no terceiro ano de projeto entrou o pessoal das Ciências Sociais, bem interessante.*

(EB3): *“Eu acho esse contato entre os cursos ótimo, **dá para trocar experiências**”.*

(EB1): *“Eu acho isso muito importante, conhecer o que o outro faz. Muitas vezes a gente não sabe o que nosso companheiro de saúde faz e ele também não sabe o que a gente faz direito. No começo, fica cada um na sua, mas, depois a gente começa a trocar”.*

(EJ): *“O projeto só **reforçou a idéia de que precisamos trabalhar mais em equipe**, não só nutrição, não só a medicina. E extensão só reforça isso, precisamos um do outro. O que foi legal entre os jornadeiros é que todo mundo sentia essa necessidade. Acho que isso **para a formação de um universitário é super importante**, acho que na medicina isso precisa mudar um pouco. Agora na formação deles, mudou muito. O pessoal mais novo está mais aberto à interdisciplinaridade. **O que mais me surpreendeu foi a terapia ocupacional, que foram pessoas super importantes e pouco valorizados. São pessoas que fizeram total diferença na JUS**”.*

Os estudantes também apontaram algumas dificuldades no contato interdisciplinar que o próprio processo de desenvolvimento dos projetos fez com que fossem superadas.

(EJ): *“A gente teve certa dificuldade com a medicina, porque eles são bem imediatistas. A formação dele é imediatista. Quando eles entram num projeto de extensão que dura 3 anos, para eles é muito tempo. Ele quer lá fazer e acabou. A cabeça da nutrição é diferente, agente percebe isso. O pessoal que é da fono e da enfermagem sente essa diferença.”*

(EB1): *“No começo do ano é cada um na sua, agora não. Agora a gente já até conversa de paciente que atende em outros lugares. Aprende o que cada um faz de verdade, o que cada um pode fazer por aquela pessoa”.*

Moraes (2000) salienta a dificuldade da relação interdisciplinar na atividade de projeto de extensão afirmando que processo de constituição de uma equipe interdisciplinar é muito doloroso. Considera que a constituição de equipes interdisciplinares pode ser visto como um jogo em que ocorrerem disputas, confrontos e dissimulações.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizou-se pesquisa exploratória para estudar, sob o enfoque da Promoção da Saúde, os projetos de extensão universitária em saúde em três unidades da Universidade de São Paulo. Os dados coletados permitiram obter um panorama preliminar do que têm sido as atividades de extensão universitária no contexto da Faculdade de Medicina, da Faculdade de Saúde Pública e da Escola de Enfermagem.

Nesse panorama foi possível identificar, no período de 2005 a 2009, as modalidades de extensão universitária e mensurar as atividades realizadas em cada uma delas para verificar quais foram as mais recorrentes nas três unidades em questão.

A partir desse contexto de extensão universitária, foram selecionados, dentro da modalidade “projeto”, as experiências que atenderam aos critérios estabelecidos pelo desenho do estudo. Em seguida, esses projetos foram analisados sob o enfoque da Promoção da Saúde, por meio da verificação quanto às aproximações e convergências com os seus campos de atuação e princípios. Analisou-se também a percepção de professores e estudantes com relação à contribuição dos projetos de extensão universitária na formação profissional dos estudantes.

Na primeira parte da pesquisa, verificou-se a existência das seguintes modalidades de extensão universitária: curso, evento, programa e projeto. Na Faculdade de Medicina (FM) e na Faculdade de Saúde Pública (FSP), a modalidade “cursos” apresentou o maior número de atividades; na FM o tipo de curso mais recorrente é o de especialização e na FSP é o de difusão. A partir desse fato é possível notar a influência do modelo inglês de extensão universitária, que está voltado para a educação continuada baseada em cursos de extensão. Os cursos de especialização serem a maioria na Faculdade de Medicina e os de difusão a maioria na Faculdade de Saúde Pública podem indicar a tendência histórica de cada unidade. A primeira apresenta uma tendência de oferecer cursos de especialização para um público já graduado que procura se aprimorar e a segunda apresenta, por meio dos cursos de

difusão, uma maior tendência para a disseminação de conhecimentos técnicos, eminentemente associados a práticas socialmente relevantes, mas sem o caráter de especializações de longa duração.

