



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB**

**Instituto de Psicologia - IP**

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**As perspectivas das ligas acadêmicas no processo de formação dos estudantes de saúde na  
Universidade de Brasília**

NOME: SIMONE ALVES DA SILVA

Brasília-DF, Outubro de 2013.



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB**

**Instituto de Psicologia - IP**

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

Projeto Pró-Ensino na Saúde “Fortalecimento do ensino na saúde no contexto do SUS: Uma proposta interdisciplinar da Universidade de Brasília na região centro-oeste”

**As perspectivas das ligas acadêmicas no processo de formação dos estudantes de saúde na  
Universidade de Brasília**

NOME: SIMONE ALVES DA SILVA

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, área de concentração Psicologia da Saúde.

**ORIENTADOR: Professor Dr. Oviromar Flores**

Brasília-DF, Outubro de 2013

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de  
Brasília. Acervo 1012208.**

Silva, Simone Alves da.

S586p As perspectivas das ligas acadêmicas no processo de formação dos  
estudantes de saúde na Universidade de Brasília/Simone Alves da Silva. - - 2013.

xiv, 100f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília,

Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Processos de  
Desenvolvimento Humano e Saúde, 2013.

Inclui bibliografia.

Orientação: Oviromar Flores.

1 . Pessoal da área médica. 2 . Formação profissional.

I. Flores, Oviromar. II. Título.

CDU 61 - 057. 86 : 331 . 86

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA À SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Oviromar Flores - Presidente

Faculdade de Ciências da Saúde/Universidade de Brasília

---

Prof. Dr. Renato Hilário dos Reis - Membro

Faculdade de Educação/Universidade de Brasília

---

Profa. Dra. Elizabeth Queiroz - Membro

Instituto de Psicologia/Universidade de Brasília

---

Profa. Dra. Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira - Suplente

Faculdade de Ceilândia/Universidade de Brasília

Brasília, Outubro de 2013.

*Que os nossos sonhos não sejam desencorajados, que possamos caminhar com a utopia de um novo olhar a cada momento: em um processo de descoberta contínua.*

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por sempre estar presente em minha vida, em todos os momentos, sendo responsável pela organização de minha caminhada e de meu destino, pois tudo até aqui agora faz sentido.

À minha Família, em especial minha adorável mãe Leide e meus lindos irmãos por acreditar em mim em todos os momentos que precisei, sempre com carinho e compreendendo minhas limitações, sobretudo, nunca me reprimindo.

Ao grupo Gestor e militante do projeto Pró-ensino na Saúde (Professoras: Gardênia Abbad, Diana Pinho, Elizabeth Queiroz, Clélia Parreira) pela oportunidade de trabalhar junto com essas mulheres guerreiras na construção de uma área necessária e indispensável a formação dos futuros profissionais de saúde do Brasil.

Agradeço também aos secretários e equipe de apoio do Pró-ensino na Saúde pela disponibilidade e o trabalho dedicado e prestado a todos.

À Professora Clélia Parreira que me acompanhou desde o processo de minha seleção para o Mestrado Acadêmico, até os momentos finais da construção deste estudo, servindo para mim como um exemplo a ser seguido.

Ao meu Orientador Professor Oviomar Flores, pela paciência, orientação, dedicação, incentivo e amizade na construção deste Estudo que para mim foi determinante na escolha pessoal e profissional.

Aos professores que tive contato durante os dois anos de mestrado acadêmico na Universidade de Brasília, disseminando seus conhecimentos sobre mim para que eu pudesse me tornar uma pessoa mais justa e esclarecida.

Ao professor Renato Hilário dos Reis e a professora Elizabeth Queiroz por aceitarem o convite para participar da banca de avaliação deste trabalho.

Aos meus colegas de mestrado e doutorado do projeto Pró-Ensino na Saúde (2011), pois com eles pude aprender muito mais durante estes dois anos de intensa convivência.

Aos amigos Edna Vieira, Deuzuite Fontoura, Guilherme Máximo, Denise Furlanetto, Hannya Herrera e Alessandra Lucena os quais convivi nesses dois anos mais intensamente.

À minha grande amiga Samia Araújo, a qual estivemos juntas desde os primeiros momentos, mesmo às vezes estando em disciplinas distintas continuamos amigas e compartilhávamos experiências de vida, onde pude aprender muito com esta adorável pessoa.

Aos ligantes, professores, coordenadores e estudantes da Universidade de Brasília, por prestar sua disponibilidade na construção do processo de fortalecimento dos aspectos frágeis das ligas acadêmicas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, pelo importante apoio financeiro na realização desta Pesquisa.

Assim, agradeço a Deus e a Todos que estiveram presente em minha vida, durante o processo de consolidação deste sonho de conhecer e disseminar alegria e felicidade donde quer que eu passe, sem perder a capacidade de sonhar, lutar e seguir com a utopia do acreditar em dias melhores.

## RESUMO

Este estudo se configurou-se como um dos produtos para o cumprimento de uma das condições de certificação no curso de Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília - UnB. Tem por objeto de estudo as Ligas Acadêmicas – LAs formadas por estudantes e professores dos Cursos das Faculdades de Ciências da Saúde e da Faculdade de Medicina da UnB, buscando, compreender a intersecção das LAs com a comunidade, com o SUS e com o Sistema Formador do profissional de saúde. **Objetivo Geral:** Analisar as Ligas Acadêmicas estruturadas e em funcionamento na Faculdade de Medicina e na Faculdade de Ciências da Saúde na UnB, como uma das estratégias de ensino e aprendizagem no processo de formação do corpo discente. **Metodologia:** É um estudo de caso de natureza qualitativa e de caráter exploratório. **Coleta de dados:** A coleta de dados constou de: Levantamento documental, entrevista de sondagem, e entrevista individual aplicadas a acadêmicos ligantes, professores/coordenadores ligantes e acadêmicos não ligantes (considerados aqui beneficiados pelas ações ditas de ensino desenvolvidas pelos ligantes). **Resultados:** O estudo apresenta evidências que referem a potencialidade das LAs na diversificação dos cenários de práticas e no desenvolvimento de perfis técnicos e políticos, consoantes, com as normativas atuais para a formação do profissional de saúde. Ao mesmo tempo, evidencia um “que fazer” que tende a privilegiar as atividades de ensino orientadas para a informação e a prevenção, em detrimento de uma prática marcada pela indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão e de um protagonismo de todos os sujeitos envolvidos nessa dinâmica (estudantes, professores, estudantes não ligantes e comunidade). **Conclusão:** Apesar das potencialidades das LAs no desenvolvimento da autonomia, da criticidade, da criatividade e do comprometimento dos seus sujeitos em face de situação de saúde da população, há que se considerar as possibilidades, quando não bem articuladas, de as Ligas incidirem na especialização, e na persistência de uma formação centralizada no ensino e pesquisa em detrimento das práticas extensionistas, como uma consequência do modelo de formação ainda predominante, na Universidade; do modelo tecnoassistencial predominante no SUS; e da incipiente estruturação e funcionamento do cenário de práticas da Universidade de Brasília.

**Palavras-chave:** Ensino na Saúde – Ligas Acadêmicas – Ensino e Aprendizagem – Formação em Saúde.

## ABSTRACT

This study was set up as a product to fulfill one of the conditions of certification in the Master course in Proceedings of Human Development and Health at the Institute of Psychology at the University of Brasilia - UnB. Its object of study the Academic Leagues - LAs formed by students and teachers of the courses of the Faculties of Health Sciences and the Faculty of Medicine of UnB , seeking to understand the intersection of LAs with the community, with the SUS and the System Trainer health professional. General Objective: To analyze the Academic Leagues structured and functioning in the Faculty of Medicine and Faculty of Health Sciences at UnB, as a strategy for teaching and learning in the process of formation of the student body. Methodology: It is a case study of qualitative and exploratory. Data collection: Data collection consisted of: Survey documentary interview survey and individual interviews applied to academic binders, teachers/coordinators and academics nonbinding ligands (considered benefited by the actions called teaching developed by the ligands). Results: The study presents evidence that relate the capability of LAs in the diversification of scenarios practices and the development of technical and political profiles, consonants, with the current standard for the training of health professionals. At the same time, shows a " to do " which tends to focus on teaching activities oriented information and prevention, rather than a practice marked by the integration of teaching, research and extension and a role of all those involved in this dynamic (students, teachers, students nonbonding, community). Conclusions: Despite the potential of LAs in developing autonomy, criticality, creativity and commitment of its subject in the face of the health situation of the population, we must consider the possibilities, if not well articulated in the Leagues impinge on expertise, and persistence of a centralized training in teaching and research at the expense of practical extension, as a result of the training model still prevalent in the university; technical-assistance model prevalent in the United System - SUS, and the incipient structure and functioning of scenario practices at the University of Brasília.

**Keyword:** Teaching in Health - Academic Leagues - Teaching and Learning - Training in Health.

### LISTAS DE SIGLAS

ABLAM	Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina
AC	Análise de Conteúdo
CAMED	Centro Acadêmico de Medicina
CBF	Constituição Brasileira Federal
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
EP	Educação Permanente
EAL	Entrevistados Acadêmicos Ligantes
EANL	Entrevistados Acadêmicos Não Ligantes
EPL	Entrevistados Professores/Coordenadores Ligantes
FAP	Fundação Ataúpho de Paiva
FM	Faculdade de Medicina
FS	Faculdades de Ciências da Saúde
HUB	Hospital Universitário de Brasília
IES	Instituições de Ensino Superior
LAs	Ligas Acadêmicas
LACS	Liga Acadêmica de Combate a Sífilis
LBCT	Liga Brasileira de Combate à Tuberculose
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	Ministério da Educação e da Cultura
MS	Ministério da Saúde
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PNB	Produto Nacional Bruto
PNE	Plano Nacional de Educação
PNEP	Política Nacional de Educação Permanente
PPP	Projeto Político Pedagógico
PPPI	Projeto Político Pedagógico Institucional
PRÓ- SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde

SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOV	Teste de Orientação Vocacional
UBS	Unidade Básica de Saúde
UnB	Universidade de Brasília
UR	Unidades de Registros
USA	Estados Unidos da América

## SUMÁRIO

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	vi
<b>RESUMO</b> .....	viii
<b>ABSTRACT</b> .....	ix
<b>LISTA DE SIGLAS</b> .....	x
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	xiv
<b>INTRODUCAO</b> .....	01
<b>Capítulo 1 - A GENEALOGIA DOS MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE NA GÊNESE DO CAPITALISMO E DO ESTADO MODERNO</b> .....	04
1.1. Modelos de Atenção à Saúde e Formação dos Profissionais de Saúde .....	04
1.2. Modelos de Atenção à Saúde e Formação Profissional em Saúde na consolidação do Capitalismo Monopolista .....	07
<b>Capítulo 2 - MATRIZES DISCURSIVAS E PRÁTICA EDUCATIVA: A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE</b> .....	18
2.1 Matrizes discursivas no campo da Educação .....	18
2.2 Sobre a formação do profissional de Saúde: as normativas e os nexos com o Sistema Único e as Ligas Acadêmicas .....	22
2.3 Projetos Políticos Pedagógicos e Abordagens Educativas em Saúde.....	27
2.4 Atividades Extracurriculares: Concepções e Tendências .....	35
2.5 O fenômeno das Ligas Acadêmicas - LAs: conceito e concepções .....	36
2.6 A produção do conhecimento e o Sistema Único de Saúde – SUS .....	40
<b>Capítulo 3 – OBJETIVOS</b> .....	46
3.1 Geral .....	46
3.2 Específicos .....	46
<b>Capítulo 4 – METODOLOGIA</b> .....	47
4.1 Caracterização do Estudo .....	47
4.2 Sujeitos da Pesquisa e Critérios de Inclusão .....	48
4.3 Coleta de dados: instrumentos e procedimentos .....	48
4.3.1 Levantamento documental .....	49
4.3.2 Sondagem .....	49
4.3.3 Entrevista Individual .....	49
4.4 Análise dos dados: procedimento de análise .....	50

4.5 Aspectos Éticos .....	52
<b>Capítulo 5 - RESULTADOS E DISCUSSAO .....</b>	<b>53</b>
5.1 Sobre o processo de formação e/ou capacitação dos estudantes ligantes, professores ligantes e estudantes não ligantes .....	53
5.1.1. Análise dos Estatutos das Ligas Acadêmicas .....	53
5.1.2. Sondagem (acadêmicos ligantes, professores/coordenadores ligantes e acadêmicos não ligantes) .....	58
5.1.3 Entrevistas .....	62
5.1.3.1 Entrevistados Acadêmicos Não Ligantes – EANL .....	62
5.1.3.2 Entrevistados Acadêmicos ligantes – EAL .....	65
5.1.3.3 Entrevistados Professores/coordenadores ligantes – EPLs .....	71
5.2 Sobre as práticas desenvolvidas nos espaços demarcados pelas LAs .....	77
<b>Capítulo 6 - CONSIDERACOES FINAIS .....</b>	<b>83</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>93</b>
Anexo A – Planilha de sistematização dos da análise de conteúdo.....	93
Anexo B - Questionário de Sondagem.....	95
Anexo C – Roteiros de Entrevista.....	97
Anexo D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	99
Anexo E – Processo de Aprovação do Projeto.....	100

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	As Ligas Acadêmicas como espaço de intersecção de práticas de saúde.
<b>Figura 2</b>	Demonstrativo dos Enfoques sobre Educação e Saúde segundo a classificação de Tones (1987).
<b>Figura 3</b>	Concepções acerca dos tipos de SUS existentes e o Sistema Formador implantado em Saúde.
<b>Figura 4</b>	Representação das categorias emergentes nos Estatutos das LAs.
<b>Figura 5</b>	Atuação em equipe nas Ligas Acadêmicas da FS e FM.
<b>Figura 6</b>	Representação da indissociabilidade dos três pilares do Ensino Superior mencionados pelas Ligas Acadêmicas da FS e FM.
<b>Figura 7</b>	Distribuição dos entrevistados (acadêmicos ligantes, professores/coordenadores ligantes e acadêmicos não ligantes) por grupo de sujeito, por LAs e por sexo
<b>Figura 8</b>	Perfil acerca da área de concentração acadêmica expressa pelos estudantes da FS e FM.
<b>Figura 9</b>	Carga horária dedicada pelos ligantes da FS e FM as atividades propostas nos espaços das LAs.
<b>Figura 10</b>	Principais motivos de participação dos ligantes (professores/coordenadores e acadêmicos) nas Ligas Acadêmicas - LAs.
<b>Figura 11</b>	Categorias identificadas nos diálogos dos Entrevistados Acadêmicos Não Ligantes - Comunidade Externa.
<b>Figura 12</b>	Categorias identificadas nos diálogos dos Entrevistados Acadêmicos Ligantes - EAL.
<b>Figura 13</b>	Categorias identificadas nos diálogos dos Entrevistados Professores/Coordenadores Ligantes - EPL.

## INTRODUCAO

Para reconstituir o processo da minha formação profissional, que culmina na elaboração desta Dissertação, tomo como ponto de partida a minha inquietude no exercício cotidiano de ser no mundo, que tem na minha curiosidade pela vida o seu principal elemento impulsionador. Cumpre avisar, no entanto, que a inquietude e a curiosidade nem sempre facilitaram as coisas para mim.

Foi assim, por exemplo, ao tomar a minha primeira decisão em termos profissionais, quando resolvi que me constituiria no mundo do trabalho como uma Engenheira Agrônoma, ingressando na Universidade Estadual do Piauí, no ano de 2003. Lembro-me de um professor Luciano Figueiredo, muito querido, que falou em aula "*que todo pesquisador nunca se mantém satisfeito com os seus achados, tornando assim a investigação um processo cíclico e contínuo*".

Logo no primeiro ano do curso já tive contato com a pesquisa acadêmica, voltada para a classificação taxionômica de plantas, que despertava em mim uma utopia que eu julgava diferente. Pensava e ainda penso na cura de doenças através da descoberta das propriedades químicas presentes nas plantas. Nesse sentido, movida pela curiosidade, comecei a participar de investigações científicas em diversos campos.

Algo me dizia que as minhas circunstâncias à época - que condicionavam à minha decisão pela Engenharia Agrônoma e a permanência neste curso por um período de três anos - como tudo na vida, eram acompanhadas de nebulosidades que teimavam em chamar a minha atenção para o meu interesse sobre a área das Ciências da Saúde, ainda que eu não soubesse exatamente qual o curso de escolha.

Foi movida por esse sentimento que, depois de três longos anos de convivência intensa com colegas e professores da Engenharia Agrônoma, prestei outro Vestibular e fui aprovada para o curso de Fisioterapia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Pernambuco. No curso de Fisioterapia sentia a necessidade de ampliar meu conhecimento acerca da cardiologia que julgava a época de importância para minha formação. Desta forma me vinculei a uma Liga Acadêmica – LA, entidade gerenciada por estudantes, sem fins lucrativos, que objetivava estudar o Sistema Cardiovascular de forma mais aprofundada, além de possibilitar uma aproximação dos discentes com a comunidade, o que correspondia aos meus anseios.

A Liga Acadêmica de Cardiologia me permitiu vivências importantes que apontavam para uma situação de ensino e aprendizagem que, diferente das experiências em sala de aula, pautavam-se pela autonomia, pela iniciativa, pela criatividade e solidariedade entre os estudantes e professores.

Acima de tudo, viabilizava uma inserção no mundo das práticas assistenciais e um contato com a comunidade, que era o grande sonho de todo o neófito das Ciências da Saúde, o qual somente era realizado nos anos mais avançados dos cursos. Este aspecto é, hoje, uma recomendação das Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN, que preconiza a inserção precoce do

estudante nos cenários de práticas e as Ligas permanecem como uma estratégia eficiente neste sentido.

No Curso de Fisioterapia, incentivada pelas possibilidades de vivências, de amadurecimento e de formação profissional no âmbito das Ligas Acadêmicas, criei juntamente com dois colegas de Curso e um professor Rodrigo Cappato a Liga Acadêmica de Estudo da Dor.

Na Liga da Dor, nossos anseios eram impulsionados pela necessidade de aprender mais sobre o processo de adoecimento relacionado à dor; ampliar a visão acerca do processo saúde-doença; vivenciar a indissociabilidade entre Ensino, Pesquisa e Extensão; aproximar-nos efetivamente da comunidade e assim preencher lacunas no currículo da nossa graduação.

Nessa LA pude praticar um protagonismo que me qualificava como sujeito do meu aprendizado. Acredito que no espaço da Liga éramos incentivados a refletir de maneira crítica e criativa a cada passo em que nos aproximávamos das necessidades de saúde da população.

Muitos problemas surgiram nesse caminhar, dentre os quais me lembro das dificuldades de estabelecermos parcerias com outros estudantes; de estabelecermos relação de compromisso com professores, principalmente com relação à orientação do processo de aprendizagem que reiterassem a Liga como um estratégia eficiente e eficaz no nosso processo de formação.

Lembro-me de que muitos críticos surgiram sobre o fato de a Liga de Estudo da Dor acolher profissionais das mais diversas áreas do conhecimento, inclusive das áreas humanas e sociais. Assim, essa Liga foi extinta em 2010 por conta de estarmos em etapa final do Curso, apesar da permanência de lacunas que denunciavam a necessidade de processamento de toda a dinâmica que vivemos nesse espaço; da reiteração e dimensionamento do papel das LAs na formação dos profissionais de saúde; e da necessidade de estratégias de fortalecimento do Sistema Único de Saúde - SUS.

Finalizada minha graduação, em 2011 submeti a proposta de estudo acerca das perspectivas das Ligas Acadêmicas no processo de formação dos estudantes das áreas de saúde ao Projeto Pró-ensino na Saúde, oferecido pela Universidade de Brasília – UnB. Na idealização e formulação dessa proposta de estudo deixei-me guiar pela mesma inquietação provocada pelo meu professor de Engenharia Agrônômica, agora na busca de completar aquilo que em relação às Ligas eu considerava inacabado, motivada pela ideia de fazer algo mais pelas Ciências da Saúde.

Alguns questionamentos foram construídos ao longo deste estudo, como forma de compreender e caracterizar as LAs em termos de: Como elas articulam as práticas de ensino, pesquisa e extensão? Quais são as evidências da eficácia das ligas na qualificação dos professores, na formação dos estudantes e na solução e/ou encaminhamentos dos problemas da comunidade? Como as LAs estruturam as suas práticas em termos de sujeitos, objetivos, abrangência/âmbito da ação; princípios orientadores, estratégia de ação e pressupostos de eficácia? Como as LAs se articulam com a rede pública de Atenção à Saúde e com o processo de Educação Permanente em saúde para o SUS?

Para isso, a estruturação deste estudo compreende cinco Capítulos e Considerações Finais. No Primeiro Capítulo abordamos os Modelos tecnoassistenciais em saúde que tratam da estruturação, organização, funcionamento, emprego tecnológico e formação profissional em saúde. Tomamos como marco temporal o final do século XIX, como característico da consolidação do capitalismo monopolista em âmbito mundial e as suas consequências diretas na estruturação das práticas de Atenção à Saúde, estreitamente articuladas com as práticas de formação do pessoal da saúde.

No Segundo Capítulo procuramos conhecer os construtos acerca das estratégias metodológicas para potencializar o Ensino em Saúde, tendo como universo as normativas no plano do Ministério da Educação - MEC, Ministério da Saúde - MS, Projeto Político Pedagógico Institucional – PPPI da Universidade de Brasília, Estatutos das Ligas Acadêmicas; e a implementação do Sistema Único de Saúde – SUS.

No Terceiro Capítulo faremos a exposição dos Objetivos: Geral e Específicos. Já, no Quarto Capítulo explicaremos a Metodologia, os instrumentos e o procedimento de coleta e análise de dados utilizados nesse Estudo.

No Quinto Capítulo apresentaremos os Resultados e a Discussão acerca do tema. E por fim, as Considerações Finais, com as reflexões sobre o percurso teórico e as sugestões para estudos futuros.

## **Capítulo 1 - A GENEALOGIA DOS MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE NA GÊNESE DO CAPITALISMO E DO ESTADO MODERNO**

### **1.1. Modelos de Atenção à Saúde e Formação dos Profissionais de Saúde.**

O estudo das Ligas Acadêmicas - LAs - aqui consideradas como umas das estratégias de complementação curricular articuladas nos Cursos de Medicina e de Ciências da Saúde nas Universidades Brasileiras - traz na sua base o pressuposto já apresentado por Arouca (2003) em sua Tese de Doutorado de que "...a história das ciências é basicamente a história das ideias, e de que estas encontram sua especificidade na relação ... com a estrutura social que as gerou e permitiu o seu aparecimento". Para esta afirmação, esse autor, busca amparo conceitual na obra de Foucault (1971), segundo a qual "... a história de um conceito é a história de seus diversos campos de constituição e de validade, de suas regras sucessivas de uso, dos meios teóricos múltiplos em que se prosseguiu e se acabou sua elaboração" (Arouca, 2003, p.8).

Nesses termos, quando caracterizamos o objeto deste estudo como uma estratégia de formação do profissional de saúde, o situamos em um campo mais amplo, ou seja, o campo da saúde, visto como um espaço estruturado de práticas, que articula o modo de vida de populações específicas; a sua biologia humana expressa em um perfil epidemiológico que se concilia com a singularidade do contexto de emergência dessas práticas e com os serviços de saúde.

Do campo da saúde, como campo relacional, emergem modelos de Atenção à Saúde ou modelos tecnoassistenciais que, a grosso modo, sintetizam a forma como as práticas de saúde são estruturadas, organizadas e funcionam mediadas por processos de trabalho, produção, seleção e emprego de tecnologias; e formação profissional, em estreita relação dialética com os contextos locorregionais e mais geral da sociedade, direcionada pelas suas instâncias socioeconômicas, ideológicas e jurídicas.

Importante se faz afirmar, que este estudo não está orientado na perspectiva discursiva proposta por Foucault (1971). No entanto, recorreremos, sempre que necessário, a uma sucessão de modelos de atenção à saúde considerados aqui como matrizes discursivas geradoras de práticas no campo da saúde e no campo da educação, como componente determinante da formação do profissional do campo.

Em outras palavras buscaremos evidenciar a gênese do processo de estruturação das práticas de saúde e das práticas de educação, naquilo que se faz condição para atribuir visibilidade ao processo de formação do profissional da saúde e, nessa dinâmica, a identificação da gênese das Ligas Acadêmicas para além da busca e identificação dos seus precursores.

No delineamento do processo histórico da estruturação das práticas de saúde, suas intersecções com as práticas de educação e de modo mais específico da forma como se estabelece

os processos formativos do profissional do campo, orientou-se o estudo pelos movimentos da formação do Estado Moderno e da consolidação do Capitalismo como modo de produção predominante no cenário mundial, seguido de movimentos de institucionalização de práticas como a saúde e a educação. Nesse sentido, os sinais e as práticas discursivas mais evidentes serão apresentados de forma abrangente no plano mais geral do cenário mundial e num plano mais particularizado em nível da sociedade brasileira, tomando-se dois marcos temporais:

1) O final do século XVII, início do século XVIII como característico da consolidação do Estado Moderno e as primeiras evidências da produção e acumulação de riqueza, mediada pelos avanços na produção de conhecimento e de tecnologia;

2) O final do século XIX, início do século XX como marco da consolidação do capitalismo monopolista e as reinvestidas no sentido da institucionalização da prática médica em nível mundial a partir de então expressas na configuração de modelos de Atenção à Saúde.

No primeiro marco temporal compreendido entre o final do Século XVII e início do Século XVIII, segundo Rosen (1994), a experiência europeia é marcada pelo mercantilismo e pela consolidação dos estados modernos em contextos marcados por expressivas necessidades localizadas no plano econômico e no plano político.

O fechamento dos campos de produção agrícola; a aglomeração de contingentes humanos e a aceleração do processo de urbanização provocam mudanças radicais no modo de vida das populações, as quais são marcadas pelo sentimento de pânico: pânico face às ameaças externas; pânico face às grandes aglomerações; pânico face à possibilidade de epidemias e contágios pela proximidade entre as pessoas; pânico face à possibilidade de levantes populacionais, que até então tinham o espaço rural como espaço privilegiado e que agora se deslocam para o espaço urbano.

Nesses contextos emergem medidas de cunho normalizador da vida nas cidades. No plano político as normatizações referiam-se ao reforço da estrutura do Estado; à defesa dos territórios mediada por populações hígdas e saudáveis aptas ao exercício na guerra. No plano econômico, permanecia a necessidade de manutenção de uma população hígdida e capaz para a produção e para o consumo de riquezas. Outras necessidades nesse sentido apontavam para a urgência de superação das péssimas condições ambientais visando à circulação de mercadorias em condições mínimas de salubridade com vistas à comercialização (Rosen, 1994).

Esses fatos, característicos dos primórdios do capitalismo e, como vimos, da consolidação do Estado Moderno, no plano do discurso e na perspectiva deste estudo, segundo Foucault (1984), denunciavam a socialização da Medicina, processo no qual este “que fazer” assume foro de prática social uma vez que a sua institucionalização o vincula diretamente ao modo de produção em fase de consolidação e à reprodução das relações sociais de trabalho.

Ainda segundo Foucault (1984), a Medicina incorpora funções disciplinares em termos econômicos de produção e riquezas e em termos político de obediência, sendo evidentes os efeitos

que os modelos de atenção à saúde que se delineavam na época exerciam no modo de vida das populações trabalhadoras.

Embora na sua essência as grandes questões postas aos estados nacionais fossem de natureza idênticas (econômicas, políticas e sociais), Foucault (1984) chama atenção para o fato de que a predominância de um tipo de necessidade sobre as demais nem sempre coincidia de Estado para Estado, assim como as estratégias de poder mobilizadas para as suas superações.