Nesse contexto, os projetos – que são ações que têm objetivos específicos e um curto período de duração – ocorreram em quantidade significativamente menor em todas as unidades. Isso pode indicar a existência de dificuldades, por parte de funcionários, docentes e estudantes para desenvolver atividades com curto período de duração e que tenham objetivos específicos ou, até mesmo, a desvalorização deste tipo de modalidade.

Na etapa seguinte, foram estudados os três projetos – Projetos Assunção e Bandeira Científica da Faculdade de Medicina e Jornada Universitária de Saúde da Faculdade de Saúde Pública – identificados e selecionados de acordo com os critérios estabelecidos: ter vínculo com a Comissão de Cultura e Extensão; ocorrência entre 2005 e 2009; ter duração de pelo menos três anos; contar com a participação de estudantes de graduação de dois ou mais cursos de graduação; ter desenvolvido atividades de intervenção em comunidades ou municípios com até 50 mil habitantes.

Identificaram-se nesses projetos suas aproximações e convergências com os campos de atuação e os princípios da promoção da saúde, por meio da análise das atividades de preparação, intervenção e pós-intervenção neles desenvolvidas.

No projeto Assunção, o campo de atuação identificado foi “o reforço da ação comunitária” e os princípios da sustentabilidade, ação multiestratégica e participação social. No projeto Bandeira Científica os princípios encontrados foram: equidade, ação multiestratégica e sustentabilidade. No projeto Jornada Universitária de Saúde os princípios identificados foram: equidade, ação multiestratégica e sustentabilidade.

Os princípios de sustentabilidade e ação multiestratégica são princípios da Promoção da Saúde que apareceram em todos os projetos. Esses princípios estão relacionados com questões estratégicas e operacionais, permeadas por uma concepção ampla de saúde em que se reconhece que ela é alcançada por meio de múltiplas estratégias, disciplinas, métodos e abordagens que tenham uma a garantia da continuidade das ações.

A equidade foi um princípio encontrado em dois projetos. Esse princípio apareceu nos projetos de extensão expresso pelo critério de seleção para a escolha do local onde eles foram desenvolvidos. Acredita-se que a presença desse princípio nos projetos está diretamente relacionada à concepção assistencialista de extensão universitária, conjuntamente com a Medicina Comunitária e a Integração docente-assistencial, que são práticas de ensino de profissionais da saúde que direcionam suas atividades a grupos sócio-economicamente “desprivilegiados”.

Considerando-se a perspectiva da Promoção da Saúde, o projeto Assunção destacou-se pois, durante todas as etapas – preparação, intervenção e pós-intervenção –, houve preocupação com a articulação de saberes técnicos e populares, mobilização de parcerias dentro e fora da comunidade, participação social dos membros da comunidade e de outras instituições, autonomia e fortalecimento comunitário. Essas são características consideradas fundamentais na Promoção da Saúde e sua incorporação nas atividades de extensão universitária indica a possibilidade de formação profissional com uma perspectiva de Promoção da Saúde.

Com relação às percepções de professores coordenadores e estudantes participantes sobre as contribuições dos projetos de extensão para a formação profissional dos estudantes, todas as manifestações foram positivas. Foram destacadas como contribuições: contato dos estudantes com realidades diferentes daquelas vivenciadas cotidianamente, saída do ambiente universitário e aplicação do conteúdo teórico desenvolvido em sala de aula. Os professores também apontaram competências e habilidades desenvolvidas nos projetos, tais como: aprender a pensar, desenvolver raciocínio lógico e diagnóstico, aprimorar o uso da linguagem e estabelecer contato multiprofissional.

Os estudantes indicaram as seguintes contribuições: o aprimoramento das relações pessoais, que podem ser entre médico e paciente, com pessoas de outro nível social ou entre profissionais (ou futuros profissionais) de outras áreas de conhecimento. O contato interdisciplinar foi apontado como uma característica recorrente nos projetos de extensão e fundamental na formação profissional.

A percepção de professores e estudantes confirmou as potencialidades apontadas no referencial teórico com relação à extensão universitária, em geral, e a extensão, desenvolvida especificamente na área da saúde.

Com este estudo sobre os projetos de extensão universitária foi possível perceber as suas potencialidades para a formação profissional e reconhecer que podem ser um importante instrumento da universidade para o enfrentamento do desafio da Política Nacional de Promoção da Saúde, com relação à formação de profissionais aptos para atuar com a perspectiva da Promoção da Saúde no Sistema Único de Saúde – SUS.

7 REFERÊNCIAS

Abreu SEA. Pesquisa e análise documental [internet]. Anápolis: Unievangélica; 2008 [acesso 28 de 2010]. Disponível em:

<http://www.unievangelica.edu.br/gc/imagens/noticias/1817/file/01.pdf>

Ammann SB. Participação Social. São Paulo: Cortez & Moraes; 1978.

Anastasiou LGC. Metodologia de ensino na universidade brasileira: elementos de uma trajetória. In: Castanho, ME; CASTANHO, S organizadores. Temas e Textos da Educação Superior. Campinas: Papirus, 2001.

Conselho Regional de Educação Física Rio Grande do Sul – CREF/RS. Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998. Relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho [internet]. [acesso em 8 maio 2010]. Disponível em: http://www.crefrs.org.br/legislacao/pdf/resol_cns_287_1998.pdf

Brasil. Plano Nacional de Extensão Universitária [internet]. Brasília (DF): [s.n]; 2001. [acesso em: 13 set 2009]. Disponível em: http://porteiros.r.unipampa.edu.br/portais/proext/files/2010/07/02_Politica_Nacional_Extensao.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: declaração de Alma-Ata: 1978, Carta de Ottawa, declaração de Sundsvall. Brasília (DF); 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde [internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002 [acesso 15 jun 2010].

Brasil. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

Bemvenuti V LS. Extensão Universitária: momentos históricos de sua institucionalização. Vivências [internet]. 2006 [acesso 15 nov de 2010];2:8-17.

Disponível em:

http://www.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero%20002/artigos/area_comunicacao/area_comunicacao_01.htm

Bógus CM. Conselhos Gestores de Políticas Públicas no Município de São Paulo: identidade, limitações e potencialidades na perspectiva da Promoção da Saúde [tese de livre docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2009.

- Botomé PS. Pesquisa alienada e ensino alienante, o equívoco da extensão universitária. Petrópolis: Vozes, EDUCS, EDUFSCAR; 1996.
- Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cien Saude Colet.*2000;5: 163-177.
- Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.* 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 19-42.
- Campos ES. *História da Universidade de São Paulo.* São Paulo: EDUSP; 2004.
- Candeias NMF. Evolução histórica da educação em saúde como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: 1925 -1967. *Rev. Saúde públ.* 1988, 22(4): 347-65.
- Carvalho AC. *Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: resumo histórico: 1942-1980.* São Paulo: EEUSP; 1980.
- Carvalho AI et al.. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. *Ciênc. saúde coletiva* [internet]. 2004 [acesso em 10 jan 2010]; 9(3): 521-529. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300002&lng=pt.
- Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção da Saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2004; 20(4): 1088-95.
- Chiesa AM. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cogitare Enferm.* 2007;12(2):236-40.
- Cyrino AP. *Organização tecnológica do trabalho na reforma das práticas e dos serviços de saúde: estudo de um serviço de atenção primária à saúde [dissertação de mestrado].* São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 1993.
- Einsfeld, L. A et al.. Extensão Universitária enquanto ferramenta para formação de um novo perfil de profissional farmacêutico. Em *Extensão* [internet]. 2009[acesso 23 jun 2010]; 8(2): 23-32. Disponível em: <http://www.revistadeextensao.proex.ufu.br/viewarticle.php?id=206>
- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. *Institucional/Histórico* [internet]. São Paulo: FSPUSP; [s.d.] [acesso em 20 nov 2010]. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/site/paginas/mostrar/128>
- Fagundes J. *Universidade e compromisso social: extensão, limites e perspectivas [tese de doutorado].* Campinas: Unicamp; 1985.