Tomando-se como referência os casos da França, Inglaterra, e Alemanha, esse autor percebe que no caso da França a questão predominante que se colocava na época era a salubridade do meio pelas razões já expostas, voltadas para a circulação das mercadorias, configurando um modelo de atenção à saúde centrado na circulação do ar; circulação da água; cursos dos rios; construções, cemitérios, lavadouros, matadouros etc. Era a Medicina das coisas, Medicina da salubridade do ambiente.

No caso da Inglaterra, berço do capitalismo, e na época o espaço onde esse modo de produção apresentava os maiores sinais de desenvolvimento, as classes sociais já se faziam perceber na estrutura social; na ocupação do espaço geográfico e nos sinais das lutas de classe. Aqui, temos, então, um modelo de atenção à saúde que comporta duas finalidades de cunho econômico e político: 1) Um subsistema orientado para as necessidades de saúde da burguesia emergente e 2) Um subsistema orientado para o corpo do trabalhador, isto é, para o exército industrial de reserva na perspectiva do seu potencial de trabalho; da neutralização da sua carga explosiva no plano das relações de trabalho que se estabeleciam nesse quadro social e da possibilidade de geração e propagação de doenças, segundo a versão das classes dominantes. Seu ponto focal, portanto, é o corpo do trabalhador, Modelo Sanitarista Inglês, esse recebe a denominação de Medicina do corpo do trabalhador.

O Modelo Alemão estrutura-se em função do relativo atraso na consolidação do estado nacional em relação aos demais países da Europa, privilegiando uma ação centrada na saúde da população como fator de defesa do seu território: 1) esquadrinha o seu território segundo critérios de regionalização e hierarquização; 2) estabelece um sistema de monitoramento e quantificação da morbimortalidade; 3) normatiza a prática médica em termos de atribuições profissionais e formação médica. O modelo de atenção à saúde da Alemanha, na época, inovou normatizando a organização da prática médica e a estruturação e organização do sistema formador do profissional médico. Por razões de Estado, o médico constituía um funcionário do Estado, da mesma forma que o conjunto das práticas médicas realizadas na Alemanha da época cunharam o termo “Polícia Médica” como denominação da intervenção do Estado no campo da Saúde elaborada de forma impositiva sobre a população, movida pela razão do Estado; e questão de segurança pública.

Em síntese, no plano geral do estado moderno em formação e dos primeiros sinais de estruturação do modo de produção capitalista em nível mundial, no que se refere à institucionalização de setores do mundo do trabalho, a experiência da França, da Inglaterra e da

Alemanha ilustram no seu conjunto o modelo de atenção característico da Saúde Pública como dever do Estado, que perdura até nossos dias com as mesmas funções e praticamente pelas mesmas razões: 1) a saúde do ambiente; a saúde do corpo do Estado; e a saúde do corpo do trabalhador (Foucault, 1984). No Brasil esses modelos coexistem com alternativas contra-hegemônicas ao modelo considerado dominante na atualidade que é o modelo da Medicina Científica.

## **1.2. Modelos de Atenção à Saúde e Formação Profissional em Saúde na consolidação do Capitalismo Monopolista.**

O marco temporal da consolidação do capitalismo monopolista é localizado no final do século XIX, quando se considera que estão dadas as bases para um tipo de desenvolvimento em nível mundial calcado na acumulação do capital, a qual é mediada pelo desenvolvimento de conhecimentos e de tecnologias, como capacidade de produzir riquezas, otimizar a exploração da força de trabalho; expandir mercados pelo aumento da oferta e procura de bens/serviços e sofisticar as formas de controle social.

Em seu Estudo “A Evolução Histórica da Prática Médica: suas implicações no ensino e na tecnologia médicas” Mendes (1985), identifica no Relatório Flexner, documento resultante de uma Pesquisa financiada pela Fundação Carnegie em 1910, como o marco reorientador da prática médica no capitalismo monopolista até nossos dias. O paradigma da Medicina Científica ou Modelo Biomédico incorpora o conjunto de transformações radicais no campo da Medicina a partir desse Relatório e exerce fortes influências no atual modelo de Atenção à Saúde considerado como hegemônico.

Mas, na realidade, o estudo que desencadeou o Relatório Flexner, referia-se ao estado da arte no ensino em três profissões (Medicina, Direito e Teologia) consideradas como fundamentais na promoção do controle social face aos crescentes conflitos característicos do avanço do capitalismo nos Estados Unidos da América. Em seu estudo, Mendes (1985), parte dos problemas que marcavam a prática médica no início do século passado, identificando os elementos estruturadores que passaram a orientá-las, a saber: 1) mecanicismo; 2) biologismo; 3) individualismo; 4) especialização; 5) exclusão das práticas alternativas e/ou práticas originadas dos saberes populares; 6) tecnificação do ato médico; 7) concentração de recursos. Coerentemente com o modo de produção em consolidação, esse conjunto de aspectos estruturantes da Medicina, a partir de então, exercem determinações fundamentais no modo como essas práticas passam a constituir modelos tecnoassistenciais, que denunciam formas específicas de estruturação, organização, funcionamento, processo de trabalho, produção, uso de tecnologias, produção de conhecimento, e formação da força de trabalho.

É importante que se considere que em torno dos elementos estruturantes do Modelo Biomédico, visto como uma racionalidade médica, gravita um modo de pensar que tem por

referência uma doutrina médica; uma noção de cosmologia ou processo de constituição do cosmo/universo; uma noção de fisiologia; uma noção de morfologia/anatomia; uma noção de diagnóstico; uma noção de terapêutica e um modo de perceber a cura ou reabilitação.

Nesse sentido, apresenta-se as principais características do Modelo Biomédico de Atenção à Saúde:

- O Mecanicismo é uma decorrência da influência da física mecânica/newtoniana, enquanto paradigma que, à época da constituição do modelo biomédico, explicava a cosmologia e a cosmogonia do Universo. Como saber dominante definia o universo como um todo organizado e de funcionamento harmônico, racionalidade esta transposta para a concepção de máquina e, por analogia, para o corpo humano. Como objeto de intervenção da medicina o corpo humano passa a constituir campos parciais para os quais há conhecimentos, atos e procedimentos que se orientam para a recomposição das partes (células, órgãos, sistemas) na perspectiva da harmonia do todo;

- O Biologismo toma os aspectos biológicos como foco principal, com base nos avanços tecnológicos da bacteriologia, sendo a etiologia e o fator celular os elementos responsáveis pela natureza do aparecimento da doença e da condição patológica;

- O Individualismo denuncia a competição nas relações de trabalho e a culpabilidade do homem, quando o assunto é saúde, uma vez que se expressam na ideologia que o indivíduo é responsável, exclusivo, pelo próprio adoecimento, negando a influência dos fatores sociais, ambientais e as diferentes interações que o homem pratica durante a vivência;

- A especialização está relacionada à concepção de cuidar primeiro da parte para se entender o todo. Neste sentido, a especialização compartimentaliza o trabalho em partes, produz hierarquização de profissões e profissionais, e expropria a criatividade e os processos de desenvolvimento do sujeito como um todo complexo;

- As práticas alternativas ditas não científicas são excluídas do processo de saúde, como forma de anular ou restringir as práticas de saúde populares, religiosas e outras;

- A tecnificação do ato médico explicita a ênfase nas tecnologias consideradas avançadas, com acumulação de equipamentos sofisticados no tratamento e na resolução de problemas em saúde;

- Ênfase na Medicina curativa: A cura das doenças é o foco principal da medicina científica, com vista a medicalizar e hospitalizar os enfermos para sua cura e torná-lo produtor e apto ao retorno às atividades de trabalho, sendo considerada uma das bases do capitalismo a produção que visa o lucro;

- A concentração de recursos revela que a disponibilização de bens e serviços, assim como a localização de equipamentos, centros de pesquisas e centros formadores se encontram em zonas centrais urbanas e acessíveis para a população com maior poder aquisitivo, contribuindo para o processo de amplificação das desigualdades sociais que ameaça o Modelo Biomédico.

Apesar dos inegáveis avanços na prática médica, a partir da nova racionalidade calcada unicamente em atos e procedimentos cientificamente orientados e comprovados, considera-se que o modelo hegemônico, diga-se, Modelo Biomédico, dialeticamente tem nos seus elementos estruturantes os fatores desencadeadores da sua própria crise. Gestada na primeira metade do século XX. As características fundamentais da crise do Modelo Biomédico são a ineficiência comparados os investimentos realizados e os resultados obtidos; a ineficácia, como expressão, dos efeitos das ações desenvolvidas face à situação de saúde das populações; e a desigualdade no acesso dos indivíduos e dos grupos sociais aos serviços de saúde.

A crise do Modelo Biomédico em nível mundial pode ser entendida como uma das manifestações das crises cíclicas ou não que caracterizam a evolução do capitalismo de onde passam a ser pensadas e encaminhadas propostas solucionadoras em termos de Modelos de Atenção à Saúde contra-hegemônicos ou complementares. Essas propostas, por sua vez, em nível de cada estado-nação sofrem as reformulações e/ou adequações de modo coerente com o seus níveis de desenvolvimento das forças produtivas; com o nível de desenvolvimento das relações sociais que os caracterizam; e com o nível de legitimidade do Estado nas suas relações com a sociedade.

Há que se considerar, também, o contexto de deflagração dessa crise marcada por uma fase histórica de crescente globalização, articulada com as tendências neoliberais em todos os campos da experiência humana com decorrências radicais e conflitantes para a maioria das concepções e materializações de Sistemas de Saúde em todo o mundo.

Segundo Flores (2010), no plano interno da sociedade brasileira, a crise do Modelo Biomédico assume graus de expressividade a partir da década de 50 do século passado, num contexto de urbanização e de industrialização da economia. É importante que se atente para a emergência de um crescente movimento de organização da sociedade civil em torno dos problemas do cotidiano da vida das massas trabalhadoras, onde sobressaiam-se as mobilizações pela saúde, educação, moradia, salário, e muitas outras, oportunizando a consolidação de práticas de saúde e de educação de cunho popular. Do lado da educação estruturam-se os Movimentos de Educação de Base e no campo da Saúde estruturam-se os Movimentos Populares de Educação e Saúde e o Movimento Sanitário Brasileiro (Paim, 2007).

Apesar do potencial organizativo até então nunca demonstrado pela sociedade civil brasileira, há que se considerar o peso da ditadura militar instalada nos anos 60, como expressão de um movimento que interrompeu por várias décadas a trajetória de democratização acelerada em construção na América Latina.

No período da ditadura os movimentos na saúde e na educação encontraram respaldo na atuação da Igreja Católica, do Movimento Sindical e dos grupos de esquerda, que face a derrota política imposta pelo movimento militar, foram instados a reformularem as suas matrizes

discursivas e práticas na perspectiva do restabelecimento dos vínculos enfraquecidos com a massa trabalhadora.

No início da década de 1970, num contexto de crise de legitimidade do Estado Brasileiro, crise financeira na saúde e na previdência, e agudização das condições de vida e de saúde da população, assume visibilidade a crise do Modelo Biomédico em termos nacionais, a qual em termos mundiais vem sendo amplamente discutida e denunciada por organizações internacionais, sendo as discussões nesse sentido acompanhadas de propostas políticas de extensão de cobertura dos serviços de saúde para as populações, de modo articulado com a formulação de modelos de atenção à saúde alternativos, contra-hegemônicos ou complementares para a superação das carências e ausências face às necessidades de saúde que marcavam esse período.

É nesse contexto que, ao ritmo das Políticas de Saúde formuladas no espaço do Estado Brasileiro e das mobilizações do Movimento Sanitário Brasileiro, se criam as condições para a adequação e incorporação do Paradigma da Medicina Comunitária como um modelo complementar ao modelo Biomédico, de base flexneriana dominante. O Modelo da Medicina Comunitária foi construído originalmente pelo Governo Inglês como programa de saúde destinada às suas colônias na África, concebido como um conjunto de medidas simples, para populações simples, cujos problemas de saúde eram simples e de fácil solução. Posteriormente este paradigma é adaptado como forma de enfrentar, no campo da saúde, às contradições que emergem do modo de produção capitalista nos Estados Unidos da América (Flores, 2010).

A proposta deste Modelo foi sistematizada no Relatório Carnegie da Fundação Carnegie, que passa a defender a desflexnerização dos modelos de atenção à saúde vigentes, mediante as seguintes recomendações: atenção mais ampla em saúde; Integração de atividades de promoção, prevenção e de reabilitação; desconcentração de recursos para o setor saúde; utilização de tecnologias leves, de práticas terapêuticas e racionalidades medicas; atuação em equipe multiprofissional; participação da comunidade nas questões em saúde; integração docente-assistencial; estruturação de um programa sanitário nacional.

A Medicina Comunitária surgiu com dois grandes desafios que se estabelecem nas principais funções, de um lado redução do uso das tecnologias caras em processo de racionalização de custos, e de outro uma proposta de ampliação da cobertura em saúde que se estenderia por todo território. Assim, ao passo que a Medicina Comunitária previa uma prática médica de baixo custo promoveria redução de gastos com a saúde e redirecionamento do montante para outros setores da economia. Concomitantemente, a Medicina Comunitária ampliaria a cobertura em saúde direcionando suas ações para a clientela marginalizada, favorecendo o imaginário acerca da redução de custos e da redistribuição de renda (Mendes, 1985).

De acordo com mendes (1985) os elementos estruturantes da Medicina Comunitária são: coletivismo restrito; integração de atividades de promoção, prevenção, e curativas; desconcentração de recursos; utilização de tecnologia apropriada; inclusão de práticas médica alternativas; utilização

da equipe de saúde; participação comunitária. Estes elementos se concretizam com as seguintes propostas:

- Coletivismo restrito: o coletivismo restrito, apesar de defender a participação da comunidade na gestão dos serviços de saúde, situa-se ao nível local dos serviços de saúde, caracterizando um protagonismo desvinculado do plano geral da sociedade;
- Integração de atividades de promoção, prevenção, e curativas: a integração entre outras práticas enfatizam as ações de Atenção à Saúde com vista na integração entre os níveis de atenção: de baixo, de médio e de alta complexidade, ampliando o olhar na perspectiva da equidade e da integralidade;
- Desconcentração de recursos: a desconcentração dos recursos se alicerça na regionalização e a hierarquização dos recursos, de modo que a regionalização permite o reconhecimento da complementariedade da atenção em regiões economicamente desiguais, enquanto que a hierarquização permite uma organização dos sistemas de saúde de acordo com o nível de complexidade, sendo as unidades básicas de saúde, componentes do nível de atenção básico a porta de entrada do sistema de saúde;
- Utilização de tecnologia apropriada: para a medicina comunitária a tecnologia apropriada seria aquela considerada cientificamente bem estruturada, acessível para os que a utilizam referentes ao emprego de atos, procedimentos, equipamentos, estruturas físicas, dentre outros, adequada em termos culturais;
- Inclusão de práticas médicas alternativas: a inclusão das práticas médicas alternativas se referem à incorporação dos saberes e práticas populares culturalmente estruturadas nas comunidades;
- Utilização da equipe de saúde: a utilização da equipe de saúde é proposta como uma nova orientação no trabalho, focalizada na ação interdisciplinar, competência técnica, e divisão técnica do trabalho;
- Participação comunitária: propõe a inclusão da comunidade na gestão das redes locais de saúde, mediante a criação de mecanismos que propiciem a participação da população na formulação da política local de saúde.

A pesar dos seus elementos estruturantes, reafirma-se que a relação que se estabelece entre o Modelo da Medicina Comunitária e o Modelo Biomédico é de complementariedade, visto que, como já foi dito, a Medicina Comunitária não apresenta nenhuma reformulação de cunho radical para o modelo já em funcionamento. Porém abrem-se espaços para outras práticas ao mesmo tempo em que ampliam as possibilidades de constituição de novos protagonistas no campo da saúde, num contexto de mobilização da sociedade em torno da saúde, mediada pelo movimento sanitário e na perspectiva da implantação e consolidação do SUS.

Nesses termos, segundo Mendes (1985), no que se refere à formação do pessoal da saúde, viabiliza-se a aproximação do conhecimento científico e do saber popular; a implantação de experiências piloto em Medicina Comunitária; uma produção de conhecimento que emerge das necessidades locais de saúde; a criação de alternativas convergentes para a destecnificação do ato médico, valorizando-se a utilização de tecnologias apropriadas.

A partir do Paradigma da Medicina Comunitária e do Paradigma da Medicina Preventiva, outros modelos de atenção considerados contra-hegemônicos começam a ser incorporados, então, nos movimentos de criação e formulação das bases para o Sistema Único de Saúde, cabendo ressaltar o dilema do Modelo Preventivista que tem como pressuposto a mudança de hábitos da população com vistas a redução e incidência das doenças, e o Modelo Campanhista que introduz, no cenário de práticas, campanhas com finalidade na cobertura das populações pelo combate das epidemias e endemias (Mendes, 2011).

No entanto, permanece, também na formação de pessoal o predomínio do Modelo Hegemônico, embora na presença de outros modelos contra-hegemônicos, que segundo Paim (2007), também não satisfazem a demanda de serviços e não dialogam entre si. Por vezes até dificultam a aproximação entre a saúde e a educação, ainda que gerem debate sobre as necessidades que emergem nesse campo.

Nesse sentido, a produção do conhecimento segue as mesmas tendências do modelo assistencial Preventivista e Biomédico, os quais valorizam a acumulação do lucro; a utilização de tecnologias; e a valorização da especialização, que caracteriza a produção do conhecimento característica do Paradigma da Medicina Científica e pelo Modelo Preventivista que tem como finalidade ações que objetivem a prevenção e cura das doenças.

Em síntese, a racionalização de recursos; a aproximação do Estado nas políticas públicas; a participação social; o incentivo à formação generalista, com enfoque na família e na comunidade, assume uma coloração mais forte via políticas de saúde no Brasil a partir da incorporação adequada do Paradigma da Medicina Comunitária ao Modelo dominante da Medicina Científica e também aos ideias da medicina assistencial Privatista. No entanto, cabe considerar que a opção pela incorporação da Medicina Comunitária ao Modelo Biomédico não se dá, necessariamente, pelo elemento crítico que aquele modelo possa aportar ao segundo modelo. A convergência de ambos estaria relacionada exatamente pelo fato de que a complementariedade neste caso reside no fato de a Medicina comunitária não aportar reformulações radicais no plano da estruturação das políticas de saúde. Em outras palavras, estes paradigmas se confluem à medida que tem como foco a geração de capital, seja para o enriquecimento direto de uma pequena parcela da população, seja pela racionalização de recursos para aplicação em outros setores que refletirá no enriquecimento indireto de poucos (Mendes, 1985).

Mas, é importante que se considere que na trajetória do Movimento Sanitário, do Processo da Reforma Sanitária, e da implantação e implementação do SUS é inegável a presença ainda visível das bases flexneriana do Modelos hegemônicos.

Campos, Aguiar e Belisário (2012) identifica nesse sentido, no que se refere à formação do profissional de saúde, a persistência de problemas de natureza pedagógica que dizem respeito à compartimentalização do ensino, à orientação do método didático orientado para a transmissão vertical do conhecimento e a especialização precoce, além de uma tendência de supervalorização da pesquisa em detrimento das atividades de ensino.

De uma forma geral, a situação de ensino e aprendizagem no processo de formação dos profissionais em saúde impulsionam reflexões em todos os cenários sociais. Além disso, observa-se que as soluções não correspondem com a totalidade e a complexidade das ações, mas sim pela noção individual e partilhada no processo do cuidado em saúde, reafirmado pelos modelos hegemônicos (Paim, 2002).

Essas relações de reciprocidade são consideradas complexas uma vez que as mesmas são expressas pelo contexto político, econômico e social; pela natureza das instituições de ensino; pelas metodologias desenvolvidas; pelos recursos e técnicas de ensino adotadas; pelo protagonismo proposto para os professores, os estudantes, os gestores e a comunidade, beneficiada com as ações desenvolvidas e implementadas (Neves et. al., 2008; Hamamoto-Filho et. al., 2011; Mendes, 2011).

O assunto se torna mais delicado quando se busca uma formação de qualidade nos cursos de ciências da saúde no início do século XXI, devido às divergências políticas, econômicas e sociais que se mostram impregnadas de relações de poder no nível micro e macro-político, expressas pelas divergências lócus regionais (Nosella & Azevedo, 2009). Uma formação de qualidade possui óticas diferenciadas quando se trata sobre o modelo de atenção à saúde que predomina em um determinado contexto. Diante de diversos modelos de atenção em saúde, emergem diferentes bases teóricas e conceituais que propõem direcionar os olhares para as condições agudas e crônicas do processo de adoecimento das populações neste século (Mendes, 2011).

A partir dessas concepções, surgem reflexões profundas, em meados dos anos 1980, sobre as mudanças necessárias na graduação dos cursos de saúde, que se intensificam pelos movimentos sociais. Para atender às demandas emergentes, um novo perfil do futuro egresso é evocado através de competências, habilidades e valores contemporâneos com finalidade na resolutividade e na integração entre o ensino e os serviços em saúde (Merhy, 2005). Para isso, o futuro profissional deverá dominar alguns aspectos importantes, como: ser coerentes com a tomada de decisão; possuir liderança; possuir uma capacidade de administração e gerenciamento no setor saúde; possuir capacidade de comunicação eficaz entre serviço, profissionais e usuários; atuar na atenção integral à saúde da sociedade; e ser fomentadores da educação permanente e continuada em saúde, para o aprender a aprender, o aprender a agir, o aprender a conhecer e o aprender a ser, em um ciclo contínuo (Mitre et. al., 2008).

Dentre as estratégias e políticas implementadas e implantadas na perspectiva da formação profissional se destacam algumas orientadas pelos estudos de alguns autores (Martins & Barsaglini, 2001; Merhy, 2005; Martins, 2006; Pereira & Ramos, 2006; Hamamoto-Filho et. al, 2011).

- A Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB (Brasil, 1996) que define e regulariza o sistema de educação brasileiro com base na Constituição Brasileira Federal - CBF (Brasil, 1988);
- As novas Diretrizes Curriculares Nacionais – DCNs (Brasil, 2001), que servem como norteadoras para reestruturação dos currículos nas instituições de ensino do país;
- O Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – Sinaes (Brasil, 2004) que avalia as instituições de ensino superior no Brasil levando em consideração aspectos estruturais e organizacionais;
- A Política Nacional de Educação Permanente – PNEP, instituída pela Portaria número 198/GM em 13 de fevereiro de 2004 como estratégia do Sistema Único de Saúde – SUS, para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores em saúde, através da integração entre ensino e serviço;
- Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde – Pró-saúde lançado em três de novembro de 2007 por meio da Portaria interministerial, Ministério da Saúde - MS e Ministério da Educação – MEC, com finalidade em reorientar a formação para as necessidades concretas da população, a produção de conhecimento e a prestação de serviços no processo de fortalecimento e reestruturação do SUS (Brasil, 2007).

O Projeto Político Pedagógico Institucional - PPPI da Universidade de Brasília – UnB, que teve sua reformulação em 7 de julho de 2011 traz aspectos importantes para reorientação das ações de construção de um perfil profissional convergentes com os ideias das propostas educacionais pautadas na reflexão; na atuação ética em distintos contextos; no desenvolvimento de trabalhos colaborativos com a comunidade ao qual a universidade está inserida; na diversidade; no incentivo ao aperfeiçoamento cultural e profissional contínuo dos sujeitos, constituindo um campo amplo de reflexão acerca da formação, na tentativa de fomentar a estruturação do sistema educacional superior no Brasil (UnB, 2011).

Muitas estratégias tem se confluído na concretude de tais mudanças necessárias, através de alternativas de potencialização de metodologias ativas de ensino e aprendizagem; articulação entre academia e comunidade; desenvolvimento de políticas de educação popular e permanente; articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão que sinaliza para uma formação direcionada para a integração; a humanização; e o atendimento de qualidade, em uma perspectiva de fortalecimento do Sistema Único de Saúde - SUS (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

Nesse contexto, as Ligas Acadêmicas apresentam-se como estratégias extracurriculares, formuladas ao interior dos cursos da área da saúde com o objetivo de preencher lacunas no plano das habilidades e competências dos seus egressos; aproximar e integrar os diversos currículos envolvidos na formação; e contribuir para uma formação profissional mais adequada às

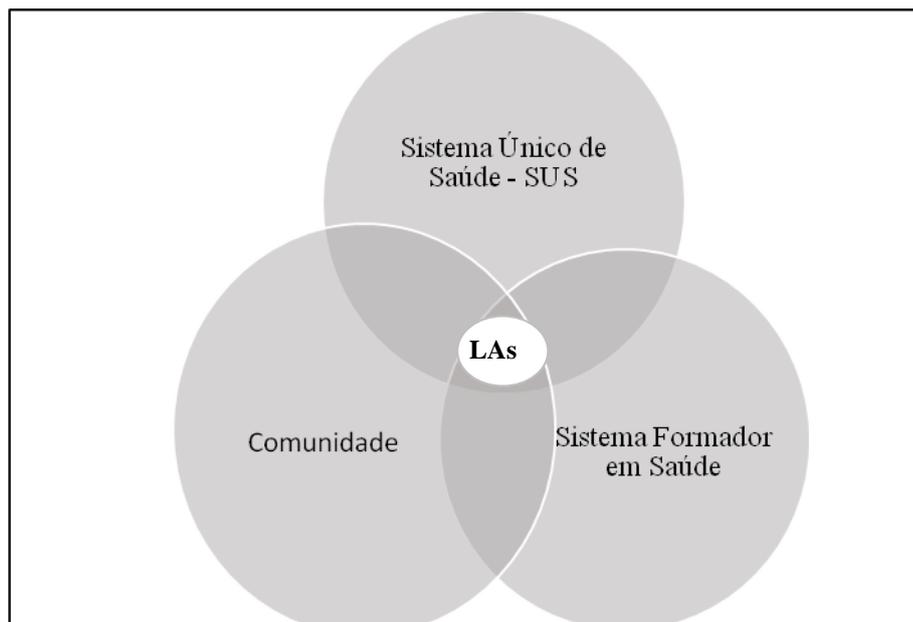
necessidades de saúde e as condições materiais de vida da sociedade brasileira. As LAs, nesse sentido, passam a influenciar e a constituir cenários de práticas consoantes com as novas concepções metodológicas que advogam uma aprendizagem significativa a partir de uma iniciativa estudantil ativa que tem como universo a situação de saúde da população e o ensino nas universidades (Ferreira, Aranha & Souza, 2011; Hamamoto-Filho et. al., 2011).

As LAs vem ocupando cada vez mais um papel significativo no cotidiano acadêmico dos cursos de saúde, principalmente nos cursos de Medicina, sinalizando para as necessidades de transformação do currículo formal e do cenário de práticas (Martins & Barsaglini, 2001; Martins, 2006). No entanto, não estão claros os papéis conceituais e metodológicos das ligas acadêmicas, no que se refere a solidificação dos seus construtos teóricos e conceituais para a formação dos profissionais em Ciência da Saúde.

Estas entidades estudantis, na maioria das vezes, realizam suas práticas em torno do currículo oculto, propondo atividades extracurriculares que colaboram para o processo de educação dos estudantes dos cursos de saúde (Peres, 2006). Além disso, a literatura sobre este tema apresenta uma tendência geral de considerar as LAs um forte instrumento metodológico, que possibilita desenvolvimento tecnológico da pesquisa; transmissão e aquisição de conhecimento entre estudantes/professores/comunidade; e possibilita um campo de prática e cuidado em saúde (Torres, Oliveira, Yamamoto & Lima, 2008).