- Ferreira AB. Novo Dicionário Eletrônico Aurélio da Língua Portuguesa [CD-Rom]. Curitiba: Positivo; 2004.
- Ferreira MS, Castiel LD. Which empowerment, which Health Promotion? Conceptual convergences and divergences in preventive health practices. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(1): 68-76.
- FMUSP - Faculdade de Medicina da USP. Ligas acadêmicas da FMUSP [internet]. São Paulo; 2010. [acesso 12 jan 2011]. Disponível em: <http://www.dcfmusp.com.br/ligas.htm>
- Fraser MTD, Gondim SMG. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2004; 14: 139-152.
- Freire P. *Extensão ou Comunicação*. 4.ed. São Paulo: Paz e Terra; 1979.
- Guimarães RG et al. O debate necessário: a importância da extensão universitária para a formação médica. *Cadernos da ABEM* v. 4 outubro 2008.
- Godoy AS. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Rev. Adm Emp*. 1995; 35:57-63.
- Gurgel RM. *Extensão Universitária: Comunicação ou Domesticação*. São Paulo: Cortez, 1986.
- Heidmann ITSB, Almeida M C P, Boehs AE, Miranda Wosny A de, Monticelli, M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto contexto - Enferm*. 2006;15:352-58.
- Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2005 [acesso 12 jan 2010];21(1): 256-265. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100028&lng=en.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Evolução do IDH das Grandes Regiões e Unidades da Federação [internet]. Brasília (DF); Boletim Central Banco do Brasil; 2009. [acesso 2 jan 2011]. Disponível em: <http://www.bcb.gov.br/pec/boletimregional/port/.../br200901b1p.pdf>
- Jacobi P. Poder Local, políticas sociais e sustentabilidade. *Saúde Soc*. 1999; 8:31-48.
- Jezine E. A extensão universitária como uma prática social. In: *Anais do 7º Congresso Latino-Americano de Sociologia Rural*, 2006, Quito, Equador.

Jezine, E. As práticas curriculares e a Extensão Universitária [internet]. In: Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária; 2004; Belo Horizonte [acesso 22 de outubro de 2009]. Disponível em: www.ufmg.br/congrent/Gestao/Gestao12.pdf

Lakatos AM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. 3. ed. São Paulo: Atlas; 1993.

Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.

Marcondes WB. A convergência de referências na promoção da saúde. Saúde e Sociedade. 2004; 13(1): 5 -13.

Matsumoto NF et al. Modelos tecno-assistenciais em saúde. In: Santos AS, Miranda SMRC, organizadores. A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde. São Paulo: Malone; 2006.

MEC – Ministério da Educação. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. [acesso 12 jan 2011]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf>

MedEnsina. Como funciona? [internet]. São Paulo; [s.d.] [acesso 11 jan 2011]. Disponível em: <http://www.medensina.com/index.php?medensina=nav/comofunciona#local>

Medeiros Junior A et al.. Experiência extramural em hospital público e a promoção da saúde bucal coletiva. Rev Saúde Pública [internet]. 2005 [acesso 4 jan 2011]; 39(2): 305-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n2/24057.pdf>

Mendes R, Akerman M. Intersetorialidade: reflexões e práticas. In: Fernandez JCA, Mendes R, organizadores. Promoção da saúde e gestão local. São Paulo: Hucitec; 2007. p.85-110.

Mendonça AW. A universidade no Brasil. Rev Bras de Educação [internet]. 2000 [acesso 11 jan 2011]; 14; 131-150. Disponível em: http://www.anped.org.br/rbe/rbedigital/rbde14/rbde14_09_ana_waleska_p_c_mendonca.pdf

Mesquita-Filho, A. Integração Ensino-Pesquisa-Extensão. Integração [internet]. 1997 [acesso 18 ago 2010]; 9:138-43. Disponível em: <http://www.ecientificocultural.com/ECC2/artigos/epe.htm>

Minayo M C S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Moraes, RCC. Universidade hoje – ensino, pesquisa, extensão. Educ. Soc. 1998; 19:19-37.

Moraes FA. Interdisciplinaridade como prática. In: Bemvenuti VLS, organizador. Cadernos de extensão UNISINOS II. São Leopoldo: Unisinos; 2000. p. 9-18.

Moreira MR, Fernandes FMB, Sucena LFM, Oliveira NA. Participação nos conselhos municipais de saúde de municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes. *Divulg. Saúde Deb.* 2008; 43: 48-61.

Motoyama S. USP 70 anos: imagens de uma história vivida. São Paulo: EDUSP; 2006.

Nogueira MDP. Políticas de extensão universitária brasileira. Belo Horizonte: UFMG; 2005.

Oliven AC. A paroquialização do ensino superior. Petrópolis: Vozes; 1990.

OMS – Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para La promoción de La salud. In: Organización Panamericana de La Salud; Promoción de La salud: uma antologia. Washington: OPAS; 1996. P. 367-72.

Paiva, V. Extensão Universitária no Brasil. *Rev Bras de Estudos Pedagógicos.* 1960; 67:135-151.

Paula MFC. USP e UFRJ: A influência das concepções alemã e francesa em suas fundações. *Tempo soc.* 2002;14:147-61.

Pereira EMA. A universidade da modernidade nos tempos atuais. *Avaliação (Campinas).* 2009;41:29-52.

Perrenoud P. Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens, entre duas lógicas. Porto Alegre: Artmed; 1999.

Pró-Reitoria de Cultura e Extensão da USP. A universidade e as profissões [internet]. São Paulo: USP; 2010. [acesso 15 dez 2010]. Disponível em: <http://www.usp.br/prc/programas/uspprofi/index.php>

Pró-Reitoria de Cultura e Extensão da USP. A universidade e a terceira idade [internet]. São Paulo: USP; 2010. [acesso 15 de dezembro de 2010]. Disponível em: <http://www.usp.br/prc/programas/3idade/index.php>

Pró-Reitoria de Pesquisa da USP. Iniciação Científica [internet] . São Paulo: USP; 2011. [acesso 11 jan 2011]. Disponível em: <http://www.usp.br/prp/novo/?pagina=pibic>

Projeto Jovem Doutor. Considerações sobre o projeto jovem doutor [internet]. São Paulo; 2009. [acesso 11 jan 2011]. Disponível em: <http://www.jovemdoutor.org.br/jovemdoutor/projeto.aspx>

Rossato R. Universidade nove séculos de História. Passo Fundo: Ediupf; 1998.

Santana JP et al.. Formação profissional em saúde: desafios para a universidade [internet]. In: Santana JP, Castro JL, organizadores. Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde. Natal: CADRHU/ Univ. Fed. Rio Grande do Norte; 1999. p. 109-123. Disponível em: www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF2114.pdf.

Santos JLF, Westphal MF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. Estudos Avançados. 1999;13(35): 71-87.

São Paulo. Decreto n.º 6.283 de 25 de janeiro de 1934. Cria a Universidade de São Paulo e dá outras providências [internet]. São Paulo: Secretaria de Estado de Educação e Saúde Pública; 1934. [acesso 4 ago 2010]. Disponível em: <http://leginf.uspnet.usp.br/criacao/decreto6283.htm>

São Paulo. Resolução n.º 3461, de 7 de outubro de 1988. Baixa o Estatuto da Universidade de São Paulo [internet]. [acesso 28 de out de 2010]. Disponível em: <http://www.usp.br/leginf/resol/r3461m.htm>