Assim, entender como as LAs estruturam as suas práticas em termos de abordagem/métodos; bases filosóficas, sujeitos, objetivos, abrangência/âmbito da ação; como elas articulam as práticas de ensino, pesquisa e extensão; quais são as evidências da eficácia das ligas acadêmicas na qualificação dos professores, na formação dos estudantes e na solução e/ou encaminhamento dos problemas da comunidade; como as LAs se articulam com a rede pública de atenção à saúde; e afirmar se as Ligas Acadêmicas podem ser consideradas estratégias educativas, são os motivos para a realização desta dissertação.

As Ligas Acadêmicas, consideradas aqui, uma estratégia educativa para a transformação social pela intersecção em uma relação tridimensional entre Serviços; Implementação do SUS e Sistema Formador para além da transmissão do conhecimento em saúde (**Figura 1**).



**Figura 1.** As Ligas Acadêmicas como espaço de intersecção de práticas de saúde.

Nessa perspectiva, este estudo reveste-se de relevância na medida em que propõe uma primeira análise das LAs no contexto do Ensino Superior em saúde na Universidade de Brasília – UnB, de maneira específica nas Faculdades de Ciências da Saúde - FS e na Faculdade de Medicina - FM, ao que se refere a formação dos profissionais para os serviços de saúde. Deste modo, este estudo tem como propósito a análise das ligas acadêmicas no processo de formação profissional em saúde em uma discussão que abrange a incorporação das Diretrizes Curriculares Nacionais – DCNs; a formulação dos Projetos Políticos Pedagógicos -PPPs Institucional e para os cursos de Medicina e Enfermagem; e a Política Nacional de Educação Permanente para o SUS. Tendo por objetivo “analisar as ligas acadêmicas estruturadas e em funcionamento na Faculdade de Ciências da Saúde - FS e na Faculdade de Medicina - FM da Universidade de Brasília – UnB como estratégia de ensino e aprendizagem no processo de formação do corpo discente.

Além do mais, considera-se que os cursos da Universidade de Brasília – UnB se assemelha a outros cursos de instituições de ensino superior no Brasil por estar direcionando seus projetos políticos pedagógicos às novas Diretrizes Curriculares (2001) a fim de transformar o contexto em formação profissional para as necessidades oriundas da sociedade e aproximar universidade da comunidade.

Este fato favorece o direcionamento do projeto político pedagógico institucional da UnB, às necessidades do Sistema Único de Saúde, e, os resultados deste estudo servirão para nortear as políticas educacionais desenvolvidas dentro e fora das instituições de ensino superior, lançando uma proposta no campo da saúde, expressa nas ligas acadêmicas como estratégia educativa de potencialização do ensino e aprendizagem em saúde, proposta pelo Projeto Pró-ensino na Saúde

que frisa o fortalecimento do Ensino na Saúde no contexto do SUS: uma proposta interdisciplinar da Universidade de Brasília na região centro-oeste.

Na tentativa de buscar soluções para tais questionamentos diferentes modelos de atenção à saúde surgem, como os modelos direcionados pela Medicina Comunitária e Medicina Preventiva de forma contra-hegemônica, com finalidade na resolutividade dos desafios e agravos verificados (Mendes, 2011; Arouca, 2003).

Em síntese, o caráter cíclico das crises do Modo capitalista de produção, é uma característica dialeticamente inerente ao produto. Logo, a crise no campo da saúde é uma das expressões dessas crises mais gerais, que se manifestam como objeto de estudo desde o século XIX, no modo de vida da população, na evolução dos perfis de morbimortalidade, no modo como são formados os profissionais em saúde e no modelo implementado nos serviços.

Segundo Mendes (2011), ao passo que estes cenários constituem-se um espaço amplo de práticas, seja com base nos modelos hegemônicos, ou nos modelos contra-hegemônicos, os problemas em saúde persistem, sendo estudados de forma evolutiva e conflitantes com base em diferentes teorias que tentam explicar a origem e a permanência dos agravos em saúde.

## **Capítulo 2 - MATRIZES DISCURSIVAS E PRÁTICA EDUCATIVA: A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE**

Neste segundo Capítulo faremos uma breve exposição da história da educação, das normativas para a formação profissional em saúde, buscando identificar os seus nexos com o surgimento das Ligas Acadêmicas e com o Sistema Único de Saúde.

### **2.1 Matrizes Discursivas do campo da Educação**

Conforme o dicionário de Língua Portuguesa Aurélio (Ferreira, 1999), a Educação é definida como: “ação de desenvolver as faculdades psíquicas, intelectuais e morais dos sujeitos”. Essa ação se daria pelo conjunto de práticas com finalidade no desenvolvimento de competências, habilidades e valores relacionados ao universo psíquico, hábil e moral que o indivíduo adquire ao longo da existência.

Partindo dessa definição e na perspectiva de uma relação entre a educação e a estrutura social os processos de construção/reconstrução do conhecimento acompanham as relações existenciais entre os homens, dos homens com o meio ambiente e desses com o modo de produção, em um espaço temporal e histórico (Reis, 2011; Rodrigues, 2001).

Nesse sentido, a estruturação da Educação como uma prática social opera-se, historicamente, em momentos, que são delimitados pelo marco temporal e pela consolidação do capitalismo monopolista do século XIX.

No âmbito mais geral Novóia (2009) apresenta os períodos que caracterizaram as bases do sistema educacional em: a) 1870 com a Consolidação do Modelo Escolar; b) 1920 com a Educação Nova e Pedagogia Moderna; e c) 1970 com a Desescolarização da Sociedade.

Para o primeiro tempo histórico são caracterizados três cenários de evolução que considera aspectos da educação familiar, da educação privada e da educação individualizada. Nessa caracterização foi atribuído um sentido fundamental ao papel da família no processo de educação, onde esta por vez, era considerada o centro do processo educativo. Já, na educação privada as relações de mercado lucrativo do sistema capitalista passam a assumir o papel central e o Estado se distancia da organização e controle na criação de escolas. A educação aos poucos passa a assumir um papel individualizado pela utilização de tecnologias de ensino.

Percebe-se que nesses cenários ocorre um distanciamento do Estado na organização e reestruturação da educação e aprofunda a crise do sistema educacional acerca das desigualdades nas formas sociais e escolares de acesso; na desvalorização da dimensão pública; e no pouco incentivo às iniciativas organizacionais, curriculares e pedagógicas (Novóia, 2009).

A crise do sistema educacional provocada pelo distanciamento do Estado nas questões de educação afeta a estrutura no primeiro período, o que desemboca no segundo tempo histórico

apresentado por Novóia (2009), possibilitando diferentes reflexões científicas que mobilizaram profissionais dos mais variados campos do saber (psicologia, medicina, educação, sociologia, antropologia, dentre outros). Esses fatos culminaram no Manifesto pela Educação Nova que tinha como princípios: a integralidade da educação; a autonomia dos educandos; a utilização de métodos ativos de ensino; e o desenvolvimento de uma pedagogia inovadora de ensino e aprendizagem, colocando o educando no centro do processo educativo. No entanto, a incapacidade das escolas em promover a articulação entre as variadas formas de metodologias, ao acesso e a formação dos cidadãos geram crises, visto que a sociedade se apresenta de forma dinâmica e em constante transformação (Novóia, 2009).

No segundo tempo histórico há dois cenários definidos pelas relações entre a Escola e a Comunidade na perspectiva de organizar a aprendizagem. O primeiro cenário é caracterizado pela orientação de uma missão social da educação para as famílias e crianças na busca pelo desenvolvimento de competências sociais e culturais.

Já, no que se refere ao segundo cenário a escola passa a ser centrada no processo de organização da aprendizagem que é vista como produto de múltiplos aspectos envolvidos, desde as especificações das relações humanas até a constituição de indivíduos para agirem no mundo.

Este cenários geram um dualismo cada vez mais acentuado, onde de um lado as elites investiram em uma educação privada mercadológica com foco na aprendizagem de seus filhos, e por outro, as famílias menos favorecidas encaminhavam seus filhos para as escolas públicas idealizadas na dimensão assistencial (Novóia, 2009).

Cem anos depois, em 1970, o modelo escolar é posto em reflexão por uma série de movimentos que clamam pela desescolarização da sociedade, sendo a Educação Permanente uma das bandeiras desses movimentos.

Uma das principais correntes de reflexão acerca do sistema educacional neste período coloca-se em questão a Educação Permanente como uma perspectiva a ser construída/reconstruída no dinamismo social e que não pode ser vista sob uma única óptica, mas que se configura pela articulação entre os diferentes setores na sociedade (Novóia, 2009).

No terceiro tempo histórico pode-se resgatar três cenários referidos pelas redes de aprendizagem; pela aprendizagem ao longo da vida; e pela escola como uma das múltiplas instituições formadoras.

Nas redes de aprendizagem observa-se uma incorporação de setores à escola como forma de articular as chamadas redes de educação na superação de desafios frente a desorientação dos setores educação, saúde e serviços. Integra-se a esse cenário o reconhecimento da formação como um processo contínuo fundamentado no quadro das políticas de emprego e requalificação profissional, sendo a Educação Permanente um dispositivo de suma importância.

Assim, a escola é considerada uma das múltiplas instituições formadoras da sociedade que por vez, deveriam se organizar com vista ao modelo intencionalizado para o novo Projeto de

Sociedade; nas descobertas das potencialidades culturais e educacionais dos indivíduos; e na fomentação da articulação permanente entre as diferentes instituições públicas e privadas.

No que se refere ao Brasil, Aranha e Saviani (2006) apresentam três momentos que se assemelham aos apresentados por Novóia (2009). Esses momentos da estruturação da Educação no cenário brasileiro são: a) “a educação dos nativos”; b) “a educação da elite”; e c) “a educação da sociedade”.

A “educação dos nativos” teve seu auge no período da colonização do território brasileiro pelos portugueses, nos séculos XVI e XVII. Nesse período temporal a figura dos jesuítas se configurou como primordial na disseminação do conhecimento. Esta disseminação era baseada no despejo de conteúdos aos “recém-descobertos”, os índios, na perspectiva da imposição de uma cultura dita “civilizada” pelos colonizadores. Considerando aqui o conceito referido pelo dicionário Aurélio, esta forma de Educação estaria longe de incentivar o desenvolvimento de habilidades humanas e proporcionar a transformação democrática do homem. O que se instituiu era a imposição de dogmas considerados superiores em detrimento a cultura dos “povos recém-descobertos”, e assim, torná-los parte de uma cultura pré-determinada como afirma Aranha e Saviani (2006).

O segundo momento refere-se ao período das repúblicas, séculos XVIII e XIX, onde as práticas de Educação eram intencionalizadas para a elite brasileira que se expandia, à época. Esta fase contou com o apoio da própria elite que buscava aspirações políticas, baseadas nas experiências de países europeus, tendo em vista que muitos dos filhos oriundos da nobreza tinham como destino a Europa para começarem ou concluírem seus estudos. A troca de experiências com o sistema educacional europeu possibilitou uma reflexão de cunho ideológico que surtiu em um dos movimentos reformistas por um novo modelo de Educação emergido na década de 30 do século passado. O chamado movimento da Escola Nova, também teve sua importância para a composição da base do sistema educacional brasileiro (Aranha & Saviani, 2006).

O terceiro momento caracterizou-se pela presença de muitos pensadores, filósofos e sociólogos da educação que clamavam por melhores condições de trabalho, saúde e educação no início do século XX. Foi neste século que surgiram educadores brasileiros que influenciaram as tendências educacionais, como por exemplo: Anísio Teixeira, Lourenço Filho, Fernando de Azevedo, Paulo Freire, Álvaro Pinto, Dermeval Saviani, dentre outros colaboradores. Essas tendências seriam refletidas pelo conceito de educação e pelas relações desta com o modo de trabalho da sociedade, na perspectiva da aquisição de aspectos coerentes com um novo Projeto de Sociedade (Aranha & Saviani, 2006).

Donato (2009) referencia os momentos da Educação como fundamentados por teorias. Essas teorias são classificadas em três grupos: teorias não-críticas; teorias crítico-reprodutivas e teorias críticas, que estariam relacionadas ao “saber aprender”, ao “saber fazer” e ao “saber ser”.

As teorias não-críticas firmam-se pelas práticas tradicionais da pedagogia tomando o professor como centro do processo de ensino e aprendizagem direcionados pela aquisição de conteúdo. Observa-se que esta pedagogia se caracteriza pela memorização, retenção e domínios de competências/habilidades técnicas sugerindo um “saber aprender”, que se assemelha ao modelo do educar dos nativos referido por Aranha e Saviani (2006) e ao modo de consolidação do sistema escolar referido por Novóia (2009).

A teoria crítico-reprodutiva surge como reflexão acerca da ineficácia da teoria não-crítica em dar conta da falta de acesso e da alfabetização não atingido. Essa teoria centra-se em práticas pedagógicas que colocam os alunos no centro do processo de ensino e aprendizagem com vista ao desenvolvimento de competências/habilidades técnicas e políticas identificadas pelas necessidades dos alunos que configura-se em um “saber ser”. Reitera-se aqui que essa teoria se aproxima do terceiro momento referido por Aranha e Saviani (2006), educar a sociedade, e também, do segundo período acerca da Educação Nova referido por Novóia (2009).

Por último, na perspectiva de Donato (2009) a teoria crítica se apresenta como impulsionadora da era tecnicista, onde as competências/habilidades técnicas são os pontos cruciais, o que incidiria em um “saber fazer”. Nesse sentido, os professores são impulsionados a dominarem práticas, técnicas, e equipamentos que objetivem a operacionalização e a mensuração de comportamentos observáveis. Infere-se aqui, a aproximação desta teoria com os segundo e terceiro momentos referidos por Novóia (2009), que enfatiza o aparecimento de novas tecnologias no processo educativo e no reconhecimento da escola como uma das múltiplas instituições formadoras.

Nos achados desses três autores percebe-se que o processo de consolidação do sistema educacional foi marcado por tendências e expressões que emergiram acerca da ineficiência e ineficácia das práticas pedagógicas em dar conta da falta de acesso e das desigualdades sociais que marcaram a história.

Na perspectiva de Paulo Freire (1996) o educando ocupa o espaço central no protagonismo da própria educação, evidenciando uma prática pedagógica direcionada politicamente com vistas ao despertar da criatividade, criticidade, autonomia e liberdade. A escola tradicional seria questionada como uma das causas do acomodismo do homem. Nesse sentido, os postulados de Freire apontam para uma pedagogia da libertação e nesse processo são identificados três estágios:

O primeiro estágio, caracteriza o momento da investigação, observação e caracterização do universo vocabular e as questões que expressam o cotidiano do educando, seja, na família, na comunidade, na escola, etc;

O segundo estágio consta da tematização que promove a conscientização em relação ao universo vocabular que desperta a curiosidade e insentiva a criatividade do educando/educador;

O terceiro estágio caracteriza-se pela problematização do universo desvendado, que se expressa como uma prática discursiva articulada ao mundo do trabalho em que a comunidade está

inserida. Este exercício desperta nos educandos a criatividade e a criticidade como condição para uma tomada de consciência e superação das suas condições materiais de vida.

Nessa perspectiva, os homens produzem-se, na presença uns dos outros numa relação recíproca de constituição e ao mesmo tempo constroem a sociedade de forma crítica e histórica, para além do ser como objeto, sobre o processo de construção dos saberes e das suas implicações na transformação social (Rodrigues, 2001).

## **2.2 Sobre a formação do profissional de Saúde: as normativas e os nexos com o Sistema Único e as Ligas Acadêmicas**

O currículo como objeto central da reestruturação das escolas, passa a ser visto e identificado como condição necessária ao desenvolvimento de competências, habilidades e valores intelectuais. Nessa óptica reconhece-se que, não somente, o currículo formal idealizado pelas escolas assume importância no processo educativo, mas também, os outros currículos implícitos ganham espaços de discussão e reflexão. Na concepção de Gonçalves (1997) o currículo paralelo ganha um conceito teórico ao referir que:

[...] coisas mais importantes que a escola ensina não são mencionadas no currículo oficial, que há um conjunto vasto de aprendizagem osmótica, resultando mais das ações e das vivências dos alunos do que das aprendizagens escolares formais [...] (Gonçalves, 1997, pp. 2-3).

Reafirma-se, portanto, nesse conceito a complexidade dos pressupostos mais recentes sobre a Educação, coerentemente com o movimento das universidades brasileiras que, na sua maioria, encontram-se num momento de adaptação às novas tendências no processo educativo do homem.

Essa nova tendência dos rumos educacionais brasileiros tem recebido muitos adeptos, o que se expressa nas pesquisas voltadas para a articulação de metodologias educativas no universo da didática pedagógica em todas as áreas do conhecimento. Além do mais, observam-se tentativas de implantação de propostas, na década de 90, como a exemplo: A Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB (Lei 9394/1996) que define e regulariza o sistema de educação brasileiro com base na Constituição Brasileira Federal – CBF de 1988. Assim, para atender as demandas oriundas do sistema educacional cada vez mais exigente, a Constituição da República Federativa do Brasil estabeleceu que a Saúde e a Educação seriam considerados direitos sociais. O Art. 6º menciona essa afirmativa.

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a proteção a maternidade e a infância, a assistência aos desamparados na forma desta Constituição (Art. 6º da Constituição da República Federativa do Brasil, 1988, p. 13).

Com estes pressupostos presentes na Constituição outras políticas são desenvolvidas e começam a incorporar essas referências na tentativa de reformular os papéis dos sujeitos na formação de profissionais em todos os níveis educacionais. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional assegura uma flexibilidade na organização dos currículos com finalidade em resolver problemas da demanda educacional através de princípios orientadores, tais como:

- D) Igualdade de acesso e permanência na escola: princípio que busca a permanência dos estudantes e ingresso na escola sem nenhum tipo de discriminação.
- II) Liberdade: princípio que favorece a expressão de todas as formas de conhecimento seja científico ou popular na formulação de ações para a educação;
- III) Pluralismo de ideias: diversificação de ideias na construção de ações voltadas para a educação;
- IV) Tolerância: princípio que tem como pressuposto o respeito e o compromisso com a sociedade;
- V) Coexistência entre o público e o privado: articulação entre os setores públicos e privados na construção do conhecimento;
- VI) Gratuidade do ensino público: princípio que favorece o compromisso do Governo Federal em oportunizar o ensino público e de qualidade aos seus cidadãos;
- VII) Valorização do profissional: valorização e plano de carreira aos docentes e servidores da educação;
- VIII) Gestão democrática e coletiva: gestão participativa e democrática nas decisões da escola que desembocará nos projetos políticos pedagógicos das escolas construídos de maneira participativa;
- IX) Padrão de qualidade: estabelecimento de indicadores de avaliação para a educação;
- X) Valorização das atividades extraescolares: valorização de atividades extracurriculares e reconhecimento de diferentes currículos no campo da educação;
- XI) Articulação entre escolas, trabalho e práticas educativas e em saúde: valorização de estratégias que visem a articulação entre os setores formadores, os serviços e as práticas (Brasil, 1996).

Na tentativa de valorizar estes princípios da LDB as novas Diretrizes Curriculares Nacionais estabelecem normas e princípios para reestruturação dos cursos de graduação que se orientam pelas seguintes direções:

- Assegurar às instituições de ensino superior ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida para integração dos currículos;
- Identificar os tópicos ou campos de estudo e demais experiências de ensino-aprendizagem que comporão os currículos, evitando ao máximo a fixação de conteúdo específicos com carga horária pré-determinadas, as quais não poderão exceder 50% da carga horária dos cursos;
- Evitar o prolongamento desnecessário dos cursos de graduação;
- Incentivar uma sólida formação geral, para que o futuro graduado possa vir a superar os desafios de renovadas condições de exercício profissional;
- Estimular a prática de estudos independentes, visando uma progressão autônoma profissional e intelectual do aluno;

- Encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar, inclusive as que referem à experiência profissional julgada relevante para a área de formação considerada;
- Fortalecer a relação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão.

Levando em consideração esses objetivos os cursos de graduação das Instituições de Ensino Superior brasileiras deveriam enviar um Parecer para a Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação com finalidade na articulação de disciplinas e na reformulação dos currículos, sendo atribuída à universidade autonomia administrativa, gestacional, desde que mantenha em sua missão a indissociabilidade entre Ensino, Pesquisa e Extensão.

Embora, muito se tenha avançado com relação à adesão das universidades/faculdades às DCNs, os currículos se mostram fragmentados e as práticas pedagógicas são reproduzidas de forma conservadora e pouco inovadora (Veiga, 2003; Dias, 2009).

Com relação à indissociabilidade do Ensino, Pesquisa e Extensão as universidades/faculdades parecem levar acabo e reconhecerem o potencial dessa interação na perspectiva de trocas de experiências e reconstrução do saber em um campo amplo de práticas e vivências (Ferreira, Aranha & Souza, 2011).

As práticas educativas devem se ancorar na concepção de um processo de criação conjunta, onde há uma troca de conhecimentos entre os sujeitos envolvidos, que incidiria no reconhecimento das reais circunstâncias vivenciadas por tais (Freire, 1996; Magalhães, 2003).

Frente ao norteamento acerca da estruturação curricular se colocam as normativas no Plano Nacional de Educação – PNE (Lei 10.172), em Janeiro de 2001 e as novas Diretrizes Curriculares Nacionais propondo uma prática em saúde consolidada pela indissociabilidade (Ensino, Pesquisa e Extensão) e pelos princípios de Universalidade, de Integralidade, de Equidade e de Participação Social propostos para o Sistema Único de Saúde (Dias, 2009). Para atender as necessidades oriundas do Sistema Único de Saúde com vista ao fortalecimento do tripé das Instituições de Ensino Superior, o Ministério da Saúde - MS anunciou a Política Nacional de Educação Permanente – PNEP através da Portaria (2.200) no ano de 2004, com a finalidade de formar profissionais qualificados na perspectiva de articular escolas técnicas, universidades e serviços em saúde guiados pela Educação Permanente dos profissionais (Magalhães, 2003).

A Política Nacional de Educação Permanente se orienta pela óptica freireana que considera o processo educativo inacabado pela relação de evolução entre o homem e o ambiente na perspectiva de um Ser histórico e relacional, onde o processo educativo nos serviços é compartilhado entre todos os sujeitos envolvidos: profissionais, professores, estudantes, e usuários/comunidade (Alves, 2007).

Percebe-se que os desafios de formar educadores e conhecedores da técnica de didática para atuar nos serviços, tem se tornado um problema enfrentado pelos setores formadores e serviços em

saúde, pois na saúde a construção/reconstrução/desconstrução de paradigmas opera-se em um processo de extrema complexidade, principalmente, quando se pretende criar situações novas frente ao conhecimento já estabelecido em uma sociedade, podendo ele ser negado, adaptado, ou reproduzido pela natureza da condição e do modo de vida das pessoas (Freire, 1996).

A construção do SUS foi pautada na reorganização e nas mobilizações sociais constituindo os aspectos indispensáveis para a mudança de paradigmas hegemônicos e contra-hegemônicos, que depois de intensas reflexões desencadeou na XVIII Conferencial Nacional de Saúde – CNS, com a oficialização de um novo sistema com seus preceitos, deveres e direitos para uma população que muito lutou (Finkelman, 2002).

Desta forma baseado nos preceitos da criação do SUS, os princípios norteadores das práticas podem ser aqui enumerados e explicados segundo Finkelman (2002):

- I) A Universalidade: Todas as pessoas tem o direito ao atendimento médico sem nenhum tipo de discriminação. Sendo a saúde direito de cidadania e dever dos quatro poderes: Municipal, Estadual, Federal e do Distrito Federal.
- II) A Integralidade: As ações devem ser direcionadas para a prevenção e cura. Os serviços devem atender o indivíduo como um ser humano integral e inserido em um contexto complexo e ao mesmo tempo subjetivo. Os cidadãos devem ter o acesso aos serviços de promoção, prevenção e reabilitação da saúde.
- III) A Equidade: O indivíduo deve ser visto como ser capaz de construir sua saúde, e assim não haverá nenhum tipo de exclusão, sendo todos considerados sujeitos com deveres e direitos garantidos.
- IV) Participação da Sociedade: A população através de suas entidades representativas pode discutir do processo de formulação das políticas públicas em saúde pelos conselhos regionais, estaduais e nacionais. Garantindo um posicionamento da população frente ao assunto de saúde-doença (Finkelman, 2002).

Para além desses princípios outras diretrizes entraram em cena com a finalidade de fortalecer e estruturar um sistema de saúde (SUS) em permanente criação, tais como: Formação Permanente, Integração Ensino-Serviço, e Atenção Primária em Saúde – APS, com finalidade em oferecer maior suporte na tentativa do processo de fortalecimento da integração entre Educação e Saúde (Machado, Lima & Viana, 2008).

O Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde – Pró-saúde, lançado em 2007, por meio da Portaria interministerial, Ministério da Saúde - MS e Ministério da Educação – MEC, com finalidade de reorientar a formação para as necessidades concretas da população; a produção de conhecimento; e a prestação de serviços no processo de fortalecimento e reestruturação do SUS absorve essas diretrizes e amplia as reflexões no campo da formação profissional. O modelo do Pró-saúde (2007) é inicialmente proposto para três cursos: Enfermagem, Medicina e Odontologia, com a justificativa de serem esses cursos essenciais na Estratégia de Saúde da Família – ESF. No entanto, as Instituições de Ensino Superior - IES poderiam desenvolver projetos reorientadores de forma integrada com outros cursos da área da saúde.

Inicialmente, o objetivo geral do Pró-saúde (2007) se firma pela integração entre ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população. Além disso, reitera-se como outros objetivos norteadores: a) Reorientar o processo de formação dos profissionais da saúde, de modo oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS; b) Estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas, visando à melhoria da qualidade e à resolubilidade da atenção prestada ao cidadão, à integração da rede pública de serviços de saúde e à formação dos profissionais de saúde na graduação e na Educação Permanente; c) Incorporar, no processo de formação da área da Saúde, a abordagem integral do processo saúde-doença, da promoção da saúde e dos sistemas de referência e contra-referência; e d) Ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde, inclusive com a integração de serviços clínicos da academia no contexto do SUS.

Com vista à integração de práticas e na dimensão individual e coletiva das necessidades concretas das populações, as IES poderiam enviar suas propostas para a apreciação do Programa Pró-saúde, sendo necessário o conhecimento de três eixos norteadores:

Eixo I) Orientação teórica: Norteado pelos determinantes de saúde e doença, pela pesquisa ajustada de forma concreta ao interesses locais das comunidades, e com base no Programa Nacional de Educação Permanente.

Eixo II) Cenário de práticas: Norteado pela integração entre Ensino-Serviço, utilização do diferentes níveis de atenção à saúde, e integração entre os serviços próprios das IES e os serviços de saúde.

Eixo III) Orientação pedagógica: Norteado pela integração entre ciclo curricular básico e clínico, análise crítica dos serviços, e aprendizagem ativa.

Percebe-se que o processo de reorientação da formação profissional em saúde através do Pró-saúde (2007) é fundamentado em eixos flexíveis, que podem ser ajustados pelas instituições de ensino proponentes. Neste sentido, atribui-se uma importância a flexibilidade dos documentos normativos no processo de elaboração de projetos que devem ser orientados às necessidades locais e reais da comunidade, não constituindo uma regra de padronização, mas uma alternativa de direcionamento das propostas.

Mesmo com o compromisso assumido pelos Governo Federal, Estadual, e Municipal ao que se refere a integração entre Educação e Saúde, muitos problemas permanecem como emergentes ou mesmo permanentes, principalmente com relação as ações de integralidade; o modelo assistencial hegemônico que se mantém; a qualificação profissional pouco eficiente; a desorientação da gestão nos serviços; o modo como o ensino se estabelece nas instituições formadoras; a pouca participação social; e a ineficiência no atendimento, sendo atribuído a resolução destes problemas a ineficiente

formação dos trabalhadores em saúde, e a desarticulação dos diferentes projetos políticos da coletividade na construção e transformação social (Machado, Lima & Viana, 2008).