São Paulo. Resolução CoCEX n.º 5006, de 25 março de 2003. Regulamenta as competências e atribuições das Comissões de Cultura e Extensão Universitária (CCEX) da Universidade de São Paulo e dá outras providências [internet]. [acesso em 21 dez 2010]. Disponível em: <http://leginf.uspnet.usp.br/resol/r5006m.htm>

Serrano RMS. Conceitos de extensão universitária: um diálogo com Paulo Freire [internet]. João Pessoa: UFPB; 2001. [acesso 20 maio 2009]. Disponível em: http://www.prac.ufpb.br/copac/extelar/atividades/discussao/artigos/conceitos_de_extensao_universitaria.pdf

Schwartzman S. 2006. A universidade primeira do Brasil: entre intelligentsia, padrão internacional e inclusão social. Estudos Avançados [internet]. 2006 [acesso 2 out 2010]; 20:161-89. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142006000100012&script=sci_arttext

Scliar M. História do conceito da saúde. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. 2007;1:29-4.

Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface. 2003; 7:91-112.

Secretaria de Ensino Superior de São Paulo. USP: Universidade de São Paulo [internet]. São Paulo; [s.d]. [acesso em 14 dez 2010]. Disponível em: <http://www.ensinosuperior.sp.gov.br/portal.php/ensino-superior/usp>

Silva JR. De aspecto quase florido. Fotografias em revistas médicas paulistas, 1898-1920. Rev Bras de História. 2001;21:201-216.

Silva MG M. Extensão universitária no sentido do ensino e da pesquisa. In: Faria DS, organizador. Construção conceitual da extensão universitária na América Latina. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2001. p. 91-105.

Tavares DM S et. al., Interface ensino, pesquisa, extensão nos cursos de graduação da saúde na Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet]. 2007 [acesso 14 dez 2010]; 15(6): 1080-85. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000600004&lng=en.

Universidade de São Paulo. A USP [internet]. São Paulo; 2010 [acesso em 14 dez 2010]. Disponível em: <http://www4.usp.br/index.php/a-usp>

Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina. Ligas Acadêmicas da FMUSP [internet]. São Paulo: FMUSP; [s.d.] [acesso em 11 jan 2011]. Disponível em: <http://www.dcfmusp.com.br/ligas.htm>

Universidade de São Paulo. USP em Números 2010: Base de dados 2009 [internet]. São Paulo: USP; [s.d.] [acesso em 7 jun 2010]. Disponível em: http://sistemas3.usp.br/anuario/usp_em_numeros.pdf.

Universidade São Paulo. Tabela de indicadores que caracterizam a USP, distribuídas por campus, em 2009 [internet]. São Paulo: USP; [s.d.] [acesso em 13 dez 2009]. Disponível em: http://sistemas3.usp.br/anuario/tabelas/Quadro1_04.pdf

Vilela E, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet]. 2003 [acesso em 14 ago 2010];11(4): 525-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400016&lng=en.

Wanderley LEW. O que é universidade. 9. ed. São Paulo: Brasiliense; 2003.

Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho Y M de. Tratado de saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p 635-67.

Westphal MF, Ziglio E. Políticas públicas e investimentos: a intersectorialidade. In: Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal. O município e o século XXI: cenários e perspectivas. São Paulo: CEPAM; 1999. p. 111-133.

World Health Organization: 7.^a Conferência Global para Promoção da Saúde, Nairobi, Quênia. Outubro de 2009. Disponível em: <http://www.afro.who.int/pt/rdo/fotografias/1358-7o-conferencia-global-para-promocao-da-saude-nairobi-kenia-outubro-de-2009.html>. Acesso em 21 fev 2010.

Zanchi MT, Zugno PL. Sociologia da saúde. Caxias do Sul:Educs; 2008.

8 ANEXOS

Anexo 1 - Roteiro de Entrevista Professor

Identificação do estudante

Há quanto tempo é professor da USP? Há quanto tempo ou por quanto tempo participa desse projeto? Já participou de outros projetos de extensão? Entre pesquisa, ensino e extensão qual atividade você dedica maior parte do seu tempo na universidade?

O Projeto

Há quanto tempo existe este projeto? De quem partiu a iniciativa para sua criação?

O projeto sempre esteve ligado institucionalmente à Comissão de Extensão Universitária da USP?

Atualmente quais são as atividades que são desenvolvidas? Onde são desenvolvidas?

Quem coordena, organiza e desenvolve as atividades do projeto?

Alunos de quais cursos de graduação participam atualmente da atividade?

A Preparação:

Em que consiste o período de preparação (aulas, oficinas, visitas) e qual seu principal objetivo?

Quem organiza, coordena e participa da preparação da intervenção?

As atividades da etapa de intervenção são preparadas antes ou no momento da intervenção? Em que se baseia a construção das atividades de intervenção?

Descreva-o. (Pesquisas de opinião, necessidades da população, IDH)

É utilizado algum referencial teórico metodológico para conduzir a etapa de preparação? Qual?

As atividades que são realizadas nesse período são avaliadas? Em qual momento? E de que forma?

A intervenção:

Quais as atividades realizadas pelo projeto ao chegar à comunidade? Qual o objetivo de cada uma delas?

Quem organiza e realiza essas atividades?

Existem parcerias com instituições – entidades, associações, grupos e outros – para a realização dessas atividades? Quais são? Como são feitas essas parcerias?

Qual é duração da intervenção? Existe período fixo todo ano? Esse período é suficiente para desenvolver todas as atividades preestabelecidas?

O pós-intervenção:

Ao final da intervenção já é possível apontar benefícios para a comunidade onde se desenvolveu o projeto? Quais?

Existe um acompanhamento dessa comunidade após a intervenção? Se sim, como é feito? E por quem é feito?

Ao final, é realizada avaliação sobre as atividades de intervenção? Como é realizada essa avaliação? Por quem? Para quê?

O projeto e a formação profissional

Essas atividades contribuem para a formação do aluno? De que forma? Por que?

(Ou seja, desenvolvem aspectos cognitivos, atitudinais, afetivos, de habilidades, de competências?). Quais habilidades e competências o aluno pode ter possibilidade de desenvolver nas atividades de intervenção?

Anexo 2 - Termo de consentimento livre esclarecido

Título do Projeto: O enfoque da Promoção da Saúde nos projetos de extensão universitária na área da saúde.

Pesquisador Responsável: Ayodele Floriano Silva.

Este projeto tem o objetivo de analisar as atividades de extensão universitária sob o enfoque da Promoção da Saúde. Para tanto será necessário realizar entrevista gravada.

Após ler, receber explicações sobre a pesquisa e ter meus direitos de:

receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;

retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;

não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade;

procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo - SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar da pesquisa.

São Paulo, ____ de outubro de 2010.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Eu, Ayodele Floriano Silva, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto “O enfoque da Promoção da Saúde nas atividades de extensão universitária na área da saúde” ao participante.

_____ Data: ____/10/2010

Telefone: (11) 3061 - 7955 ou (11) 9695-9251

Anexo 3 - Roteiro para entrevista Estudante

Identificação do estudante

Qual seu curso de graduação?

Já se formou (Se não, em que ano está)?

Além deste projeto, você participou de outras atividades de extensão na USP? Quais? Quando?

Durante a sua graduação você participou de alguma atividade extracurricular (iniciação científica, monitoria, ensinar com pesquisa)?

O Projeto

De quais etapas do projeto você participou (preparação, intervenção, pós intervenção). Descreva essas atividades desenvolvidas em cada uma das etapas e seus objetivos.

Ao final das atividades, houve benefícios para a comunidade? Quais? Em caso negativo, por quê?

O projeto e a formação profissional

O que você acha da experiência que teve com esse projeto? Isso teve alguma repercussão na sua formação profissional? Por quê?

Durante o projeto, você teve contato com alunos de outros cursos? Quais? Esse contato contribuiu para sua formação? Esse contato foi possível em outras atividades dentro da universidade? Quais?