### **2.3 Projetos Políticos Pedagógicos e Abordagens Educativas em Saúde**

O Projeto Político Pedagógico - PPP vem sendo muito discutido pela comunidade científica nos últimos anos, pois se entende que ele seja a solução para muitos dos problemas educacionais que se apresentam explícito ou implícito no ambiente escolar. Desta forma, definir o termo projeto político pedagógico se torna uma tarefa indispensável para esta dissertação, que pretende articular as ações das ligas acadêmicas - LAs com os Projetos Políticos Pedagógicos - PPPI da Universidade de Brasília - UnB e com os PPP dos cursos de Medicina e de Enfermagem.

Desta forma, a palavra projeto no Dicionário de Língua Portuguesa Aurélio é entendida como uma estratégia de projetar ou lançar para adiante uma proposta (Ferreira, 1999). A palavra político está articulada ao compromisso sociopolítico de atender aos interesses reais e coletivos da população, e por último, a palavra pedagógico representa as ações educativas e necessárias ao cumprimento dos propósitos ou propostas de intencionalidade social (Veiga, 1996). Nesse sentido, a educação possui uma intencionalidade que através das relações estabelecidas entre o campo social e político implicará em atitudes que favoreçam as escolhas saudáveis ou prejudiciais (Veiga, 1996; Rodrigues, 2001).

Nesta perspectiva, os PPP devem levar em consideração os aspectos do contexto social, econômico e político da localidade onde a escola/universidade/faculdade/centros formadores estão inseridos. Além do mais, existem os princípios que nortearão a construção de PPP. Estes princípios são assim mencionados: a) Respeitar a igualdade de condições para o acesso e permanência na escola; b) Garantir a qualidade do ensino que reflete na formação do cidadão para uma sociedade que se intencionaliza; c) Possuir uma gestão democrática que procure o direcionamento de uma organização participativa dos cidadãos, recíproca, solidária e autônoma; d) Apresentar uma liberdade constitucional ligada à autonomia da escola e dos indivíduos envolvidos; e) Valorizar a categoria profissional do magistério como fomentadores e mediadores do conhecimento (Veiga, 1996).

Levando em consideração esses princípios, os projetos políticos deveriam ser reformulados e implementados nas instituições de ensino, no entanto, no que se refere a formação de profissionais do nível superior, ainda se observa um certo descompasso entre as propostas dos PPP e as propostas das Diretrizes Curriculares Nacionais que refletem na formulação de currículos formais no contexto do SUS (Maia, 2005; Maraes, Martins, Cipriano-Junior, Acevedo & Pinho, 2010).

Nas últimas décadas houve um crescente interesse pelos estudos voltados para o currículo, reconhece-se a existência de múltiplos currículos no processo de formação, como: o formal, o informal, o escolar, o paralelo e o oculto (Maia, 2005). Assim, reafirma-se a existência de outros

currículos e atividades que influenciam o processo de formação dos estudantes (Tavares et. al., 2007). Na visão de Maia (2005) e trazida por Tavares e colaboradores (2007), os currículos podem ser assim explicados:

- Currículo Formal: estabelece a organização das disciplinas, dos objetivos, dos conteúdos, das estratégias didáticas para concretude das finalidades e dos recursos para avaliação e padronização de ações educativas.
- Currículo Informal: composto pelo conjunto de experiências adquiridas para a formação que são buscadas pelos estudantes no interior da própria instituição de ensino, mas que não se apresentam na estrutura curricular formal.
- Currículo Escolar: conjunto das atividades formais e informais desenvolvidas pelas instituições de ensino.
- Currículo Paralelo: espaço onde situa-se as atividades que os estudantes realizam fora da instituição de ensino.
- Currículo Oculto: perpassa todos os outros currículos de forma a estabelecer um processo de formação. Sendo nele desenvolvidos valores e atitudes durante a vivencia.

Segundo as definições mais expressivas o currículo formal seria aquele proposto pelas instituições de ensino, representadas pelos planos curriculares dos cursos em consonância com os projetos políticos pedagógicos que no contexto atual deveriam ser guiados pelos princípios das novas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001, assegurando as Instituições de Ensino Superior – IES: a) ampla liberdade na composição da carga horária dos cursos; b) indicar os campos e tópicos de estudo e demais experiências de ensino-aprendizagem que comporão o currículo formal e informal; c) evitar o prolongamento desnecessário dos cursos de graduação; d) incentivar uma sólida formação geral para o egresso superar desafios durante o exercício profissional; e) estimular as práticas dos estudos independentes, f) encorajar o reconhecimento de conhecimentos e competências adquiridas fora do ambiente escolar no vasto currículo paralelo; g) fortalecer a articulação da teoria com a prática; h) encorajar a utilização de instrumentos variados na avaliação de docentes e discentes.

O currículo informal ou não oficial seria aquele que estão enquadradas as atividades desenvolvidas dentro das IES como uma complementação do currículo formal, compondo as atividades complementares como participação em palestras, oficinas, cursos de curta duração, sendo fomentados pela Instituição de Ensino Superior – IES (Tavares et.al., 2007).

O currículo paralelo seria aquele onde a aprendizagem é adquirida no ambiente externo as IES, onde as atividades extracurriculares ou extramuros são os exemplos mais característicos. Elas não possuem obrigatoriedade, mas são consideradas de grande importância para a formação do acadêmico integrando ensino e vivencia no campo dos serviços, pelo fato de a complexidade no processo educativo do homem para uma sociedade pluricultural. Sendo, o currículo escolar considerado a articulação entre os currículos formais e informais no planejamento e formulação de

estratégias para a construção dos projetos políticos pedagógicos institucionais (Tavares, et. al., 2007).

O currículo oculto destina-se as atividades que o educando vivencia, sendo adquirida pelo processo de desenvolvimento humano. Este currículo perpassa todos os outros currículos de forma a estabelecer um processo de formação através dos valores e atitudes estabelecidos pelas relações entre o homem e o meio ambiente. Como exemplo, do currículo oculto, pode-se citar as experiências precedentes ao ingresso dos estudantes no ensino superior, decorrentes do processo natural da vivência, das escolhas realizadas durante sua vida, e das práticas exercidas em outros ambientes, como nas relações familiares e nos espaços de lazer, sendo a condição humana subjetiva a responsável pelos aspectos peculiares ao desenvolvimento de habilidades adquiridas, reproduzidas e inseridas na vida dos sujeitos (Batista, 2008).

No sentido de organizar as propostas dos PPP dos cursos de graduação a UnB reformula o Projeto Político Pedagógico Institucional em 2011, com a finalidade de fomentar a construção de um perfil profissional reflexivo e comprometido com a comunidade na qual está inserida a Instituição. O processo de construção do PPPI da UnB começou em 2008 com reflexões pautadas em três diretrizes: I) Construção coletiva do projeto de forma a considerar propostas de todos envolvidos, II) Negociação de toda comunidade acadêmica, inclusive dos departamentos para implementação das propostas de mudança, III) flexibilidade da comunidade acadêmica nas propostas metodológicas. Com estas diretrizes, em 2001 foi lançado o PPPI da UnB, tendo como Missão:

- I) A efetiva institucionalização e o amplo conhecimento sobre a indissociabilidade entre Ensino, Pesquisa e Extensão.
- II) O estabelecimento de um diálogo com a sociedade local para a definição de uma agenda acadêmica.
- III) O alinhamento entre o conhecimento que a UnB constrói e divulga ao longo do processo de formação de seus alunos, com aquele que ela produz por meio da prática da pesquisa.
- IV) A afirmação da aprendizagem via pesquisa como responsabilidade de todos os professores, alunos e servidores, na medida em que é o interesse da sociedade que está em jogo.
- V) A identificação e a indagação sobre os obstáculos que impedem que o Brasil, em geral, e o Distrito Federal, em particular, transformem-se em uma sociedade justa, igualitária e livre.
- VI) A geração de conhecimentos úteis à humanidade (PPPI-UnB, 2011, p. 26).

No entanto, muitas críticas são impostas, principalmente ao que se refere à estruturação e articulação com os outros projetos políticos propostos para os cursos de graduação da UnB, quando levados em conta o descompasso temporal de formulação de projetos, como por exemplo os PPP do curso de Medicina e de Enfermagem que tiveram sua última reformulação em 2008.

Para o PPP do curso de Medicina as atribuições desenvolvidas no egresso do curso de Medicina seriam direcionadas para uma:

Formação do médico recém-graduado da Universidade de Brasília, quando no seu exercício profissional deve abranger as funções de clínico, educador comunicativo, aprendiz permanente, investigador e gerenciador de atividades em diversos campos do saber (PPP Medicina, 2008, p.4).

Assim, o curso em Medicina seria direcionado pelos seguintes objetivos: Capacidade de lidar com a diversidade de comportamentos, crenças e ideias, reconhecendo os direitos dos pacientes especialmente quanto à confidencialidade e ao consentimento livre e esclarecido; Respeito humano, compaixão e senso ético no trato com os pacientes e seus familiares; Integridade, fidedignidade e senso ético nas interações com colegas, tutores e outras relações da formação profissional; Compromisso de atender às necessidades dos pacientes antes mesmo dos próprios interesses; Reconhecimento da importância dos fatores ambientais, culturais, psicológicos e sociais que afetam saúde e doença e das potencialidades e limitações de influência da medicina; Reconhecimento de que a boa prática profissional depende fundamentalmente da qualidade de quatro tipos de relação e parceria: docente-aluno, médico-paciente, médico-comunidade e médico-outros profissionais da saúde; Entendimento/adoção do papel educativo do médico em relação a pacientes, famílias e comunidades, no contexto de saúde e doença e da promoção de melhoria na qualidade de vida.

Para o curso de Enfermagem o perfil do Egresso do Curso de Enfermagem seria direcionada para uma:

Formação do profissional em Enfermagem na ideologia generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar com senso de responsabilidade social e comprometida com a saúde global dos indivíduos assegurando a integralidade, qualidade e humanização da atenção à saúde, pautadas nos fundamentos éticos que norteiam a profissão (PPP Enfermagem, 2008, p.7).

Os principais objetivos para alcançar tal missão são: Atuar em diferentes níveis da atenção à saúde, prestar assistência sistematizada de enfermagem individual e coletiva, por meio de ações integradas entre promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em diferentes fases do ciclo vital; Tomar decisões com base em informações sistematizadas em saúde para o planejamento das ações em nível individual e coletivo, por meio do trabalho em equipe interdisciplinar; Desenvolver gestão dos sistemas e dos serviços de saúde articulando a força de trabalho, recursos físicos e materiais e a de sistemas de informação; Assumir posições de liderança no trabalho em equipe multidisciplinar, visando o bem-estar do indivíduo e da coletividade; Proporcionar à equipe educação permanente, a fim de mantê-la atualizada quanto às inovações científicas, tecnológicas e de informações.

Observa-se semelhança dos PPP do curso de Medicina e Enfermagem com o PPPI da UnB de forma que aspectos se confluem como nas afirmativas predeterminando uma formação dos sujeitos reflexivos, comprometidos político e social com vista na superação de desafios decorrentes

do exercício profissional, articulação entre teoria e prática, e, a consciência do processo de formação permanente em serviços. Entretanto, algumas diferenças pode ser observadas na estruturação dos conteúdos formais dos cursos de Medicina e Enfermagem, de modo que na estruturação do currículo de Enfermagem possui um elevado número de disciplinas e eixos temáticos direcionados para o Cuidado em Saúde, enquanto os eixos disciplinares e temáticos do curso de Medicina abordam conteúdo e disciplinas específicas voltadas para as especialidades.

Neste sentido, as propostas dos PPP dos cursos de Medicina e Enfermagem se assemelham muitos às outras propostas existentes nos cursos superiores de diversas Instituições de Ensino Superior, tendo como objetivo primordial o desenvolvimento de estratégias para a resolução de problemas sociais e articulação entre ensino e serviços (Mitre et. al., 2008). Desta forma, as abordagens educativas em saúde procuram desenvolver habilidades e competências através de conteúdos e estratégias que intencionaliza para a finalidade e o propósito educativo em um processo de transformação social da sociedade contemporânea.

Na perspectiva de Stotz (1993) verifica-se uma forte concepção mercadológica da saúde, que ainda é voltada para as técnicas convencionais do capitalismo monopolista ditadas pela medicina científica e tomada como base no relatório flexneriano, onde os problemas em saúde são discutidos pelo âmbito instrumental e individual, ancorados ao paradigma científico-tecnológico (Mendes, 2011). No âmbito educacional da produção do conhecimento, surgiram muitas reflexões sobre as metodologias de ensino e aprendizagem, voltadas para as necessidades sociais que atendessem as novas demandas reais que surgem no século XXI (Pagliosa & Das Ros, 2008).

Desta forma, enquanto estas concepções estão ancoradas na medicina convencional científica, inicia-se um processo de discussão filosófica dualista acerca das práticas realizadas na clínica médica e das práticas realizadas no campo das práticas educativas em Saúde. Para Stotz (1993) algumas características favorecem a supervalorização da medicina científica, em detrimento da medicina comunitária, sendo necessário a compreensão deste universo para viabilizar propostas que reduzam esta dicotomia imposta pelo sistema capitalista monopolista:

[...] a) o homem como manipulador da natureza, com direito a manipulá-la em seu próprio proveito; b) o homem separado do seu meio ambiente e elevado a objeto exclusivo de investigação médica; c) uma visão mecanicista do homem que exige enfoque manipulador de engenharia para restaurar a saúde e que enfatiza o papel das ciências naturais no estudo do homem e suas doenças; d) o conceito ontológico da doença que fundamenta o estudo das doenças sem ter em conta os fatores relacionados com o hospedeiro (Stotz, 1993, p.18).

As características do modelo Biomédico fornecem um certo grau de sucesso para resolução de muitos problemas em saúde, mas também deixa a mercê uma lacuna que é voltada para um olhar mais antropológico e sociológico acerca do coletivo no processo de ensino e aprendizagem em saúde (Pagliosa & Das Ros, 2008).

Stotz (1993) aponta algumas abordagens em educação discutidas por Tones (1987) como alternativas e interações no processo educativo em saúde que podem preencher estas lacunas, sendo assim exemplificadas: Enfoque Educativo, Enfoque Preventivo, Enfoque Radical e Enfoque Desenvolvimento Pessoal. Nestes enfoques, algumas características educativas são mencionadas, tais como: Objetivo, Sujeito da ação, Âmbito da ação, Princípio orientador, Estratégia de ação, e, Pressuposto de eficácia (**Figura 2**).

<b>Características educativas/abordagens</b>	<b>Educativa</b>	<b>Preventiva</b>	<b>Radical</b>	<b>Desenvolvimento Pessoal</b>
<b>Objetivo</b>	Compreensão da situação	Comportamento saudável	Consciência social da saúde	Personalidade desenvolvida
<b>Sujeito de ação</b>	Educador	Educador	Educador em aliança com os cidadãos	Educador
<b>Âmbito da ação</b>	Indivíduos nos serviços/sociedade	Indivíduos nos serviços	Grupos sociais/sociedade	Indivíduos nos serviços/sociedade
<b>Princípio Orientador</b>	Eleição informada sobre riscos	Persuasão sobre riscos	Persuasão política	Potenciação do valor do indivíduo
<b>Estratégia de ação</b>	Compartilhar e explorar crenças e valores	Prevenir doenças pelo desenvolvimento de comportamentos saudáveis	Desenvolver luta política pela saúde	Desenvolver destrezas para a vida
<b>Pressuposto de eficácia</b>	Acesso igualitário às informações	Mudança de comportamento individual	Participação dos cidadãos na luta política pela saúde	Crença na capacidade de controlar a vida

**Figura 2.** Demonstrativo dos Enfoques sobre Educação e Saúde segundo a classificação de Tones (1987). Fonte: Stotz, E. N. (1993).

Estas abordagens trazem em si questões filosóficas que fazem críticas ao desequilíbrio entre o processo mercadológico e os serviços em saúde apontando para a necessidade de repensar conceitos teóricos e práticos no processo de Educação em Saúde, com vista a considerar os valores culturais e éticos na implementação de estratégias de solução de problemas de relevância social (Mitre et. al., 2008).

Na Abordagem Educativa o objetivo central é propor uma compreensão da situação em saúde do indivíduo. Nela, o sujeito da ação é o educador/informante, tendo como âmbito da ação os serviços de saúde, e, guiando-se pelo princípio orientador da eleição sobre os riscos, que serão informados através do compartilhamento de crenças e valores, tendo como pressuposto de eficácia o acesso igualitário a informação. Observa-se que nesta abordagem o destino da informação é em via única, ou seja, do educador/informante para os indivíduos em um serviço de saúde. Como exemplo, pode-se citar, hipoteticamente, uma campanha brasileira em saúde contra a Dengue, visto que tem um objetivo central de informar sobre os cuidados que devem ser tomados no lar. Assim, este enfoque atingirá um público amplo. Por outro lado, a informação sobre os riscos podem não ser compreendidas por toda a sociedade de maneira igualitária, pois vivemos em um país diversificado culturalmente e a informação pode não ser compreendida e reproduzida, em um processo de informação homogênea e restrita ao indivíduo que busca ou tem acesso aos serviços que oferecem esta informação.

A Abordagem Desenvolvimento Pessoal tem como objetivo propor uma personalidade desenvolvida, ou seja, oferecer suporte para o desenvolvimento de destrezas para a vida. Nela, o sujeito da ação também é o educador/informante, seu âmbito da ação são os indivíduos nos serviços de saúde, seu princípio orientador visa potencializar o valor individual, desenvolvendo destrezas para a vida, e tem como pressuposto de eficácia a crença em capacidade de controlar sua própria vida. Este modelo esbarra no paradigma individualista e competitivista, deixando lacunas ao que se refere aos problemas sociais que necessitam de discussões coletivas. Além do mais, o indivíduo pode interpretar ou crer que não necessita controlar as situações externas, pois esta abordagem tem o foco no indivíduo que se torna o único responsável pela própria condição em saúde, aproximando-se do modelo da medicina científica (Mendes, 2011).

Observa-se que o enfoque predominante nos serviços de saúde tem sido o Preventivo ancorado na perspectiva comportamental, em que o indivíduo passa a conhecer a etiologia da doença e os fatores de riscos, sugerindo uma persuasão sobre os riscos que são ancorados ao conhecimento médico e epidemiológico (Stotz, 1993). A principal estratégia é o desenvolvimento de comportamentos saudáveis, pressupondo a eficácia no comportamento individual. Pressupõe-se que o indivíduo mude de atitudes através da informação recebida, podendo não ocorrer, e assim, a interpretação da condição em saúde pode ser mascarada, fazendo com que o educador acredite que mudou o comportamento dos sujeitos através da informação repassada. Desta maneira, nota-se que

os três enfoques mencionados até agora apresentam um sujeito da ação semelhante de importância na disseminação de informação como o educador, mas também, apresenta fragilidade quando se deseja uma mudança social participativa.

O enfoque Radical objetiva uma consciência social da saúde, tendo como sujeito da ação o educador/informante em aliança com os cidadãos, o âmbito da ação são os grupos sociais que se une para o debate, apresentando-se como princípio orientador a persuasão política, além de desenvolver uma luta política pela saúde. Esta abordagem, tem como pressuposto de eficácia a participação dos cidadãos, prevendo uma transformação social do ponto de vista econômico-social-político. A distribuição do conhecimento tem um cunho ideológico coletivo de mobilização de massas em pró a saúde, o que possibilita uma discussão aberta que envolva toda a sociedade e gere uma transformação conjunta com o Estado. Por outro lado, se torna imprescindível que o educador/informante identifique as subjetividades mesmo em um grupo marcado por características semelhantes culturalmente, e direcionando os ideias de antes, para o agora e o depois (Brandao & Assumpção, 2009).

Quando o assunto é Educação e Saúde a escolha por uma das modalidades de enfoque não exclui a outra, pois elas se complementam, principalmente, por serem os problemas de saúde complexos e se apresentarem de formas distintas na sociedade, sendo que temos que levar em consideração os valores éticos, econômicos, políticos, sociais, e, sobretudo, psicológicos individuais e coletivos dos sujeitos educadores/informantes e dos sujeitos educados/informados em um processo cíclico e dialético (Stotz, 1993; Mitre et. al., 2008). Na saúde, o educador deve passar a escutar os questionamentos dos sujeitos para depois refletir junto com a comunidade as possíveis soluções para tais apontamentos, e progredir com as estratégias que deverão ser eficazes, rápidas e de baixo custo em um sistema capitalista cada vez mais exigente, racionalista, e ativo (Mitre et. al., 2008; Pedrosa, 2008).

Apesar da consciência crítica e reflexiva que os estudiosos sociais vem debatendo, a clínica médica, oriunda da medicina científica, ainda permanece dominante, e, o enfoque preventivo, embasado na medicina preventiva, é o mais praticado nos serviços de saúde, apontando para uma concepção que culpabiliza o indivíduo através de seu comportamento assumido dentro da sociedade (Mendes, 1985; Stotz, 1993). Desta maneira, autores apontam que as possíveis soluções para este impasse, serão alcançadas pela utilização de uma abordagem educativa horizontalizada, e que não deixe de considerar os padrões éticos, comportamentais e representativos dos grupos sociais, de forma a integrar nas políticas públicas as práticas representativas do universo da promoção em saúde (Ceccim & Feuerwerker, 2004; Souza & Parreira, 2010).

Nesse sentido, esta dissertação procura identificar os enfoques utilizados nas práticas educativas em saúde, ao passo que através do reconhecimento das ações praticadas pelos sujeitos podem-se nortear as projeções para um presente e um futuro, a fim de tornar justa e igualitária uma

sociedade em constantes modificações paradigmáticas, no vasto campo da Formação e da Atenção à Saúde.

#### **2.4 Atividades Extracurriculares: Concepções e Tendências**

As atividades extracurriculares são tratadas na universidade como atividades desenvolvidas á parte do conteúdo proposto dentro do plano curricular institucional, onde estas atividades não estariam nem no plano do currículo formal, nem no plano do currículo informal, compondo um vasto campo de discussão e reflexão para autores que consideram este universo significativo no processo de aprendizagem (Tavares et. al., 2007).

Levando-se em consideração a forma e o conteúdo programado nas experiências vivenciadas pelos acadêmicos fora do ambiente da academia, principalmente no campo da saúde. As atividades extracurriculares tem sido apontadas como colaboradoras no processo de ensino e aprendizagem, por favorecer que o acadêmico se aproxime de situações típicas da profissão de forma precoce (Peres, 2006). No entanto, delimitar quais atividades extracurriculares são importantes para uma formação significativa e confluyente com os ideais das novas Diretrizes Nacionais Curriculares e com a implementação do Sistema único de Saúde constituem uma tarefa difícil e talvez equivocada na montagem de um plano curricular que considere as atividades extracurriculares quão importantes como as atividades curriculares (Tavares et. al., 2007). Além do mais, atividades antes consideradas extracurriculares que compunham o currículo paralelo atualmente são consideradas parte do currículo escolar, compondo as atividades ditas complementares (Dias, 2009).

As dimensões tomadas durante o processo formativo em saúde, não se limitam ao estabelecido pela estrutura curricular dos cursos de graduação, visto que as atividades extras compõem um campo diverso de experiências que possibilitam ao estudante a aproximação com a prática e com os protagonistas existentes no processo de construção do conhecimento.

Para Peres (2006) as atividades extracurriculares são as atividades propostas pelas IES, mas que não tem cunho obrigatório para o aluno, de forma que essas atividades compõem o universo das agremiações acadêmicas, os estágios extracurriculares, os plantões extracurriculares, a participação em atividades propostas pelas ligas acadêmicas, a participação em eventos, os cursos de curta duração, dentre outras.

Pressupondo a importância das atividades extracurriculares no processo de formação educacional do estudante, e considerando as vivencias refletidas em diferentes expressões pessoais e interpessoais na construção do homem como “ser dotado de saber”, o termo currículo passa a ter um significado pluralista no desenvolvimento do sujeito (Maia, 2005). Por outro lado compreender como estes currículos se interpõem dentro da sociedade contemporânea para uma construção social se torna o desafio de muitos pesquisadores, e, sobretudo se torna ainda mais difícil quando se pretende articular as atividades propostas pelas LAs, considerando o reduzido número de

publicações neste campo, deixando a mercê os pressupostos teóricos e conceituais destas práticas na formação profissional em Ciências da Saúde.

Algumas instituições de ensino no regulamento acerca das atividades complementares tem se preocupado em pontuar atividades extracurriculares, com a finalidade de incentivar as práticas de estudos independentes, visando uma progressiva autonomia dos estudantes e futuro profissionais na complementação das competências e habilidade necessárias ao exercício profissional (Peres, 2006).

Dessa forma, pode-se inferir que as atividades extracurriculares e complementares estão organizadas dentro: a) dos estágios não-obrigatório, remunerado ou não; b) da participação em eventos científicos na condição de palestrante ou expositor; c) da participação em atividades de atualização científica, tais como seminários, conferências, ciclos de palestras; d) das monitorias em disciplinas de graduação; e) da participação em atividades de pesquisa/extensão realizadas sob orientação docente; f) dos trabalhos publicados como artigos, resumos ou resenhas em revistas de divulgação científica ou Congressos; g) da gestão de entidades de natureza sócio-político-cultural ou acadêmica como ligas, centro acadêmicos, etc.; h) das disciplinas optativas cursadas em outras instituições de ensino, nacionais ou internacionais; i) cursos de idiomas.

Considerando a natureza das atividades enquadradas no universo extracurricular, pode-se inferir que essas circulam desde o currículo informal, até o currículo paralelo e oculto, propostos por Maia (2005). Entretanto, no momento que estas atividades contabilizam pontos no currículo do aluno, sendo consideradas no campo das atividades complementares, elas perpassam esses currículos na direção do currículo formal, sendo de responsabilidade da IES o planejamento e desenvolvimento de estratégias de articulação dos diversos currículos no processo de formação dos sujeitos.

Desse modo, o aumento expressivo da participação dos estudantes nas atividades extracurriculares, nas últimas décadas tem sido motivado pelas preocupações de cunho social na construção da cidadania, e pela ineficiência dos serviços em saúde para a formação profissional no sentido da resistência às ideias internalizadas e cristalizadas acerca do currículo formal (Peres, Andrade & Garcia, 2007). Neste sentido, as ligas acadêmicas como expressão da necessidade de complementação e superação de lacunas curriculares (formal, informal, paralelo e oculto), entram em cena na tentativa de aproximar os estudantes dos serviços como cenário de prática e dos sujeitos reais, com necessidades reais, expressos na comunidade.

## **2.5 O fenômeno das Ligas Acadêmicas: Origem e Concepções**

O termo liga é definido no dicionário de língua portuguesa Aurélio como: Aliança, união e pacto. Historicamente, o termo vem sendo utilizado desde a antiguidade. Na Grécia Antiga (477 a.C.) as ligas tiveram grande importância com vista às conquistas bélicas. À época as ligas que

mais se destacaram foram a Liga do Peloponeso liderada por Esparta, e a Liga de Delos liderada por Atenas assumindo caráter político importante na expansão e nas conquistas territoriais.

A Liga de Delos reuniu um grupo de cidades-estados, as quais contribuíam com impostos, possuíam homens e barcos, e se apoiavam mutuamente em caso de conflito tendo grande importância na modernização e no enriquecimento da cidade de Atenas. No entanto, algumas cidades-estados lideradas por Esparta não concordaram com a cobrança de impostos e as imposições postas pela Liga de Delos, e se reuniram, em um movimento de oposição, fundando a Liga do Peloponeso que por vez culminou em um conflito histórico chamado de Guerra do Peloponeso que durou 28 anos e teve como vencedor Esparta (431 a.C. – 417 a.C). Estas organizações explicitavam o modelo democrático de Atenas e o modelo oligárquico e militarista de Esparta. Além do mais, estas ligas tiveram importância na educação dos cidadãos. No caso dos atenienses, a Liga de Delos tinha o papel de ensinar filosofia, sociologia e especialmente política, procurando desenvolver as habilidades intelectuais nos sujeitos e a construção da cidadania política e social dos atenienses. A Liga do Peloponeso, atribuía maior ênfase ao ensino de técnicas de luta, voltando-se para o aperfeiçoamento corporal e físico dos espartanos, buscando a perfeição simétrica do corpo, a harmonia espiritual para o exercício da cidadania voltado para o competitivismo, principalmente no campo das batalhas e do esporte (Aranha & Saviani, 2006).

Com o passar do tempo, as ligas foram implementadas em outros cenários e com outras finalidades, como por exemplo, no campo esportivo. No esporte, elas foram criadas pela reunião de grupos de atletas que objetivavam conquistas esportivas através de campeonatos territoriais. Estas ligas foram idealizadas quando um grupo de atletas ou atletas individuais se juntavam em torno de uma modalidade de esporte específico, e assim implementavam tal organização, a fim de incentivar a prática esportiva nos cidadãos. Geralmente, essas ligas possuíam fins lucrativos que eram arrecadados através de campeonatos ou contribuições financeiras de patrocinadores, caracterizando-se desta forma até os dias de hoje. Nos EUA, as ligas esportivas recebem grande incentivo do governo e também reconhecimento pela importância nas ações voltadas para a saúde pública, que estabeleceram normas e regulamentos que permitem o controle das competições (Cain & Haddock, 2005). Assim, as ligas esportivas passaram por grandes transformações com vista ao aperfeiçoamento, visando se adequar a lógica do capitalismo econômico estabelecido no século XX (Santos-Neto, 2009).

No campo da Educação e Saúde as ligas surgem nas universidades brasileiras no início do século XX como estratégia de atividades extracurriculares na formação do profissional em saúde. Entretanto, elas se assemelham muito aos grupos de estudos implementados dentro dos cursos de graduação em Medicina nos Estados Unidos da América e na Europa no final do século XIX (Hamamoto-Filho et. al., 2011).

No ano de 1900 foi criada a Primeira Liga Brasileira de Combate à Tuberculose – LBCT, por profissionais e trabalhadores no campo da saúde que tinha como finalidades a prevenção da

tuberculose e o controle da doença no âmbito territorial. Percebe-se que esse movimento parte de uma iniciativa de profissionais externos a academia com vista na assistência e com caráter filantrópico, sendo um resultado de lacunas frente ao distanciamento do Estado nas questões de saúde. Atualmente, a Liga Brasileira de Combate à Tuberculose deu origem a Fundação Ataúpho de Paiva - FAP, representando um importante marco para o desenvolvimento de pesquisas contra a tuberculose no Brasil e no mundo (Nascimento, 2002).

Na academia, a primeira liga acadêmica em saúde, com notificação na literatura, foi criada no dia 20 de Agosto de 1920 pelos estudantes, professores e profissionais colaboradores na Universidade de São Paulo/Faculdade de Medicina com o nome de Liga Acadêmica de Combate a Sífilis - LACS. Tinha por finalidade promover a saúde frente a uma situação epidemiológica da época propondo a redução da incidência e prevalência da sífilis, objetivando proporcionar uma formação mais humanística aos estudantes, oferecer aos estudantes aproximação com a prática clínica, mediante a prestação de assistência à população doente, e, promover o desenvolvimento de pesquisas científicas no campo da sífilis (Hamamoto-Filho et. al., 2011). A LBCT se diferenciava da Liga Acadêmica de Combate a Sífilis, por partir de um movimento de trabalhadores em saúde e não de estudantes e professores dentro da academia (Nascimento, 2002).

No entanto, estas ligas de saúde tinham em comum a promoção da saúde frente a uma situação epidemiológica caótica. Elas propunham a redução da incidência e prevalência da sífilis e tuberculose, a promoção do desenvolvimento de pesquisas científicas no campo destas doenças, além de representarem uma luta pelo combate aos agravos em saúde que ameaçavam a sociedade, tendo como característica a filantropia e a caridade em suas ações frente à ausência de políticas públicas formuladas pelo Estado face a esses problemas (Nascimento, 2002).

Nos últimos 10 anos tem-se observado um aumento da criação de ligas acadêmicas em todo território nacional. Porém, notou-se a necessidade de um aprofundamento nas concepções e perspectivas dessas ligas no processo de formação profissional em saúde. Há de considerar que muitas das referências encontradas na literatura científica mostram que as ligas acadêmicas podem proporcionar ensino e aprendizagem, no entanto, existem muitas lacunas e questionamentos a serem solucionados (Hamamoto-Filho et. al., 2010).

De um modo geral, as ligas acadêmicas hoje são entidades sem fins lucrativos com duração ilimitada que apresentam interesses em torno da complementação curricular, mobilizando os estudantes, os professores e os profissionais da saúde. As ligas se caracterizam por apresentar uma estrutura organizacional mínima de membros permanentes, ocupando as funções de presidente, vice-presidente, administrador, tesoureiro, e membros provisórios que são selecionados por processo seletivo próprio, desenvolvido pela comissão organizadora de cada liga. Outro aspecto relevante mostra que o número de coordenadores depende da organização da liga, e são indicados pelos seus idealizadores (Torres et. al., 2008).

Os princípios que norteiam as ações das ligas estão contidos em estatutos que possuem no mínimo: a) a denominação os fins e a sede da liga; b) os requisitos de admissão e exclusão dos membros; c) os direitos e deveres; d) o modo de constituição e de funcionamento da liga; e) as condições para disposição regimentais e dissolução da liga; e, f) a forma de gestão administrativa e da aprovação das respectivas contas. Embora se observe a predominância das ligas nos cursos de formação em Medicina, nos últimos anos tem sido observado o interesse pela criação destas organizações em outros cursos das Ciências da Saúde (Neves et.al., 2008).

As ligas acadêmicas de um modo geral incorporam as funções de ensino, pesquisa e extensão, assumindo um caráter extracurricular e complementar, sendo suas ações de cunho teórico e prático (Monteiro, Cunha, Oliveira, Bandeira & Menezes, 2008). As atividades teóricas são propostas através de: a) aulas, b) seminários, c) discussões de textos, e) apresentações de casos clínicos, e f) realização de eventos científicos. Já, as atividades práticas são propostas através de: a) atendimento a pacientes em hospitais, ambulatórios e unidades básicas de saúde, b) participação em grupos de acompanhamento ambulatoriais, e, c) participação em cirurgias e pesquisas de ponta com supervisão profissional (Monteiro et. al., 2008).

Na literatura tem sido verificado, conceitualmente, que os autores divergem em muitos aspectos sobre as concepções acerca das ligas acadêmicas. Enquanto alguns autores afirmam que as ligas devem estar apoiadas no tripé do ensino superior. Outros propõem uma importância maior ao desenvolvimento de pesquisas e da assistência à população. Essas concepções podem ser vistas nos achado de Costa e cols. (2009) e de Torres e cols. (2008) quanto à definição de Liga Acadêmica:

[...] Liga Acadêmica é uma entidade particular, sem fins lucrativos, apartidária, não religiosa, de duração ilimitada, com caráter multiprofissional, organizada por discentes, com objetivo de incentivar o desenvolvimento de projetos científicos e a atividade assistencial voluntária à comunidade (Costa, Afonso, Demuner, Moraes & Pires, 2009, p.102).

[...] Ligas Acadêmicas são organizações estudantis nas quais um grupo de alunos "decide se aprofundar em determinado tema e sanar demandas da população". Caberia aos estudantes a definição dos rumos da Liga, sob orientação de um ou mais professores. Desta forma, além de aulas, cursos, atividades de pesquisa e assistência em diferentes cenários da prática médica, seria importante a inserção dos alunos na comunidade, por meio de atividades educativas, preventivas ou de promoção à saúde, como feiras de saúde e campanhas, objetivando melhorar a qualidade de vida da população e adquirir mais experiência e conhecimento (Torres et. al., 2008, p.714).

No entanto, os autores entram em consenso quando se referem às ligas como entidades estudantis, apartidárias e sob a orientação de docentes. Entretanto, uma liga academica apresenta certa autonomia que poderá refletir na própria definição, caracterização, e, finalidade das ações que são desenvolvidas e implementadas, seja na universidade ou na comunidade (Hamamoto-Filho et. al., 2011).

De uma forma geral essas entidades estudantis são reconhecidas por: a) favorecerem a aproximação do estudante com a prática clínica; b) possibilitarem interações com colegas de diferentes áreas; c) incentivarem a qualificação profissional; d) incentivarem a autogestão do próprio aprendizado; e) favorecerem a inserção dos estudantes em atividades de iniciação científica ampliando o potencial de reflexão (Goncalves, 1997; Maia, 2005; Tavares et. al., 2007; Monteiro et.al., 2008).

Identifica-se, no entanto, que as ligas acadêmicas em saúde quando não supervisionadas por docentes acarretam na distorção das ações propostas pelo grupo, possibilitam a indução do estudante à especialização precoce, favorecem a transmissão de aulas em conteúdo tradicionais, favorecem a reprodução de eventos e campanhas pontuais sem acompanhamento longitudinal (Fernandes, Hortêncio, Unterpertinger; Waisberg; Pego-Fernandes & Jatene, 2010; Hernández, Martínez, Mejía & Vázquez, 2012).

A própria fundamentação conceitual e teórica deixa a desejar quando o assunto é definir o termo liga acadêmica; correlacionar a definição com os objetivos propostos por tais grupos relativos a complementação curricular na construção do conhecimento individual e coletivo; reafirmar as LAs como uma estratégia de trabalho em equipe; a natureza desse trabalho; reconhecer o papel dessas entidades na pedagogia colaborativa em educação.

Assim, para esclarecimento dessas questões torna-se necessário a análise das se torna das abordagens pedagógicas; dos pressupostos teóricos e conceituais; dos projetos políticos pedagógicos implícitos ou explícitos; e da aproximação com os protagonistas envolvidos na criação e implementação das ações no espaço LA.

Por fim, as LAs como fenômeno de mobilização social, sempre significaram a articulação de indivíduos, grupos ou sociedade contra obstáculos concretos e/ou ameaças, seja no campo da seguridade territorial, no plano das competições esportivas, no combate aos agravos em saúde ou na superação de lacunas existentes nos currículos formais das universidades.

## **2.6 A produção do conhecimento e o Sistema Único de Saúde**

Na Medicina Científica a produção do conhecimento nas universidades, em um sentido mais amplo, está intimamente relacionada aos modelos cientificistas que tem como pressuposto o uso de recursos individuais, tecnológicos, mecanicistas e baseado na relação entre o capital e o mercado. Já na Medicina Comunitária essa relação se estabelecem com a aproximação entre os serviços em saúde e os setores formadores frente aos problemas emergentes que a Medicina Científica não resolveu (Paim, 2002).

Desse modo, verifica-se no campo acadêmico a existência de duas pedagogias: a pedagogia da medicina científica e a pedagogia da medicina comunitária, que influenciam a formação

profissional. Essas pedagogias apresentam elementos estruturais com vista a resolução de problemas sociais no campo da política, da economia, e, sobretudo da saúde (Mendes, 1985).

O modelo de educação médica organizado pelo paradigma da medicina científica possuem algumas características que são expressas na estruturação dos currículos nas universidades: Integração entre as funções educacionais: Os docentes, os serviços e a pesquisa são tratados de forma isolados; Definição do conteúdo de ensino: A partir do conhecimento existente e com critérios do senso comum; Estrutura do plano de curso: Microdisciplinas orientadas por especialidades; Relações de conhecimento: A teoria antecede a prática, o básico antecede o clínico e uma ênfase maior é dada a simulação de situações; Orientação do currículo: Dirigido para a doença e lesão, com vista na cura e na reabilitação da saúde; Espaço educacional: Prevalência do cenário interno, tendo a extensão como ação voltada para a comunidade; Natureza dos recursos humanos formados: Formação uniprofissional a nível de graduação; Uso de tecnologias: Uso de tecnologia de alta densidade e alto custo; Metodologia de ensino: Centrada em aulas expositivas, sem diálogos e vivencia; Estrutura física: Alocadas e desarticuladas, sendo reafirmada pelo departamento ou disciplinas; Planejamento educacional: realizado por docentes, exclusivamente; Natureza do pessoal docente: Especializado por Microdisciplinas; Relação professor-aluno: Verticalizada em uma relação de autoritarismo e paternalismo; Natureza da pesquisa: Ênfase na pesquisa biológica (Mendes, 1985).

Nessas características resultas um currículo compactado, convencional e predominante na estruturação dos cursos formadores em Ciências da Saúde nas universidade brasileiras, de modo que prevalece a relação dicotômica e distante entre teoria e prática, universidade e comunidade, visão mercadológica e visão democrática da saúde, na perspectiva de indução a especialização (Mendes, 1985).

Com o agravamento da crise da medicina científica um novo modelo de educação médica, denominado de pedagogia da medicina comunitária, surge na tentativa de resolver os problemas de desigualdade no acesso aos serviços, na desorientação profissional acerca da saúde pública, na racionalização de recursos e na descentralização do processo de cobertura em saúde, oriundos dos movimentos da Reforma Sanitária Brasileira (Paim, 2007).

As principais características da pedagogia da medicina comunitária são: Integração das funções educacionais: Docência, serviços e pesquisa totalmente integrados; Definição do conteúdo do currículo: A partir da análise da realidade social e das práticas médica; Estruturação do plano de curso: Disciplinas estruturada em modulo integrados por níveis de atenção; Relação do conhecimento: Teoria e prática, básico e clínico integrados, sendo a simulação limitada ao pequeno número de tarefas essenciais que ocorrem com baixa frequência clínica; Orientação do currículo: Orientado para a manutenção da saúde; Espaço educacional: Processo educacional orgânico e presença de múltiplos espaços de práticas sociais integradas; Natureza dos recursos humanos formados: Formação multiprofissional; Uso de tecnologia: Ênfase no uso de tecnologias

apropriadas; Metodologia de ensino: Centrada em atividades em grupos, referidas ao objeto de transformação; Estrutura física: espaços integrados sob a perspectiva de nível de atenção; Natureza do pessoal docente: Integrados em módulos de ensino; Relação professor-aluno: Horizontal, pessoal e colaborativa na mesma perspectiva de transformação social; Natureza da pesquisa: Dirigida a solução de problemas de saúde das populações majoritárias.

Percebem-se diferenças extremas nas características propostas pelas duas pedagogias (científica e comunitária) que na tentativa de dar resolução aos problemas em saúde surgem e se estabelecem como formas dicotômicas conflitantes entre as instituições formadoras e os serviços. No entanto, os movimentos reformistas encontram nas bases idealizadas para o Sistema Único de Saúde e na Constituição Brasileira Federal, que contem juntos os princípios que nortearão as políticas de aproximação desses paradigmas para a democratização da saúde em torno de um projeto político avançado na educação médica, facilitando a inserção dos alunos e dos docentes nas práticas de saúde (Paim, 2007).

A concepção de Educação freireana trouxe importantes reflexões sobre o contexto de práticas atuais em saúde e para estruturação da pedagogia da medicina comunitária na aproximação entre os saberes científicos e popular.

Nesta perspectiva, os movimentos sociais representam a máquina impulsionadora de transformação, pois o novo perfil formador se faz pela busca de uma formação profissional/cidadão ativo e controlador das ações de promoção de saúde na sociedade de forma a emancipa-se politicamente e mutualmente com outros sujeitos (Brandao & Assumpção, 2009; Souza & Parreira, 2010).

Com o advento da Reforma Sanitária e o estabelecimento das bases para a implantação do Sistema Único de Saúde com os princípios, normas, leis, diretrizes e documentos o Ensino Médico no país passa por mudanças que segundo a concepção de Paim (2002) estabelecem a existência de múltiplos projetos políticos ideológicos, sendo que pelos menos quatro concepções de SUS designados de: SUS democrático, SUS formal, SUS real e SUS para os pobres (Paim, 2002).

Nesse sentido, o papel das universidades e instituições formadoras seriam de identificar o SUS existente, e, o SUS que queremos. A tal ponto que o processo formador do aluno se aproxime das condições reais das populações. Assim, as quatro concepções sobre o SUS e sua relação com o sistema formador são identificadas na **Figura 3**, segundo a concepção de Paim (2002).

<p><b>SUS para os pobres:</b> “Uma medicina simplificada para gente simples e doenças do pobre”</p> <p><i>Ensino Médico:</i> Realizado em hospitais modernos ou em processo de modernização, necessitando os sujeitos aprendizes incorporar e reproduzir os hábitos da cultura ali organizada.</p>
<p><b>SUS real:</b> “Refêm da racionalidade do governo, do clientelismo e da burocracia”</p> <p><i>Ensino Médico:</i> Práticas em hospitais universitários e serviços ligados ao SUS, precários em recursos e organização reforçando a crise na educação médica e o desestímulo à formação ampla.</p>
<p><b>SUS formal:</b> “SUS juridicamente estabelecido pelas leis, portarias, normas, leis municipais, decretos, etc.”</p> <p><i>Ensino Médico:</i> Dicotomia entre professores, departamento, práticas, serviços e ideologias impregnada de pessimismo acerca do SUS.</p>
<p><b>SUS democrático:</b> “Desenhado pela Reforma Sanitária Brasileira”</p> <p><i>Ensino Médico:</i> Os alunos experimentam um SUS real e se aproximam de um SUS para pobres.</p>

**Figura 3.** Concepções acerca dos tipos de SUS existentes e o Sistema Formador implantado em saúde. Fonte: Paim (2002)

Na prática do SUS para os pobres os docentes, residentes e estudantes passam a reproduzir os hábitos dos serviços que visam incorporar as ações com vista na produtividade e eficiência, tendo cada patologia e cada doença um preço, estabelecido pela indústria de seguro-saúde e não mais entre a relação médico com cliente/doente, como nas práticas liberais de atenção à saúde durante o exercício profissional autônomo (Paim, 2002).

No caso do SUS real o campo de prática de ensino seria realizado nos hospitais universitários e serviços ligados ao SUS com a academia, com a precariedade das organizações e dos recursos, devido ao pouco investimento do Estado, que conduz os estudantes a buscar soluções através das atividades extracurriculares e empurram os docentes para os serviços privados e liberais (Paim, 2002). Daí a presença de um número cada vez mais crescente de atividades extracurriculares no cotidiano dos alunos das Ciências da Saúde na tentativa de solucionar as lacunas no currículo formal das universidades (Peres, 2006).

O SUS formal estabelecido pela Constituição Federal e normas vigentes colocam em cena dois grupos de sujeitos. De um lado os professores, alunos e departamentos que vivenciam as crises que estão impostas ao SUS na prática e das novas tendências de mercado. De outro, os grupos de sujeitos, das áreas sociais e da Saúde Coletiva que idealizam um SUS que não chega, quando estes grupo não dispõem de linhas de pesquisa que permitam analisar os movimentos, sentidos e políticas em saúde, arriscando a formação dos estudantes em uma via dupla de sentidos: de um lado o SUS que não funciona e que eles veem, e de outro o SUS formal que vai sair do papel algum dia (Paim, 2002).

Na concepção do SUS democrático o aluno vivencia as práticas nos serviços se aproximando do SUS real e do SUS para os pobres, tendo nos campos de práticas os fomentadores da medicina hegemônica, vista como algo dado, cultural e histórico. Nesta concepção o SUS democrático é

visto como algo para o amanhã. Neste sentido, faz uma reflexão acerca da importância dos cenários múltiplos de práticas, das redes de cooperação, da intercomunicação entre acadêmica, comunidade e serviços para que possa superar, no campo pedagógico, e permear o político, a reconstrução de um SUS democrático organizado, comprometido e que supere os desafios dos diferentes SUS e sistemas formadores (Paim, 2002).

As reformas em saúde e nos sistemas formadores se fazem pelas necessidades de constantes reflexões acerca das práticas exercidas pelos sujeitos envolvidos (trabalhadores, estudantes, docentes e comunidade). Neste sentido, nas práticas educativas, a cultura e a identidade de um povo se misturam colocando as relações dialógicas como centro de preocupação nas ações educativas conferindo uma alternativa ao que se refere a complexidade e peculiaridade nas formas de entendimento entre as relações que homem estabelece durante o processo de comunicação (Donato & Rosenberg, 2003; Fleuri, 2005). Para Freire a cultura do silêncio deveria ser rompida, pois ela encobre as verdadeiras necessidades de uma parcela majoritária da sociedade que apenas escuta as necessidades, mas não tem voz, e assim são obrigadas a se conformarem com a imposição da parcela minoritária. A própria formação vertical seria o vilão da Educação e desencadearia na “formação bancária” de Freire (1987).

Enquanto na prática “bancária” da educação, antidualógica por essência, por isso não comunicativa, o educador deposita no educando o conteúdo programático da educação, que ele mesmo elabora ou elaboram para ele, nas práticas problematizadoras, dialógica por excelência, este conteúdo, que jamais é “depositado”, se organiza e se constitui na visão do mundo dos educandos, em que se encontram seus temas geradores (Freire, 1987, p.102).

Nesta reflexão modelos educacionais preconizados nos séculos XVIII e XIX ainda prevalecem no século XXI, onde teriam que ser refletidos e reformulados. Esses modelos que traduzem o educador como centro do processo educativo, que utilizam metodologias convencionais de transferência de conteúdo, que tratam os sujeitos que estão sendo educados de forma hierarquizada, que prioriza a verticalização nas relações entre o professor e o aluno, e, que julgam as notas numéricas como pressuposto de eficácia na aquisição de conhecimento não responde mais as demandas sociais do século atual (Mizukami, 1986; Freire, 1996; Paim, 2007). Mas mesmo com a consciência crítica e esclarecida dos benefícios que a prática educativa libertadora proposta por Freire reflete na condição de transformação social, as práticas verticalizadoras tornam-se presentes e dominadoras no contexto de saúde (academia e serviços), onde a técnica e a instrumentalização sobrepõem-se a vivência empírica dos sujeitos e suas comunidades.

Nestas perspectivas entender como as Ligas Acadêmicas - LAs: a) estruturam as suas práticas (abordagem/métodos; bases filosóficas, sujeitos, objetivos, abrangência/âmbito da ação, b) como elas articulam as práticas de ensino, pesquisa e extensão, c) quais são as evidências da eficácia das ligas na qualificação dos professores, na formação dos estudantes e na solução e/ou

encaminhamentos dos problemas da comunidade, d) como as LAs se articulam com a rede pública de atenção à saúde (SUS), e, e) afirmar se as Ligas Acadêmicas podem ser consideradas estratégias educativas na transformação social, foram os motivos primordiais para a realização deste dissertação.

## Capítulo 3 – OBJETIVOS

### 3.1 GERAL

- Analisar as Ligas Acadêmicas - LAs estruturadas e em funcionamento na Faculdade de Ciências da Saúde – FS e na Faculdade de Medicina - FM da Universidade de Brasília – UnB, como uma das estratégias de ensino e aprendizagem no processo de formação do corpo discente.

### 3.2 ESPECÍFICOS

- Conhecer as concepções dominantes sobre as LAs por parte dos professores ligantes, estudantes ligantes e estudantes não ligantes/beneficiados;
  - Identificar o modo como as LAs articulam as práticas de ensino, pesquisa e extensão;
  - Analisar as abordagens adotadas no desenvolvimento das ações propostas pelas LAs a partir dos seus objetivos, sujeitos da ação, âmbito ou abrangência da ação, princípio orientador da ação, estratégia e pressupostos de eficácia/indicadores de qualidade;
- Identificar os nexos entre o modo de estruturação e funcionamento das LAs e o conjunto normativo composto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais; Projeto Político Pedagógico Institucional da UnB - PPPI; Política Nacional de Educação Permanente para o SUS;
- Analisar o processo de articulação das LAs com a rede pública de Atenção à Saúde e com o processo de Educação Permanente em saúde para o SUS.

## Capítulo 4 – METODOLOGIA

### 4.1 Caracterização do Estudo

As abordagens metodológicas em pesquisas acadêmicas, segundo Minayo (2010) são classificadas em três tipos: 1) quantitativas; 2) qualitativas e 3) mistas. Neste caso, optou-se por uma abordagem de cunho qualitativo, uma vez que esta revela-se a mais apropriada para o desvendamento de processos nos quais se buscam evidenciar relações humanas estabelecidas em torno de um objeto como, se propõe este estudo acerca das LAs.

Nestes termos, o Método adotado, visto como um composto de caminhos e instrumentos, para além da abordagem, constituiu-se em um “Estudo de Caso”, uma vez que está centrado na realidade específica da Faculdade de Ciências da Saúde - FS e da Faculdade de Medicina - FM da Universidade de Brasília - UnB, tendo como objeto central as LAs estruturadas e em funcionamento. Nesse sentido, e pelo ineditismo do estudo, no que se refere a sua temática, constitui-se um estudo de caso de abordagem qualitativa e de caráter exploratório, uma vez que estabelece uma primeira aproximação investigatória sobre a questão nesta Universidade.

As abordagens metodológicas qualitativas estabelecem suas bases no final do século XIX, sendo difundidas entre os antropólogos e sociólogos como uma alternativa ao método quantitativo, que segundo os pesquisadores, se distanciava da ação humana e da relação com as ciências sociais (Peres, 2006). No entanto, as peculiaridades e similaridades existentes entre diferentes abordagens não conduzem em momento algum a invalidação de um estudo, e sim dependendo do problema, do universo amostral, do período histórico, do espaço temporal, da pesquisa em si a escolha por uma abordagem é determinada pelo objeto proposto para uma construção significativa do conhecimento, podendo as abordagens se complementarem ao invés de serem pensadas de forma dicotômica e conflitantes (Creswell, 2007; Deslaurieirs & Kerisit, 2008).

Em outras palavras, nossa opção metodológica está coerentemente orientada para: 1) a compreensão do modo como os protagonistas do processo de criação e funcionamento das LAs percebem o papel destas entidades na formação profissional em saúde; 2) a caracterização da ação das LAs e as suas relações com as normativas dominantes no campo da formação profissional em saúde. Como pano de fundo destas questões, operamos em torno das duas principais vertentes interpretativas desse fenômeno, partindo-se do fato de que uma delas reconhece a potencialidade dessa estratégia estudantil nas mudanças, e no processo de formação profissional em saúde, enquanto a outra problematiza a possibilidade de as LAs incidirem na especialização precoce durante a graduação, argumentando que as Diretrizes Curriculares Nacionais recomendam uma formação generalista no nível de graduação em saúde.

Além disso, nossos objetivos não se restringiram a responder a hipóteses previamente estabelecidas, mas aos questionamentos que se construíram ao longo do processo de investigação, privilegiando os seus sujeitos, suas experiências, os instrumentos aqui utilizados, e os variados contextos ao qual estivemos todos referenciados nesta pesquisa (Peres, 2006).

Nesse sentido, investiu-se na geração de temáticas e problemas focalizadas nas principais questões sobre as ligas acadêmicas levantadas previamente e construídos ao longo da coleta de dados com finalidade de estabelecer um diálogo entre os diferentes instrumentos aqui utilizados.

#### **4.2 Sujeitos da Pesquisa e Critérios de Inclusão**

Participaram como sujeitos da pesquisa: 1) Acadêmicos das Faculdades de Ciências da Saúde e da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília – UnB, Campus Darcy Ribeiro, membros participantes das ligas acadêmicas, aqui denominados “acadêmicos ligantes”; 2) Acadêmicos que conheciam e participaram das atividades propostas pelas LAs, porém não estavam estatutariamente vinculados a elas, aqui denominados “acadêmicos não ligantes”; 3) “Professores/coordenadores ligantes”. A restrição do estudo ao Campus Darcy Ribeiro explica-se pela inexistência de LAs nos demais campus (Ceilândia, Gama e Planaltina) durante o período da realização da coleta de dados (julho de 2012 a janeiro de 2013).

Foram identificadas onze LAs estruturadas e em funcionamento nas duas Faculdades. No entanto, focalizou-se o estudo em quatro delas, sendo duas representativas da FS e duas representativas da FM. Os critérios de seleção orientaram-se pelos seguintes aspectos: 1) Ligas estruturadas e em funcionamento a mais de um ano; 2) Ligas com Estatutos aprovados e regulamentados; 3) Ligas das quais participassem estudantes de cursos diferentes; 4) Ligas das quais participassem estudantes de um único curso.

No processo de construção do estudo foram inicialmente encaminhadas correspondências as onze LAs identificadas, formalizando o convite para participar da pesquisa. Das sete Ligas que responderam afirmativamente, escolheram-se as quatro primeiras que preenchiam os requisitos citados, sendo duas LAs do curso de Enfermagem e duas de curso de Medicina.

#### **4.3 Coleta de dados: Instrumentos e Procedimentos**

A coleta de dados foi realizada em quatro fases: 1) Levantamento documental e Revisão bibliográfica; 2) Entrevistas de Sondagem; 3) Entrevistas Individuais; e 4) Observação participante. Os instrumentos utilizados constaram, respectivamente de: 1) Planilhas elaboradas para a sistematização dos dados (Anexo A); 2) Questionários semi-estruturados e auto-aplicados; 3) Roteiros de entrevistas individuais.

### **4.3.1 Levantamento Documental**

No levantamento documental foram priorizadas: 1) Peças específicas referentes a criação, organização e funcionamento das Ligas, como os Estatutos aprovados e regulamentados das onze Ligas levantadas na fase inicial do estudo e 2) Outros documentos que possibilitassem a localização das LAs no processo de formação dos profissionais de saúde, tais como: Diretrizes Curriculares Nacionais – DCNs; Projeto Político Pedagógico Institucional – PPPI da Universidade de Brasília – UnB; Projetos Políticos Pedagógicos – PPPs do curso de Medicina da FM e do curso de Enfermagem da FS, sendo identificadas as LAs apenas nesses dois cursos no momento de coleta de dados.

### **4.3.2 Sondagem**

A Sondagem foi valorizada como a oportunidade de uma primeira aproximação aos sujeitos da pesquisa, mediante, o levantamento dos seguintes aspectos: 1) Informações sócio-demográficos; 2) Motivos que levaram os entrevistados a participação nas LAs; e 3) A carga horária dedicada as atividades desenvolvidas pelos ligantes no espaço Liga. Foi utilizado nesta fase um questionário semi-estruturado (Anexo B), autoaplicável, composto por questões abertas e fechadas, que antecederam as entrevistas individuais.

Para Minayo (2010) os questionários de sondagem podem ser abertos e fechados, autoaplicáveis que tem como finalidade uma primeira aproximação com os sujeitos da pesquisa, o que foi considerado nosso estudo.

### **4.3.3 Entrevista Individual**

Como terceira fase, na perspectiva de Bardin (2004), a Entrevista Individual funcionou como um instrumento de coleta usado com predominância na metodologia qualitativa, que caracteriza uma conversa a dois valorizando o uso da palavra, dos símbolos e dos signos privilegiados, onde o processo de coleta atenta para as atitudes, os olhares, as pausas estabelecidas no diálogo, os silêncios durante a entrevista e as indagações dos sujeitos, centradas nos problemas prévios e construídos na pesquisa.

Atentou-se, nesta fase para o problema central do estudo; o objeto do estudo; e o processo de análise, levando em consideração a narrativa dos acontecimentos, como forma de garantir a fluidez do diálogo e uma relação de horizontalidade entre entrevistador/entrevistado. Nesse sentido, o roteiro para a Entrevista Individual (Anexo C) foi estruturado e orientado por um padrão de fácil problematização, difícil problematização e reafirmação da problematização. Este padrão utilizado teve como orientação o nível de complexidade das questões, onde primeiro foram elaboradas

questões mais superficiais, depois, aprofundamentos dessas questões, e por último afirmação das questões provocadoras, com a finalidade de obtermos a compreensão do objeto desse estudo.

A Entrevista Individual propiciou o dimensionamento das concepções circulantes a respeito das principais questões levantadas sobre o tema em estudo, tais como: 1) O currículo paralelo na formação dos estudantes nos cursos de saúde; 2) A integração entre estudantes, professores/coordenadores e profissionais de diferentes áreas no âmbito das ações desenvolvidas pelas ligas acadêmicas; 3) As abordagens didáticas e pedagógicas que regem as atividades dentro das LAs; 4) O processo de ensino e aprendizagem entre os sujeitos ligantes e não ligantes; 5) A abordagem educativa proposta nas ligas em funcionamento na UnB no processo de correlação com a classificação de Tones (1987); 6) A relação das ações LAs com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde – SUS; 7) As Diretrizes Curriculares Nacionais – DCNs; 8) O Projeto Político Pedagógico Institucional – PPPI da Universidade de Brasília – UnB, 9) Os Projetos Políticos Pedagógicos – PPPs do curso de Medicina da FM e do curso de Enfermagem da FS.

A Entrevista Individual foi realizada com dezesseis voluntários na condição de “acadêmicos ligantes” (oito entrevistados); “professores/coordenadores ligantes” (quatro entrevistados) e “acadêmicos não ligantes” (quatro entrevistados que conheciam e participaram de atividades propostas pelos ligantes).

### **4.3 Análise dos dados: Procedimento de Análise**

Foi realizada a Análise de Conteúdo – AC, seguindo os critérios propostos por Bardin (2004) e Minayo (2010) de forma a considerar todos os aspectos evocados nos diálogos dos sujeitos da pesquisa e não somente a frequência; e também, estabelecendo um diálogo prévio entre os diversos instrumentos utilizados neste estudo para que se confluíssem em diálogos continuados no tempo.

O método de análise de conteúdo na modalidade temática, segundo Minayo (2010) se caracteriza pela categorização que se configura pelo processo de:

[...] operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso, o investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado [...] (Minayo, 2010, p.317).

O processo de formulação das categorias se configurou em duas etapas, a análise dos dados e a análise de conteúdo. A análise dos dados constou de: 1) Leitura dos registros documentais (normativas), bibliográficos e originários das sondagens, Estatutos e entrevistas individuais; 2) Identificação das variáveis; 3) Identificação das Unidades de Registro - UR; 4) Agrupamento e afirmação das categorias; 5) Geração de temáticas; 6) Interpretação dos achados, com vista à resolução dos objetivos e os questionamentos construídos ao longo do Estudo. Na análise e interpretação dos dados aplicou-se a técnica da Análise de Conteúdo - AC, considerando como

procedimento a identificação de núcleos de sentidos, a contextualização, a elucidação e interpretação dos diferentes instrumentos utilizados de forma sistemática.

A análise de conteúdo foi realizada da seguinte forma: 1) ordenação dos dados coletados; 2) identificação das variáveis presentes no material transcrito dos entrevistados, sondagem e Estatutos; 3) identificação dos núcleos de sentidos; 4) Identificação das Unidades de Registro – UR; 5) geração de categorias definitivas para posterior interpretação.

A partir do primeiro momento nos reportamos aos instrumentos de coleta de dados e das problemáticas que emergiram ao longo do processo de construção desse estudo, tais questionamentos foram agrupados em torno de cinco questões geradoras, tais como:

- Como as LAs articulam as práticas de ensino, pesquisa e extensão?
- Quais são as evidências da eficácia das ligas na qualificação dos professores, na formação dos estudantes e na solução e/ou encaminhamentos dos problemas da comunidade?
- Como as LAs estruturam as suas práticas em termos de sujeitos, objetivos, abrangência/âmbito da ação; princípios orientadores, estratégia de ação e pressupostos de eficácia?
- Como as LAs se articulam com a rede pública de Atenção à Saúde e com o processo de Educação Permanente em saúde para o SUS?

No caso deste estudo foi escolhido a semântica como método de evocação de significantes e significados de códigos linguísticos empregados nas expressões utilizadas pelos humanos, sendo de fundamental importância para o processo de interpretação dos dados encontrados neste Estudo. Dessa forma, alguns princípios foram seguidos durante a análise de conteúdo - AC de forma a valorizar as representações e as subjetividades dos sujeitos envolvidos na pesquisa, tais como: 1) critérios bem definidos de inclusão dos sujeitos da pesquisa, 2) análise interpretativa por meio do diálogo entre os diferentes instrumentos de coleta que se confluíram quanto a sua finalidade, guiados pelos objetivos deste estudo, 3) e exclusividade dos elementos linguísticos que não se repetiram, ou que estiveram ausentes nos diálogos, sendo também, valorizados (Minayo, 2010).

A análise constou de dois momentos ou planos de estudo. No primeiro plano constou da leitura exaustiva do material, buscando a geração de categorias e temáticas a partir dos estatutos, entrevistas, documentos e material bibliográfico. No segundo plano analítico buscou-se a caracterização da abordagem adotada nas ações desenvolvidas pelas LAs, identificando-se as relações com a população e a rede pública de serviços em saúde e outros cenários de prática. Neste momento adotou-se como referencial a tipologia apresentada por Stotz (1993) com base em Tones, que trata de enfoques das práticas educativas em saúde.

#### **4.4 Aspectos Éticos**

Os principais aspectos contidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo D) asseguraram a garantia de esclarecimentos quanto à participação dos sujeitos, os riscos, os benefícios, o acesso aos resultados, a liberdade de se retirar do estudo em qualquer momento. Todos os participantes fizeram a leitura e assinaram o TCLE, em conformidade com a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, o qual assegurou todos os direitos e deveres aos voluntários. Além disso, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília - UnB sob o número de 130/12 (Anexo E).

## Capítulo 5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este Capítulo está estruturado de modo referenciado por dois planos de análise. O primeiro plano constou do estudo exaustivo do material coletado respaldado pelas categorias que emergiram ao longo do trabalho, as quais tratam da constituição das LAs em termos de áreas temáticas; sujeitos; concepções predominantes; motivações para a constituição de uma liga; forma de estruturação e funcionamento; componentes normatizadores da ação; propósitos. A análise dos dados constou de: 1) Leitura dos registros documentais (normativas), bibliográficos e originários das sondagens e entrevistas individuais; 2) Identificação das variáveis; 3) Identificação das Unidades de Registro - UR; 4) Agrupamento e firmação das categorias; 5) Geração de temáticas; 6) Interpretação dos achados, com vista à resolução dos objetivos e os questionamentos construídos ao longo do Estudo.

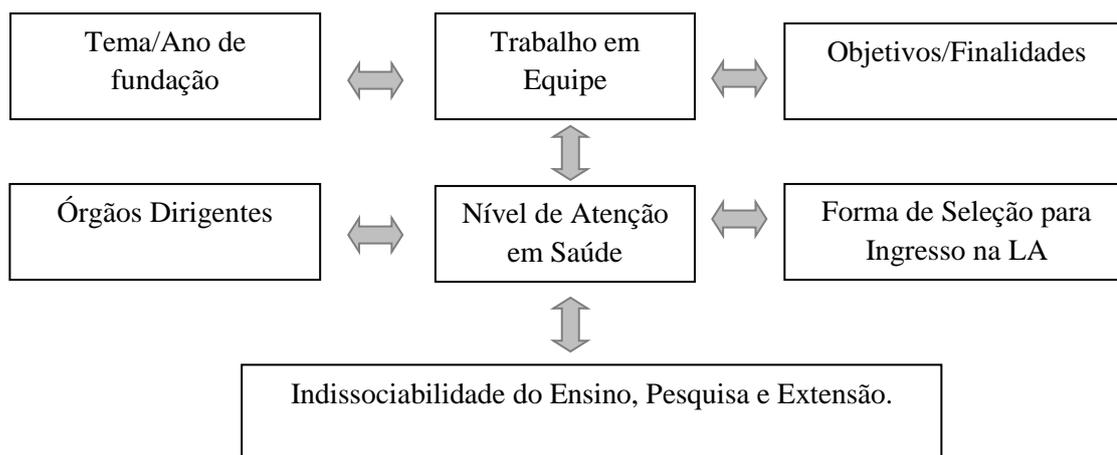
Institui-se, nesse primeiro movimento analítico uma sequência de análise de sentidos pelos mediada pela apreciação dos estatutos; sondagens; entrevistas individuais; observação participante e Diário de Campo, buscando-se o estabelecimento de um diálogo entre esses achados e o plano mais geral da produção acadêmica; das normativas em vigor sobre o tema no plano do Ministério da Educação – MEC, Ministério da Saúde – MS, Universidade de Brasília – UnB; A Política Nacional de formação em Saúde para o SUS; e os questionamentos construídos previamente e ao longo do Estudo.

O segundo plano da análise desenvolveu-se na perspectiva da abordagem ou enfoques que caracterizam a ação das LAS em termos dos seus objetivos, sujeitos, âmbito da ação, estratégia, princípios orientadores e pressupostos de eficácia apoiados pela Tipologia de Tones, apresentada por Stotz (1993), que aborda enfoques e/ou abordagens na ação educativa em saúde, conforme já foi referido no Capítulo 1.

### **5.1 Sobre o processo de formação e/ou capacitação dos estudantes ligantes, professores ligantes e estudantes não ligantes.**

#### **5.1.1 Análise dos Estatutos das Ligas Acadêmicas**

Da análise dos sete Estatutos selecionados emergiram sete categorias: 1) Tema de abordagem e ano de fundação da LA; 2) Trabalho em Equipe; 3) Objetivos/Finalidades; 4) Nível de Atenção em Saúde; 5) Forma de Seleção para Ingresso na LA; 6) Órgãos Dirigentes; 7) Caráter da indissociabilidade entre Ensino, Pesquisa e Extensão (**Figura 4**).



**Figura 4:** Representação das categorias emergentes nos Estatutos das LAs

A Figura 4 foi esquematizada a partir das categorias que convergiram para o objetivo apresentado pelas LAs, que tem por finalidade o desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão. As flechas nos possibilitam os movimentos de reação-ação-reação que implicam o processo de construção de estratégias, que no caso das LAs, o preenchimento de lacunas curriculares no qual se insere as vivências no cenário de práticas.

Em nenhum Estatuto observou-se referência sobre as bases filosóficas ou conceituais que orientaram a sua formulação. No entanto, percebem-se fortes sinais de flexibilidade face às necessidades das suas reformulações. Estas observações já haviam sido identificadas em outros estudos, como os de Neves e cols. (2008) e de Fernandes e Mariani (2010). Estes autores trazem uma preocupação acerca da criação de órgãos regulamentadores e direcionadores nas ações de criação, implementação e funcionamento de uma liga acadêmica nas universidades brasileiras, a referir a Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina - ABLAM criada em 2006.

A ABLAM estabeleceu Diretrizes Nacionais - DN's próprias, aprovadas em Assembleia Geral realizada em 3 de outubro de 2010. Estas DN's definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos a serem observados pelos estudantes e grupos na elaboração de documentos (estatutos, atas, normas) para a criação de uma liga acadêmica de Medicina no Brasil. Em nossa análise, os Estatutos não mencionaram tal referência, mesmo considerando o ano de criação das LAs da FS e FM (2008 – 2011) posterior à criação da ABLAM.

É perceptível, portanto, a semelhança no conteúdo e componentes das estruturas estatutárias. Neste aspecto, pode-se inferir a possibilidade de que, para além das Diretrizes Nacionais da ABLAM, tenha ocorrido processos de comunicação e troca de informações e de experiências entre os sujeitos ligantes e formuladores dos Estatutos das diferentes LAs, pela forte presença de mobilidade dos estudantes nas LAs, e a proximidade dos estudantes com o Centro Acadêmico de Medicina – CAMED, UnB, entidade responsável pela orientação do processo de criação de Ligas.

As temáticas das LAs referiram-se a: 1) Gerontologia e Geriatria - Liga de Gerontologia e Geriatria; 2) Saúde da Família e comunidade - Liga de Saúde da Família e Comunidade; 3) Câncer e Humanização - Liga Câncer e Humanização; 4) Emergências e Trauma - Liga de Emergências e Trauma; 5) Psiquiatria - Liga de Psiquiatria; 6) Cardiologia - Liga de Cardiologia; 7) Neurologia - Liga de Neurologia.

A opção por esta variedade de temas pode estar relacionada à recomendação das normativas em vigor que estabelece a busca de uma formação generalista (Pereira & Ramos, 2006). No entanto, autores como Mitre e cols. (2008) chamam a atenção para a possibilidade de que estes mesmos fatos estejam relacionados à busca de uma especialização precoce, por parte do estudante, a qual é definida, muitas vezes, em tempos anteriores ao ingresso na graduação, uma vez que a decisão pela especialização pode ocorrer previamente ao ingresso no curso.

O processo de especialização precoce nestes termos encontraria um campo fértil durante a graduação, se considerarmos a desarticulação de conteúdo, disciplinas, e campos do saber; a desvinculação entre ensino e serviço; o distanciamento entre o aluno e a realidade da população (prática); e o modelo técnico-assistencial de saúde de base flexneriana predominante, orientando para o mercado privado e lucrativo, que acarretaria em determinações diretas na formação do profissional no campo.

Sobre este fato é importante considerar que, embora, entre as LAs estudadas sejam identificadas opções por temáticas do tipo saúde da família e comunidade, humanização e gerontologia, entende-se que a opção por essas temáticas que inspiram a formulação de políticas mais amplas e abrangentes não significa, necessariamente, a preocupação com uma formação generalista, uma vez que elas poderiam, também, incidir na especialização.

No entanto, cabe considerar que o período de surgimento das LAs, corresponde ao ano de 2008 a 2011, coincidindo com a vigência das normativas no campo da formação profissional em saúde, as quais propõem uma formação crítica, reflexiva, inovadora e comprometida com o processo de construção/reconstrução do conhecimento.

Percebeu-se que todas as LAs apresentam uma estrutura semelhante que é chamada de Diretoria. A diretoria das LAs apresentaram os seguintes aspectos: Professor Coordenador, presença de um ou mais professores; Diretor Acadêmico, geralmente este seria um estudante podendo ser membro fundador; Vice-diretor Acadêmico, também se constituiria de um acadêmico; Secretário que também seria um estudante; Membros Ligantes dependendo da LA podem ser oriundos de um ou mais cursos.

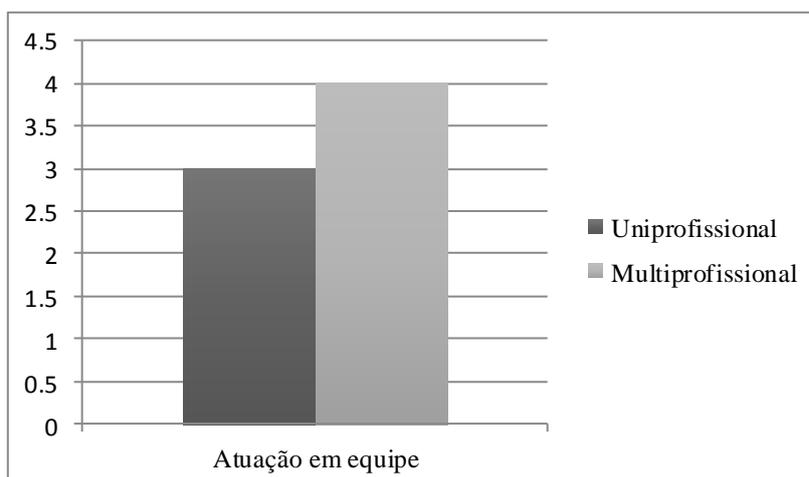
No que se refere ao processo de seleção para admissão de novos membros nas LAs, observou-se que este geralmente é organizado pela diretoria, podendo constar de alguns dos seguintes itens: entrevistas; rodas de conversa; ficha de inscrição; análise do histórico de graduação do candidato; participação com frequência de 75% em cursos introdutórios; elaboração de redação; e prova. A diversidade de alternativas de avaliação recomendada nos Estatutos das LAs, sugere que

no processo de admissão nas LAs podem ser empregados múltiplos critérios, capazes de dar conta, inclusive, de aspectos subjetivos conforme propõe Gil (2007) em relação aos processos de avaliação discentes e/ou docentes.

Estas considerações são respaldadas pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior que refere em suas bases a importância da busca por modelos de avaliação que considerem a diversificação de instrumentos, como uso de escalas subjetivas e objetivas. Estes modelos de instrumentos, embora, direcionados para a avaliação das IES, servem, também, como base para as ações de estruturação de currículos e planos institucionais; de planos de cursos; planos de aulas; ações em serviços; redes de apoio a Saúde e Educação; e ações desenvolvidas pelas entidades estudantis.

O Projeto Político Pedagógico Institucional - PPPI da UnB de 2011, também, reflete sobre a importância do uso de instrumentos diversificados no processo de avaliação da aprendizagem dos trabalhadores, professores, técnicos-administrativos e estudantes, tendo como finalidade o diagnóstico educacional precoce para a formulação de estratégias transformadoras da realidade política, econômica e social.

Quanto ao aspecto da composição profissional e a perspectiva de atuação em equipe de saúde, três ligas foram classificadas como uniprofissionais, por mencionarem em suas estruturas professores e/ou acadêmicos apenas de uma única área, enquanto quatro ligas foram classificadas como multiprofissionais, por mencionarem em sua estrutura profissionais e/ou acadêmicos admitidos e oriundos de diferentes áreas das Ciências da Saúde (**Figura 5**).



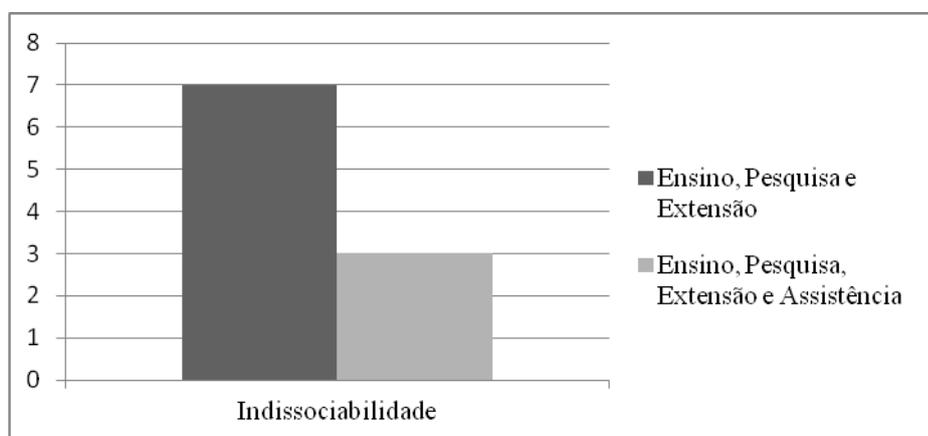
**Figura 5.** Atuação em Equipe nas Ligas Acadêmicas da FS e FM

As novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina (2001) e para o curso de Enfermagem (2001) tem como princípio a integralidade curricular. A integralidade curricular supõe a articulação de conteúdo e disciplinas; da teoria e da prática; a indissociabilidade entre o ensino, pesquisa e extensão; a atuação em equipe multiprofissional e/ou interdisciplinar; e a

diversificação de cenários de práticas. A integralidade no processo de formação em saúde, neste caso, está relacionada a integralidade proposta para a atenção à saúde no SUS, que vincula as práticas de proteção, prevenção, promoção, diagnóstico e tratamento e as articulam em três níveis de complexidade.

Dos sete Estatutos analisados, quatro deles reconhecem a importância da admissão de membros de diferentes áreas do saber nos seus espaços, explicitando a intenção de favorecer o contato precoce, referido aqui como antes do estágio obrigatório, entre acadêmicos, professores e trabalhadores de diferentes áreas. Por outro lado, três ligas sinalizaram que estruturaram suas práticas de modo centrado em uma única área do saber, incidindo numa formação uniprofissional, o que revela uma tendência a reprodução do caráter tecnicista e individualista do modelo de atenção hegemônico, diga-se Medicina Flexneriana, conforme adverte Mendes (2011).

Nos termos estatutários as sete LAs incorporam o princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, e três destas se propõem a práticas assistenciais (**Figura 6**). As práticas assistenciais são desenvolvidas nas instituições parceiras das ligas acadêmicas, tais como: hospitais; ambulatorios; unidades básicas de saúde; instituições filantrópica; e instituições prestadoras de serviços de saúde, nas modalidades de atendimento ambulatorial; prevenção e promoção da saúde; e realização de eventos de natureza científica e acadêmica.



**Figura 6.** Representação da indissociabilidade dos três pilares do Ensino Superior mencionados pelas Ligas Acadêmicas da FS e FM

No que se refere as habilidades e competências pode ser verificado, tanto nos PPPs do curso de Medicina e Enfermagem, como também, nos Estatutos das LAs indicativos sobre: a articulação entre teoria e prática; a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão; a intensificação na atenção primária; a qualificação permanente do estudante e do profissional; e a valorização do trabalho em equipe. Porém, não ficou claro qual o papel da assistência à saúde nos três níveis de complexidade desenvolvido no espaço Liga.

Além desses, outros aspectos mencionados possibilitam algumas inferências da aproximação das LAs ao processo de implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, tais como: a integração das entidades ligantes com a comunidade; a ênfase na promoção e prevenção sinalizando para o fortalecimento da atenção básica em saúde; o desenvolvimento de estratégias para o controle ou erradicação de doenças; e a estimulação de atividades extensionistas na comunidade.

Há que se considerar, também, sinalizações referentes ao protagonismo dos estudantes que são considerados o centro do processo educativo, o que poderia ser mais explorado em termos de valorização de estratégias que coloquem o estudante diante de metodologias consideradas ativas e transformadoras.

As metodologias ativas no processo de ensino e aprendizagem favorecem a interatividade entre os sujeitos, e, possibilita o compartilhamento do conhecimento em um processo que conflua para uma relação horizontal entre o educador e educando na construção/reconstrução dos saberes, a partir de iniciativas verificadas no cotidiano para além do experimentar, do inovar e do intervir no mundo real (Batista, 2008; Mitre et. al., 2008).

Para autores como Freire (1996) e Reis (2011) as práticas de ensino devem buscar a libertação intelectual do homem, com vista a superação da verticalidade das relações humanas e do processo de ensino e aprendizagem, de forma a contemplar a dimensão no campo do amor, do poder e dos saberes.

Dessa forma, as ligas acadêmicas, apresentam potencialidade como um espaço estudantil que favorece o uso de metodologias ativas e que fortaleceriam a implementação do Sistema Único de Saúde – SUS. Conforme Ceccim e Feuerwerker (2004), um processo permanente de educação profissional para este Sistema deve ser mediado pela aproximação entre gestores, equipes técnicas, estudantes e população; pelo estabelecimento de vínculos horizontais e permanentes com a comunidade, como forma de privilegiar as necessidades locais de saúde como temática para a formação. O espaço demarcado por este processo formativo dos profissionais seria definido pela articulação do Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social.

Percebe-se sinais de aproximação da LAs aos movimentos de implementação do Sistema Único de Saúde, ressaltando-se, no entanto, que resta um longo caminho a percorrer na superação da predominância das práticas de ensino e pesquisa sobre as práticas de extensão no espaço Liga.

### **5.1.2. Sondagem (acadêmicos ligantes, professores/coordenadores ligantes e acadêmicos não ligantes)**

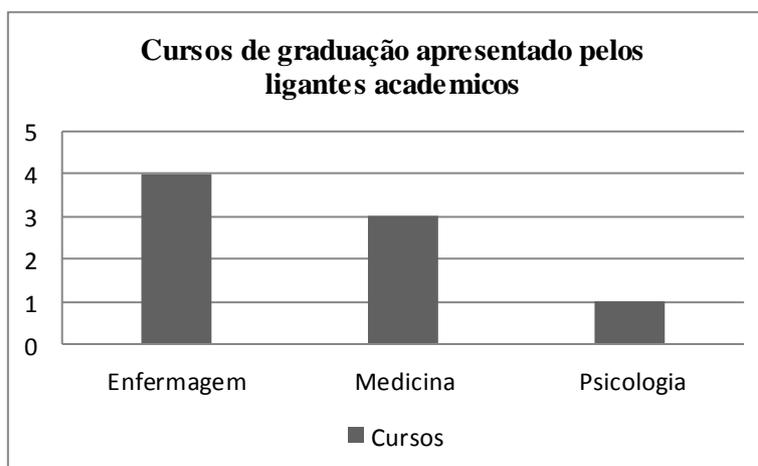
Como caracterização dos nossos entrevistados, percebeu-se que do total dos dezesseis quatro são naturais do Distrito Federal, enquanto doze declararam ser naturais de outros Estados brasileiros; cinco voluntários são do sexo masculino, enquanto onze são do sexo feminino. A

**Figura 7** representa a distribuição dos voluntários por grupo de sujeito da pesquisa, por LAs e por sexo.

Caracterização dos sujeitos	Faculdade de Ciências da Saúde	Faculdade de Medicina
Grupo: Acadêmicos Ligantes e Professores/coordenadores Ligantes.	Liga I: (1) um sujeito do sexo masculino; (2) dois sujeitos do sexo feminino. Liga II: (3) três sujeitos do sexo feminino.	Liga III: (1) um sujeito do sexo masculino; (2) dois sujeitos do sexo feminino. Liga IV: (1) um sujeito do sexo feminino; (2) dois sujeitos do sexo masculino.
Grupo: Acadêmicos não ligantes.	Conheciam atividades desenvolvidas pelas LAs da FS e FM: (1) um do sexo masculino; (3) três do sexo feminino.	

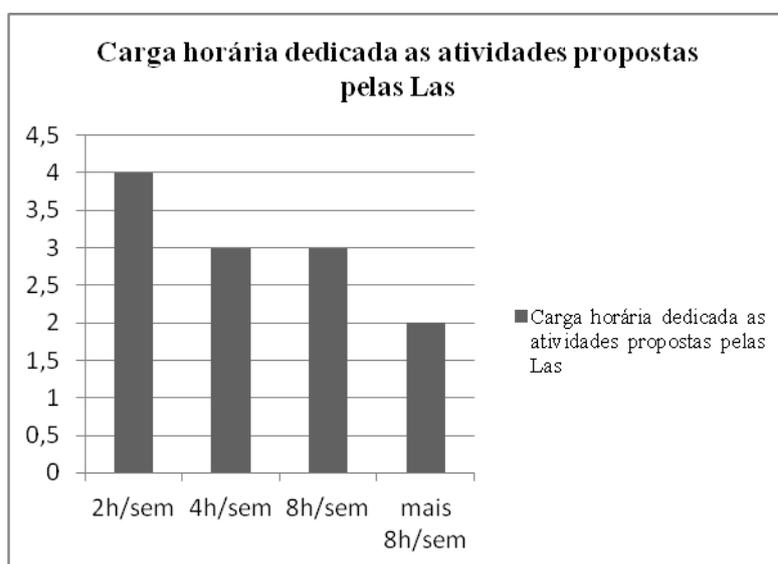
**Figura 7.** Distribuição dos entrevistados (acadêmicos ligantes, professores/coordenadores ligantes e acadêmicos não ligantes) por grupo de sujeito, por LAs e por sexo

Embora os Estatutos proponham a participação de estudantes de vários cursos, na perspectiva da multidisciplinariedade, e do trabalho em equipe, observou-se na sondagem uma concentração de entrevistados em torno de três cursos de graduação: um Psicologia; três Medicina; e quatro Enfermagem (**Figura 8**). Ferreira, Aranha, e Souza (2011) consideram que a diversificação de áreas do saber tem por finalidade a ampliação dos olhares; a montagem de soluções sob a óptica diversificada; e a proposição de estratégias eficientes e eficazes na soluções dos problemas em saúde, o que incidiria na redução dos vícios tecnicistas da Medicina Flexneriana, e consequentemente na minimização do risco da especialização precoce.



**Figura 8:** Perfil acerca da área de concentração acadêmica expressa pelos estudantes ligantes da FS e FM

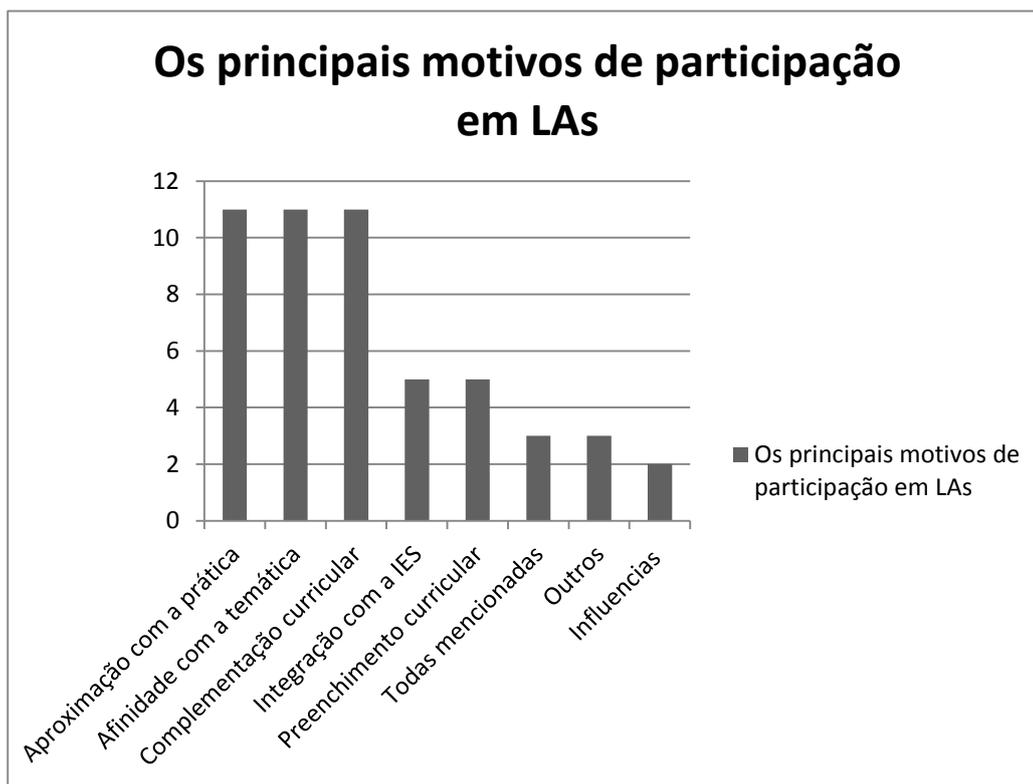
Com relação à carga horária dedicada às atividades desenvolvidas nas LAs, os acadêmicos ligantes e professores/coordenadores ligantes se apresentaram da seguinte forma: (4) quatro ligantes declararam que participavam por 2h/semanais; (3) três ligantes por 4h/semanais; (3) três declararam 8h/semanais; e (2) dois declararam mais de 8h/semanais (**Figura 9**). As diferenças observadas na destinação de carga horária para participação por parte dos ligantes estariam fortemente condicionadas às permanentes mudanças nos planos curriculares a cada semestre, o que prejudicaria a organização de atividades extracurriculares. Isto é, as reformulações frequentes de alterações nos planos curriculares exerceriam implicações diretas na permanência das atividades propostas e na fragilização dos Projetos de Extensão de Ação Contínua caracterizado como projetos de ação permanente e de cunho emancipatório que procurem estabelecer vínculos mais permanentes e atuantes entre a universidade, serviços e comunidade com vista a transformação social.



**Figura 9.** Carga horária dedicada pelos ligantes da FS e FM às atividades propostas nos espaços LAs

Quanto às motivações para a vinculação às LAs, acadêmicos ligantes e professores/coordenadores ligantes citaram: a) aproximação com a prática; b) preenchimento curricular; c) afinidade com a temática; d) Buscas de complementação curricular; e) todas as alternativas acima.

Além, destas outras motivações foram descritas como: a possibilidade de ensino de áreas temáticas que não constam da grade curricular ou não são abordadas com eficiência; a contribuição para a formação de profissionais mais comprometidos e preparados para atuar na área temática proposta pela liga, principalmente nos campos da promoção, prevenção e tratamento; a possibilidade de uma prática de atuação em Atenção Primária em Saúde, visto a carência do tema apresentado pelos currículos dos cursos de saúde no Brasil (**Figura 10**).



**Figura 10.** Principais motivos de participação dos ligantes (professores/coordenadores; acadêmicos) nas Ligas Acadêmicas – LAs.

Estes achados coincidem com o proposto por Neves e cols. (2008) que reconhecem a natureza extracurricular das LAs, uma vez que estão focadas em ausências de conteúdo, competências e habilidades, e valores considerados importantes no processo da formação e do exercício profissional no campo da saúde. No mesmo sentido, Torres e cols. (2008) consideram que as Ligas possibilitam a aproximação do estudante com a comunidade, como forma de ampliação do objeto da prática médica na perspectiva da transformação social, na qual a população passa a ser considerada como sujeito do processo de saúde-doença que lhes é característico.

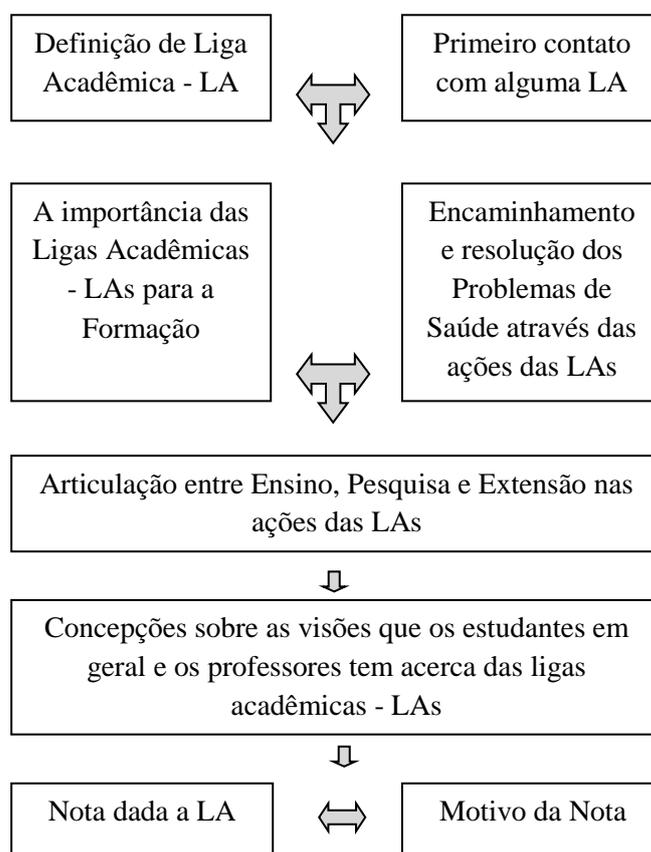
Dessa forma, uma Política de Educação Permanente no campo da saúde, nos termos propostos por Ceccim e Feuerwerker (2004) assume significância, uma vez que o processo educativo dos estudantes em formação e dos profissionais já formados, deslocam o seu foco para as necessidades sociais em saúde de caráter loco-regionais, o que supõe uma permanente avaliação dos currículos, cadenciada pelas mudanças nos modos de vida de populações específicas; pela biologia humana; e pela forma que os serviços de saúde estão estruturados, organizados, e como funcionam.

### 5.1.3 Entrevistas

#### 5.1.3.1 Entrevistados Acadêmicos Não Ligantes – EANL

Da análise das entrevistas com os quatro “acadêmicos não ligantes” as variáveis foram agrupadas em oito categorias referentes, que nos deram a compreensão acerca dos seguintes temas: 1) A conceituação de Liga Acadêmica; 2) Ao primeiro contato com a LA; 3) A importância das LAs para a formação; 4) Ao encaminhamento e resolução dos problemas de saúde através das ações das LAs; 5) A articulação entre ensino, pesquisa e extensão nas ações das LAs; 6) A concepções sobre as visões que os estudantes em geral e os professores tem acerca das ligas acadêmicas; 7) A nota atribuída a LA; 8) Ao motivo da atribuição da nota à LA (**Figura 11**).

A representação idealizada para a Figura 11 buscou uma analogia com as variáveis e categorias que emergiram durante o processo de análise; com o padrão de problematização elaborada para os roteiros de entrevistas individuais (fácil problematização, difícil problematização e reafirmação da problematização); com as questões norteadoras e objetivos construídos ao longo deste estudo considerando o processo de que para toda reação há uma ação e vice-versa.



**Figura 11.** Categorias identificadas nos diálogos dos Entrevistados Acadêmicos Não Ligantes – Comunidade Externa

Dentre as conceituações sobre LAs foram evocadas palavras que se referem teoricamente a: grupo de estudo, espaço, formação de estudantes, estudar, assunto, aprofundamento, conhecimento, formação, incentivo, pesquisa, ensino, pensar, sociedade, extensão, especialização.

Para este grupo de entrevistados, Liga Acadêmica foi definida como:

[...] **um grupo de estudantes** que se reúne para estudar uma área de atuação. Pode ser médica, ou profissional da área da saúde como um todo. Então é um grupo de alunos que se propõe a **buscar maior conhecimento** em uma área do conhecimento. Acho que deve ter de outras áreas também [...] (EANL-1).

*[...] pessoas que se juntam em torno de um assunto de interesse pra poder destrinchar aquele assunto o máximo possível e se tornar especialista naquilo que é de interesse. Tem um pessoal que gosta da emergência então vai para liga da emergência e vai ali estudar os novos protocolos tudo que diz respeito aquele tema e com isso a gente pode até conhecer que área a gente tem mais afinidade pra poder se fazer especializações depois um mestrado, doutorado e tudo (EANL-2).*

[...] **um grupo de estudo** que estuda um assunto bem aprofundado (EANL-3).

*[...] um espaço formado por estudantes para pensar a sociedade. As ligas pelo menos nas que eu tenho contato na faculdade... nasceram com um regimento muito bonito de pensar a sociedade e de pensar os aspectos sociais no campo de atuação da liga, usando o ensino e a pesquisa como ferramentas e não como meios e fins que acaba não acontecendo como deveria. O ensino e a pesquisa acabam sendo supervalorizados na maioria das ligas, mas acho que é a definição. O ideal da liga é um grupo de estudantes que vão usar o ensino e a pesquisa como ferramentas para pensar e propor soluções para sociedade (EANL-4).*

Observa-se nestes achados que LA foi conceituada como entidades formadas por um grupo de estudantes ou de pessoas que procuram estudar de forma mais aprofundada um determinado assunto ou área. Ao mesmo tempo, os estudantes não ligantes reforçaram a finalidade que uma LA tem, sendo estas evocações referidas como: pensar a sociedade e os aspectos sociais; buscar melhores conhecimentos através de ferramentas pelo ensino e pesquisa; e reconhecer a importância da extensão no processo de aproximação com a comunidade e a especialização.

Verifica-se que a conceituação nas formas simbólicas evocadas são coincidentes com o conceito referido por outros autores, como Azevedo e Dini (2006), conforme Torres e cols. (2008), que se refere às LAs como organizações estudantis formadas por um grupo que pretende sanar demandas da população e aprofundamento em um tema predeterminado, sob orientação de um ou mais docente, na perspectiva de aproximação com a prática e comunidade.

A totalidade dos entrevistados afirmou que tiveram o primeiro contato com uma Liga Acadêmica na universidade/faculdade. Este fato poderia estar relacionado ao aumento expressivo destas organizações em muitas Instituições de Ensino Superior brasileiras.

Para alguns autores o aumento no movimento de criação de ligas acadêmicas refletem a fragilidade dos currículos formais, que pela necessidade de articulação entre teoria e prática, impulsionam os estudantes e grupos a buscarem estratégias de superação, complementação e preenchimento de lacunas durante a graduação. (Peres, Andrade & Garcia, 2007; Hamamoto-Filho et. al., 2010).

No que se refere ao tripé ensino, pesquisa e extensão, os entrevistados deste grupo relacionam as atividades de ensino a aula, palestras, cursos de curta duração, reuniões científica e eventos; as atividades de pesquisa foram relacionados a estudos de caso, levantamento bibliográfico e epidemiológico. E as atividades de extensão seriam aquelas desenvolvidas nos ambulatorios; nas unidades de saúde; nas entidades filiadas/filantrópicas; e na formação de grupos de estudos na comunidade. Persiste, no entanto, pouca clareza por parte dos “não ligantes” sobre a forma de articulação ou do estabelecimento da indissociabilidade desses três componentes no processo de formação profissional em saúde.

Para os EANL, o corpo discente sente-se motivado e desempenha o papel de protagonista na criação, implantação e implementação das ações desenvolvidas nas LAs, o que na visão de Novóia (2009) seria considerado, no plano mais geral, essencial para a construção e cambio do conhecimento, e para a elaboração de ações voltadas para a transformação social. Como apresentado no diálogo:

*Acho que uma liga só existe por causa dos estudantes, não adianta um professor super-empolgado querer criar uma liga se não tiverem estudantes interessados isso não vai acontecer. A essência da liga é ser formada por estudantes e ser pensada por estudantes e isso dá ruma flexibilidade muito maior na grande maioria no aspecto de atuação na universidade. Como é uma atividade pensada por estudantes acaba tendo a sensibilidade maior e consegue transformar mais rapidamente e menos burocraticamente, então acho que esse aspecto estudantil é essência sem ele não há dúvida que as ligas não existiriam (EANL-4).*

No que se refere a concepção sobre a atuação dos professores nas LAs, os entrevistados consideram que eles desempenhariam um papel secundário e na sua maioria se apresentam pouco interessados pelas LAs no processo de criação, implantação e implementação das LAs.

*Poucos professores dão a importância e o apoio de interesse. Eu vejo que são mais os médicos que um dia já foram alunos e passaram pela universidade e voltam para dar seu depoimento. [...] Eles poderiam depois que eles entram na sala dizer gente oh participem das atividades isso é bom. Não falam nada nem dizem que não, não se manifestam. [...] (EANL-1).*

No entanto, o fato do professor ser considerado secundário pelos entrevistados “acadêmicos não ligantes” não nega a importância da sua mediação, nos termos propostos por Freire (1996), no que se refere ao processo de educação de uma forma mais ampla.

Para os entrevistados deste grupo as LAs poderiam resolver muitos problemas em saúde, tais como: desafogar os hospitais e o sistema de saúde brasileiro; oferecer qualidade de vida; ampliar o conhecimento da comunidade; e aproximar a universidade da comunidade, que por vez incidiria no fortalecimento da articulação entre ensino e serviço como aponta Monteiro e cols. (2011).

[...] Acho que isso varia bastante de liga para liga, claro. **Várias ligas** se quer tem atividades com a sociedade e algumas outras ligas fazem esse papel muito bem. Na minha concepção **o ideal que as ligas deveriam pensar sempre a sociedade**, o ensino e a pesquisa que às vezes são supervalorizados na maioria das ligas deveriam ser meios de se alcançar as soluções que a sociedade necessita no campo de atuação da liga. **Eu acho que pensar a sociedade especificamente deve ser o objetivo principal da liga**. Eu acho que ela não vai transformar completamente a sociedade que ela ta atuando [...], mas ela vai orientar e servir como fonte inspiradora. Ela pode propor soluções que os diretores e orientadores dos serviços podem aderir e realmente se tornar uma transformação mais significativa (EANL-4).

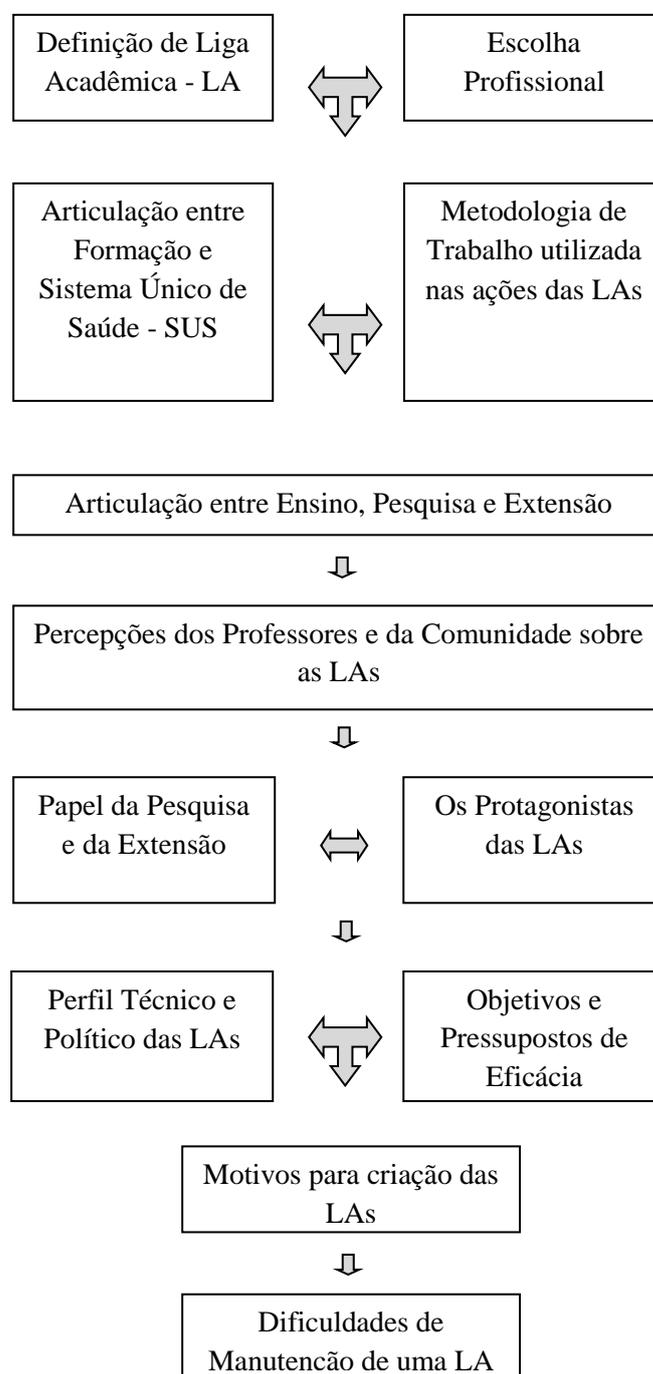
Os “acadêmicos não ligantes” atribuíram notas que variaram de oito e meio a dez às atividades desenvolvidas nas Ligas, sendo os principais motivos para esta atribuição: o empenho e a dedicação dos ligantes; a relevância do tema proposto nas atividades de ensino; a capacidade de articulação e mobilização dos ligantes; e a abertura para o diálogo.

De uma forma geral, foram contemplados alguns aspectos relativos à formação no plano das normativas em vigor (DCNs, LDB e PPPI-UnB) e da produção acadêmica sobre esta temática. Estes aspectos foram relacionados ao desenvolvimento de competências e habilidades através da busca ativa pelo conhecimento e da tentativa de aproximação dos ligantes com a comunidade.

### 5.1.3.2 Entrevistados Acadêmicos Ligantes - EAL

Da análise das entrevistas com os oito “acadêmicos ligantes” resultaram doze categorias, as quais se referem: 1) Ao conceito de Liga Acadêmica; 2) Ao motivo para escolha do curso ou da profissão que quer seguir; 3) A importância das LAs para a formação profissional e para a implementação do Sistema Único de Saúde – SUS; 4) O aspecto mais significativo na metodologia de trabalho nas LAs; 5) A articulação entre Ensino, Pesquisa e Extensão; 6) O modo como os professores e comunidade percebem as ligas acadêmicas; 7) O papel da pesquisa e da extensão nas práticas desenvolvidas pelas LAs; 8) Os protagonistas na criação e manutenção de uma LA; 9) As competências e habilidades técnicas e políticas que as LAs buscam desenvolver; 10) Os principais objetivos e o pressuposto de eficácia que as LAs buscam desenvolver com as atividades; 11) Os

principais motivos de criação das LAs; 12) As principais dificuldades encontradas pelos ligantes na manutenção de uma LA (**Figura 12**).



**Figura 12.** Categorias identificadas nos diálogos dos Entrevistados Acadêmicos Ligantes – EAL

Da mesma forma que as figuras anteriores, na representação esquemática idealizada para a Figura 12 buscou uma analogia com as variáveis e categorias que emergiram durante o processo de

análise o que caracterizou o processo de criação das LAs para o esbarar nas questões levantadas pelos acadêmicos ligantes como determinantes na superação e nos avanços dessas entidades; com o padrão de problematização elaborada para os roteiros de entrevistas individuais (fácil problematização, difícil problematização e reafirmação da problematização); com as questões norteadoras e objetivos construídos ao longo deste estudo considerando também, o processo de que para toda reação há uma ação e vice-versa..

Para os “acadêmicos ligantes”, liga acadêmica é conceituada como uma instituição formada por estudantes ou espaço de compartilhamento de conhecimento, com finalidade no aprendizado, na aproximação com a prática médica, e na prestação de assistência a comunidade. Estas finalidades seriam alcançadas pelo desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão, através de ações coletivas, autônomas, e democráticas com vista na promoção, na liberdade e no crescimento individual e coletivo.

A conceituação dada pelos “acadêmicos ligantes” reafirmam outros achados, como os de Neves e cols. (2008) e de Costa e cols. (2009), no que se refere à articulação entre entidades estudantis ou grupos que procuram manter a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão.

No que se refere à escolha profissional os “acadêmicos ligantes” evocaram palavras que se referem teoricamente: à escolha vocacional, à história de vida e afinidade com a área da saúde.

A escolha profissional, neste caso, adveio da vivencia e das relações estabelecidas pelos sujeitos entrevistados, onde se sobressaem as opções de natureza vocacional. Além disso, as opções pelos cursos, segundo os entrevistados foi mediada pela submissão a Testes de Orientação Vocacional. Para Andrade, Meire e Vasconcelos (2002) o Teste de Orientação Vocacional - OV se torna um recurso de suma importância no século XXI, uma vez que o aumento na oferta de cursos traria dúvidas referentes a escolha profissional.

Os “acadêmicos ligantes” relataram que a participação em Ligas proporcionam o desenvolvimento da capacidade organizacional, principalmente acerca de questões relacionadas à burocracia e à liderança. Para autores como Peres, Andrade e Garcia (2007) a mobilização estudantil em torno das ligas acadêmicas e das atividades extracurriculares contribuem no aprendizado dos alunos, na ampliação e construção do conhecimento.

Já, no que se refere aos aspectos relacionados à formação para o Sistema Único de Saúde, os entrevistados deste grupo evocaram termos relacionados: à legislação, às normas, às leis e à funcionalidade do SUS; ao conceito de saúde ampliado; à melhoria no atendimento ao público; à capacidade de lidar com as diferenças; à importância de conhecer práticas integrativas e atuar de forma ativa nos assuntos sobre as políticas públicas.

Acredita-se que esses termos evocados pelos entrevistados sejam considerados partes estruturantes no processo de formação do profissional para o SUS democrático, que para Paim

(2002) se configura pela aproximação dos alunos com a realidade/comunidade em um processo de formação permanente nos serviços.

Os principais aspectos considerados pelos “acadêmicos ligantes” para a metodologia de trabalho nas LAs foram: a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão; a busca de conhecimento de forma ativa; a autonomia; o trabalho em equipe; a humanização, e a diversificação nas formas de observação e prática.

*Olha o que eu acho mais importante é a busca do conhecimento de forma autônoma, porque você não tem, não é nem um método, isso é que é o mais legal. Porque se você tivesse um método vai ficar preso àquilo. Você tem total liberdade, é democrático mesmo a maneira como você vai aprender como você vai aplicar aquilo, desde que se siga logicamente todos os cuidados necessários, éticos e tudo mais. Mas eu acho que isso é o mais legal porque não tem um método, não tem nada rígido para você aprender, você ver uma maneira melhor a cada pesquisa que você vai fazer, você vai visualizar qual o melhor método; tu vai criar um método[...] (EAL-4).*

Observa-se que os estudantes foram considerados os sujeitos centrais no processo construtivo do conhecimento e que precisa ser mais explorado, o que incidiria, por sua vez, no reconhecimento das Ligas como espaço para a utilização de atividades pedagógicas estabelecidas pelo diálogo e pela superação da verticalidade, como afirma Gomes e cols. (2010) acerca das metodologias ativas de aprendizagem.

No que se refere a indissociabilidade ensino, pesquisa e extensão, os “acadêmicos ligantes”, relacionaram as atividades de ensino a palestras, aulas, formação de grupos de discussão, reuniões científicas, e realização de eventos. As atividades de pesquisa foram relacionados a cirurgia experimental; levantamentos epidemiológicos; e construção de artigos de revisão; e as atividades de extensão seriam aquelas desenvolvidas nas escolas; hospitais; ambulatorios de centros de saúde; grupos de apoio a comunidade e projetos de extensão na universidade.

Percebe-se por parte dos entrevistados a clareza acerca da predominância das atividades de ensino sobre as atividades de pesquisa e extensão, ainda que, segundo os entrevistados a extensão seja o objetivo central das LAs.

Para os EAL, a maior parte dos professores percebem as LAs como inovações motivadoras e positivas para o processo de assistência a comunidade, apesar de outra parte significativa deles reiterar o chamado de atenção para os perigos da especialização precoce, e para o fato de que a LA tira o tempo do aluno que deveria estudar para concursos público (considerando a variedade de concursos no Distrito Federal) e testes na universidade.

Já, quanto ao modo como os estudantes identificam as percepções da comunidade sobre as LAs, os “acadêmicos ligantes” referem-se à motivação dos beneficiários da assistência prestada pela LA; à ansiedade; a noção do potencial transformador das ações; e a manifestação de expectativa da comunidade sobre o perfil profissional desejado para os prestadores de serviços.

No que se refere à concepção sobre a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, os “acadêmicos ligantes”, consideram a pesquisa como importante; incentivadora; agregadora do conhecimento científico e popular; articuladora do ensino e a prática nos serviços e na comunidade. Reconhecem, no entanto, que as atividades de pesquisa ainda se encontram num estágio pouco estruturado no âmbito das LAs.

No que diz respeito à extensão, os entrevistados relataram ser essa modalidade a mais importante; essencial; articula ensino e pesquisa; entram para o currículo contando pontos; promove a troca de conhecimentos e saberes; e promove o empoderamento da comunidade.

*[...] Essencial. Acho que precisamos muito disso. Não sei para os outros integrantes, mas meu foco maior é na extensão porque é o objetivo final entendeu. O ensino seria o meio e a pesquisa tem que ser feita né pra chegar na extensão (EAL-2).*

*[...] A extensão promove não só o graduando adquirir conhecimento mais tem que ser uma troca de conhecimento, então os dois lados tem que ter essa troca, a extensão só funciona se ouvir os dois lados. Então a comunidade ganha o empoderamento do conhecimento e sintase como agente produtor da sua saúde. [...] A extensão é importante na prática e o compartilhamento com a comunidade (EAL-3)*

*[...] Mas, eu acho que é positivo porque você tem o contato com o público, você vivencia, você ver aquilo funcionar ou não (EAL-5).*

A extensão possibilitaria a aproximação com a comunidade através da prática e da vivência, o que contribui para o desenvolvimento de competências e habilidades e para construção de sujeitos éticos e comprometidos com a saúde.

O protagonismo dos estudantes na criação, implantação e implementação de uma LA foi novamente evocado por este grupo de entrevistados, reitera-se que o professor é apresentado como sujeito essencial, mas que ocuparia uma posição secundária no processo de estruturação dessas entidades estudantis.

Este fato reafirma as LAs como sendo entidades voltadas para a complementação e superação de lacunas presentes no currículo acadêmico, identificadas pelos estudantes, que na tentativa de superá-las criam Ligas. Neste processo os estudantes passam a ser considerados o centro na formulação de ações extracurriculares que propiciam ensino e aprendizagem como afirma Peres (2006) no que se refere as atividades extracurriculares.

As competências e habilidades técnicas que as LAs buscam desenvolver com os estudantes estariam orientadas para: a capacidade de conversar com o paciente; a aplicação de abordagens diferenciadas; a avaliação de procedimentos; o desenvolvimento da habilidade reflexiva e crítica; a dar aulas; o aprendizado de procedimentos técnicos como curativos, suturas, intubação, sondas, exames técnicos; a visualização do contexto do sujeito; e trabalho de forma humanizado. Já, ao que se refere ao desenvolvimento de competências e habilidades políticas foram evocados termos como: melhora da habilidade de comunicação; ampliação da saúde; fomentação dos direitos e

deveres dos sujeitos; incentivar o empoderamento, através de ações de informação, com vista ao desafogamento dos serviços.

Percebe-se que no Projeto Político Pedagógico Institucional – PPPI, UnB, no Projeto Político Pedagógico - PPP do curso de Medicina, no Projeto Político Pedagógico – PPP do curso de Enfermagem, e nos Estatutos, os aspectos mencionados pelos entrevistados “acadêmicos ligantes”, confluem para um perfil de formação reflexivo, ético, e comprometido com a população. Esses documentos poderiam ter contribuído de forma direta ou indireta para a organização e funcionamento das LAs da UnB.

Os principais objetivos que as LAs buscam desenvolver com os estudantes foram: atuar com a indissociabilidade (Ensino, Pesquisa e Extensão); atuar junto à comunidade; cuidar da família; colocar em prática o conhecimento; criar estratégias e ambiente de troca; ver o sujeito no contexto; formar profissionais qualificados; levar uma visão holística a comunidade; ofertar vivência; integrar sujeitos e práticas; prestar assistência; encaminhar os indivíduos e alcançar o conhecimento a partir da própria necessidade. Os pressupostos de eficácia apontados pelos entrevistados para alcançar tais objetivos referiram-se: a percepções de melhoria nas ações junto à comunidade; a diferenciação de estudantes ligantes e não ligantes; ao maior aprendizado comparado com os outros acadêmicos; as melhorias nas condições de saúde pessoal; as vivências significativas para o futuro; ao reconhecimento da comunidade; e a possibilidade de ampliação da visão.

Percebe-se que os sujeitos entrevistados apontaram os objetivos e os possíveis pressupostos de eficácia nas ações desenvolvidas pelas LAs, através de percepções subjetivas que possuíam acerca da vivência e da prática durante o exercício nas LAs. Para Stotz (1993) os objetivos são de suma importância na formulação de atividades e serviriam como requisito para verificar o nível que uma ação ou estratégia surtiu efeito, principalmente quando levado em consideração práticas educativas no campo da saúde.

Os principais motivos que levaram à criação, implantação e implementação das LAs, segundo os entrevistados, foram: a temática proposta pela Liga não era abordada no currículo da universidade; os estudantes possuíam afinidade com a temática; a LA supriria déficits encontrados no currículo; os estudantes se aproximariam da prática; não tinha uma disciplina específica no currículo; os estudantes complementariam seu currículo; o modelo proposto pela LA se apresentaria como uma resistência ao modelo imposto pelo currículo hegemônico; o tema era pouco abordado no contexto nacional; o currículo não era coerente com as referências presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais; a LA ampliaria o contato dos estudantes com a comunidade e com acadêmicos de outras áreas ; a LA possibilitaria o aprendizado de forma tranquila.

Os principais aspectos evocados pelos entrevistados foram aproximação com a prática, afinidade com o tema, e preenchimento de lacunas curriculares dos cursos de Medicina e Enfermagem da UnB, confirmando os mesmos achados encontrados nos Estatutos e no Questionário de Sondagem. Percebe-se que as principais necessidades encontradas pelos ligantes

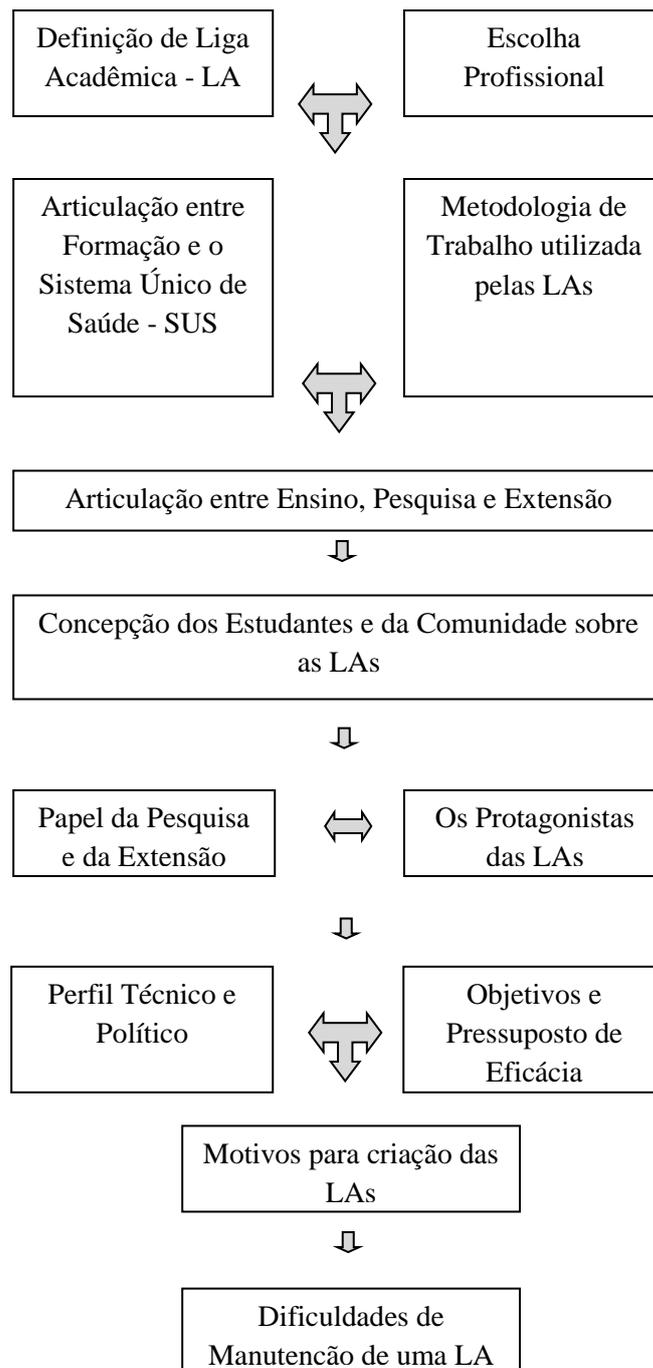
são lacunas observadas no nível curricular, que para Veiga (2003) no plano mais geral estaria condicionada a projetos políticos regulatórios e não emancipatórios.

Quanto às principais dificuldades de criação e manutenção de uma Liga, os “acadêmicos ligantes”, referiram: a falta de apoio da universidade e do governo; a rotatividade de membros na Liga; a burocracia relacionada à criação e manutenção de uma LA; as ideias sem estruturação; a mobilidade de horários no currículo proposto pela UnB; e a falta de interesse pelo tema, por parte de outros acadêmicos. Estas dificuldades estariam relacionadas à incipiente organização dos participantes das LAs, à qualidade das propostas para os projetos, e a burocracia relativa ao processo de criação e submissão de projetos nas LAs.

Neste sentido, como apresenta Neves e cols. (2008), alternativas de criação e estruturação de normas e diretrizes se torna um dispositivo de importância, principalmente, na minimização dos desafios relacionados a burocracia que estas entidades estudantis apresentaram. O relato apresentado pelos “acadêmicos ligantes” reitera o problema já referido acerca da rotatividade e do descompasso entre horários dos acadêmicos e a jornada dos serviços, pelos “estudantes não ligantes”.

### **5.1.3.3 Entrevistados professores/coordenadores Ligantes – EPL**

Da análise das entrevistas com os quatro “professores/coordenadores ligantes” resultaram doze categorias referentes a: 1) O conceito de Liga Acadêmica; 2) O motivo para escolha profissional; 3) A importância das LAs para a formação e para a implementação do SUS; 4) O aspecto mais significativo na metodologia de trabalho nas LAs; 5) A Articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão; 6) O modo como os estudantes e a comunidade percebem as LAs; 7) O papel da pesquisa e da extensão nas práticas desenvolvidas pelas LAs; 8) Os protagonistas na criação e manutenção de uma LA; 9) Os perfis técnicos e políticos que as LAs buscam desenvolver com as atividades; 10) Os principais objetivos e o pressuposto de eficácia que as LAs desempenham nas atividades desenvolvidas; 11) Os motivos para criação das LAs; 12) As principais dificuldades encontradas na manutenção de uma LA (**Figura 13**)



**Figura 13.** Categorias identificadas nos diálogos dos Entrevistados Professores/Coordenadores Ligantes – EPLs

Na representação esquemática idealizada para a Figura 13 buscou também uma analogia com as variáveis e categorias que emergiram durante o processo de análise o que caracterizou o processo de criação das LAs para o esbarar nas questões levantadas pelos professores/coordenadores ligantes como determinantes na superação e nos avanços dessas entidades; com o padrão de problematização elaborada para os roteiros de entrevistas individuais

(fácil problematização, difícil problematização e reafirmação da problematização); com as questões norteadoras e objetivos construídos ao longo deste estudo considerando o processo de que para toda reação há uma ação e vice-versa.. Percebe-se ainda, que os pontos levantando tanto pelos acadêmicos ligantes, bem como pelos professores/coordenadores se mostraram semelhantes reconhecendo a aproximação desses indivíduos no movimento de criação, implantação e implementação das LAs.

As LAs são referidas pelos professores/coordenadores como um palco de oportunidades, mediado pela organização de pessoas (estudantes e professores), sob a gestão dos estudantes, que oportuniza; 1) o trabalho em equipe, a pesquisa, a extensão e a assistência; 2) um aprendizado autônomo e tranquilo; 3) o desenvolvimento de competências e habilidades dos estudantes para as práticas educativas em saúde; e 3) a evidenciação de lacunas curriculares que se expressam, inclusive, nas necessidades sociais em saúde.

Estes atributos coincidem com os achados de Peres (2006) e de Hamamoto-Filho e cols. (2011) que apresentam as Ligas como entidades gerenciadas por estudantes, criadas pelas necessidades curriculares, sob a orientação de um ou mais docentes, que tentam sanar as lacunas através de atividades de ensino, pesquisa e extensão na busca pela prática e pela aproximação com a comunidade.

*[...] Liga é **um palco de oportunidades** que a gente oferece ao aluno, para que ele seja autônomo; para que ele desenvolva a capacidade de expressão, de ensino, que independente de eles seguir a área acadêmica ou não ele precisa ser um educador, porque ele vai educar pacientes, e **ele desenvolve a sua capacidade e habilidade técnica** sem uma supervisão de um professor avaliador, ele está aprendendo e sem receber nota por isso. Acaba se sentindo muito mais tranquilo para aprender. **O processo de aprendizagem ocorre muito mais gostoso**, porque ele sabe que não está sendo avaliado. **Eu percebo a evolução deles muito grande**. Olha eu que fui participante de ligas acho que elas foram muito importantes na minha vida e eu sempre busco trazer isso, eu fico muito feliz (EPL-1).*

*[...] Ligas acadêmicas **representam as necessidades sociais de mudança**. Elas são um sinal de alerta para os currículos que alguma coisa tem que mudar, elas são esse sinal: **os currículos estão muito atrasados** (EPL-2).*

*[...] Liga Acadêmica é uma **área gerenciada pelos estudantes, o docente dá uma supervisão**. Uma liga é formada em uma área do saber e tem por finalidade o*

*aperfeiçoamento dos estudantes pelo ensino; pela pesquisa e pela extensão, mas a **Liga Acadêmica tem o foco na comunidade, na extensão (EPL-4).***

Quanto aos principais motivos de escolha profissional apresentados pelos EPLs foram identificadas formas simbólicas relacionadas a: afinidade com a área de saúde; problemas de saúde pessoais e familiares; e a contatos com pessoas da área, de forma distinta dos achados de Andrade, Meire e Vasconcelos (2002) para os quais a expansão de profissões favorece, muitas vezes, o aparecimento da incerteza para escolha do curso e da profissão. Estas escolhas estariam condicionadas ao modelo capitalista, que direciona os desejos profissionais para a aquisição e acumulação de bens.

As LAs favoreceriam a diversificação de cenários de prática, oportunizando a aproximação do estudante às necessidades de saúde da comunidade. Ao mesmo tempo possibilitaria o trabalho em equipe e a vivência em distintos níveis de complexidade da atenção à saúde praticada pelo SUS. Nesse sentido, percebem-se sinais de direcionamento da formação dos estudantes, no âmbito das LAs, para um modelo de atenção humanizado, que teria como foco a implementação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade propostos para o SUS, diga-se de modelos contra-hegemônicos nos termos referidos por Mendes (2011).

Sobre a metodologia de trabalho adotada, de uma forma geral, nas LAs, os principais aspectos enunciados foram: 1) o envolvimento dos alunos com a comunidade e com os serviços; 2) a autonomia desenvolvida entre os estudantes ligantes; 3) o trabalho em equipe; e 4) a transformação dos estudantes em agentes multiplicadores de conhecimento. Estes aspectos seriam norteados pelos princípios de multidisciplinaridade; noção de cuidado integral; busca ativa do conhecimento; vivência e planejamento nas atividades, que proporcionariam a ampliação do conhecimento e a formação reflexiva e ética.

No entanto, percebe-se que as metodologias ativas ainda são pouco desenvolvidas no âmbito das LAs, considerando o exposto na tipologia apresentada por Stotz (1993), as atividades desenvolvidas nas LAs, em termos pedagógicos, seriam limitadas à passagem de informação; à prevenção ou ao desenvolvimento pessoal.

No que se refere à indissociabilidade, os professores/coordenadores ligantes relacionaram as atividades de ensino a palestras, a grupos de discussão, a aulas, a reuniões científicas, e a conquista por uma disciplina, após a fundação da Liga, embora esta seja considerada optativa, mas que refletiu em mudança. As atividades de pesquisa foram relacionadas a vínculos em Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC e projetos na área de Educação em Saúde. Já, as atividades de extensão seriam aquelas desenvolvidas em centros de saúde, hospitais, comunidade, através de campanhas, consultas, atividades lúdicas e vínculo com programas de extensão na própria universidade. Nesse aspecto, observa-se que as concepções dos

professores/coordenadores ligantes, coincidem com as concepções enunciadas pelos estudantes ligantes e não ligantes.

Reafirma-se a importância da indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão, embora a atuação dos ligantes apareça como predominantemente marcada pelas atividades de ensino e pesquisa. A extensão seria prejudicada pelos impasses relacionados à burocracia na criação e desenvolvimento de projetos nas LAs, e no distanciamento entre a universidade e comunidade.

Para os EPLs, a maior parte dos estudantes percebe as LAs como entidades motivadoras; impulsionadoras das práticas assistenciais; integradoras entre a universidade e comunidade; humanizadoras; reconhecedoras dos problemas de saúde; e que preenchem lacunas no currículo. Esses achados também coincidem com aqueles referentes às entrevistas com os estudantes e com as respostas ao questionário de Sondagem.

Já, quanto ao modo como a comunidade percebe as LAs, os EPLs consideram que a comunidade favorece um ambiente de troca e norteia a elaboração de atividades, sendo os pressupostos perceptíveis pela transformação social verificada após as ações. No entanto, dois dos professores/coordenadores ligantes mencionaram que a instituição necessita fomentar a articulação entre universidade, serviços e comunidade.

Os EPLs atribuem um papel fundamental da pesquisa na formação dos estudantes, uma vez que esta aportaria uma noção crítica e reflexiva, mediada pela prática investigativa. No entanto, consideram que esta prática (a prática da pesquisa) ocuparia um segundo plano de priorização relacionado às práticas de ensino e de extensão.

***Pesquisa! Eu acho que seria um segundo plano. A liga não tem como objetivo principal o ensino, pesquisa e extensão de forma igual. Seria um segundo plano. Para pesquisa a universidade está cheia de olhos, mas para a necessidade da comunidade a gente teria que ter mais pesquisa-ação para propor mudanças e não para fazer coisas assistencialistas e levantar demandas que não terá como suprir. Na liga ainda é cedo para os estudantes se envolverem na pesquisa de forma tão importante como os outros dois (EPL-2).***

***O papel da pesquisa tem que recuperar Paulo Freire: não é possível educação sem pesquisa. Ai eu posso dizer pesquisa nos diferentes corpos, por exemplo, pesquisa social, o que acontece com a população, como é a questão do trauma no DF, pesquisa básica e posso fazer pesquisa complexa, para formar profissional mais presente [...]. Para ter a ideia de que isso aqui é o conhecimento de agora, em certas condições, e por ai vai (EPL-4).***

Teoricamente, a extensão é considerada como a prática mais importante para os ligantes, apesar da predominância das práticas de pesquisa e de ensino nas atividades desenvolvidas. Nesse sentido é possível inferir que no âmbito das Ligas Acadêmicas pode estar sendo reproduzido o

modelo de formação dominante na Universidade pelas razões já discutidas. Em outras palavras, o modo de orientação e funcionamento das ligas é condicionado, em última instância, pelo modo dominante na Universidade de encarar a questão da indissociabilidade nas suas práticas cotidianas, associado ao nível de desenvolvimento, estruturação e funcionamento do cenário de práticas.

Quanto ao protagonismo, entendido como o conjunto de papéis e atribuições dos estudantes e professores ligantes na idealização, implantação, implementação, gestão, estruturação e desenvolvimento das atividades, observa-se que as responsabilidades tendem a se concentrar em torno do corpo discente. Esse fato sugere a reiteração da potencialidade das LAs como alternativas para a complementação curricular mediada pela ampliação dos cenários de práticas da UnB e pelo desenvolvimento de competências e habilidades orientadas para a autonomia e comprometimento dos estudantes face à situação local de saúde.

Na perspectiva do domínio técnico dos atos e procedimentos estas competências e habilidades referem-se a suturas, manobras de imobilização, técnicas de transporte de paciente; e exercício da escuta. No que se refere às competências e habilidade inerentes ao perfil político desejado foram mencionadas formas simbólicas relacionadas ao exercício de cidadania, à ampliação do cuidado, à melhoria na qualidade de vida; e à criação de uma consciência reflexiva acerca das políticas públicas para a educação e para a saúde, evidenciando coerência com as DCNs e a Política Nacional de Educação Permanente (Brasil, 2004) para o SUS.

Os professores ligantes consideram que as Ligas tem por objetivo aproximar o estudante da prática; alcançar a indissociabilidade; oferecer diversidade de cenários; formar para a saúde; aprender a fazer; aprender a cuidar do outro; formar profissionais sensibilizados e comprometidos para lidar com o imprevisível; e incentivar a pesquisa e a extensão. Entende-se que estes seriam sinais de que os professores ligantes intencionam o desenvolvimento de habilidades para a promoção da saúde e não apenas para o cuidado centrado na doença, em um campo de prática real que se manifesta nos serviços e na comunidade nos termos de uma prática humanizada, que contribui para o fortalecimento e a implementação do SUS.

Já, em relação aos pressupostos/indicadores de eficácia das ações desenvolvidas pelas LAs, os EPLs mencionaram que estes seriam perceptíveis pelo processo de formação continuada dos ex-participantes das LAs; pela mobilização de estudantes e da comunidade em torno das atividades desenvolvidas; pela sensibilidade dos estudantes às questões de saúde-doença; e pela conquista e aprovação de projetos e disciplinas na universidade.

Dentre as motivações para a criação de LAs foram citadas: o tema não era visto de forma concreta na graduação; a deficiência do currículo; as DCNs não intensificam o modelo de atenção ampla; o crescimento da área temática no Brasil e as necessidades de uma aproximação precoce dos estudantes com a prática.

As principais dificuldades de manutenção de uma liga foram referidas como: o pouco interesse dos alunos em atividades extracurriculares; o déficit do currículo; a falta de recursos

financeiros para apoiar as ações de pesquisa e extensão; a falta de certificação pela UnB; a burocracia nas licitações e na aprovação de projetos; a aceção deficiente por parte de outros departamentos e professores; e a rotatividade de membros ligantes. Estas dificuldades também foram relatadas pelos acadêmicos não ligantes e acadêmicos ligantes.

Com base no exposto acima, é possível inferir que as atuais normativas e a Política de Educação Permanente para o SUS promoveram um impacto nas reformulações dos currículos dos Cursos, embora permaneça uma política de formação influenciada pelo modelo de atenção à saúde hegemônico, nos termos já denunciados por Paim (2002).

## 5.2 Sobre as práticas desenvolvidas nos espaços demarcados pelas LAs

Na caracterização do modo como as LAs estruturam e desenvolvem as suas práticas, como já foi dito, recorreu-se à Tipologia proposta por Tones (Stotz, 1993), como forma de identificar os traços de coerência entre a intenção e o gesto, que iluminam por sua vez, os aspectos referentes à direção a intencionalidade impressa nos propósitos das LAs (**Figura 2**). Esses aspectos estruturantes da ação foram agrupados em torno de duas questões geradoras:

- 1) Como as LAs estruturam as suas práticas em termos de sujeitos, objetivos, abrangência/âmbito da ação; princípios orientadores, estratégia de ação e pressupostos de eficácia?
- 2) Como as LAs se articulam com a rede pública de Atenção à Saúde e com o processo de Educação Permanente em saúde para o SUS?

Para a identificação dos sujeitos da ação das LAs, tomou-se como pressuposto a ideia do sujeito como indivíduos ou grupos investidos de protagonismo, vistos capazes de possibilitar ou impedir uma ação proposta.

De uma forma geral, observou-se que as LAs tem como foco o desenvolvimento de competências, habilidades e valores entre os estudantes, a partir da identificação de lacunas curriculares. Além disso, a referência ao desenvolvimento de competências, habilidades e valores no discurso dos ligantes é suplantada pela referência ao desenvolvimento de conhecimentos direcionados para os estudantes. Este fato é reiterado, se considerarmos que a idealização, formulação e implementação dos eventos e atividades, vistos como componentes do processo formativo no espaço da Liga, é feita de maneira centralizada na figura dos estudantes ligantes e as justificativas nesse sentido se respaldariam na ideia da estratégia de promover a autonomia do grupo discente.

Em síntese, o **Protagonismo da Ação**, como elemento fundamental na constituição de sujeitos estaria predominantemente centrado na figura discente, sem desconsiderar a coordenação dos docentes, mas frágil de ação dialógica que denote uma vinculação permanente com os indivíduos e grupos sociais da comunidade beneficiada pelas ações desenvolvidas, sugerindo uma

ação pedagógica que se configura pelo caráter assimétrico, que parte dos estudantes e professores ligantes em direção a indivíduos e/ou grupos da comunidade.

*[...] Então é **aproximar o aluno em relação ao conhecimento** sobre o que é o tema e suas interfaces e também é **capacitar o aluno** pra que ele possa atender esse paciente que ele encontre em todas as unidades [...]* (EPL-1).

*[...] Olha só das duas ligas era que **a gente pudesse alcançar o conhecimento que não nos é fornecido na universidade** e mais importante alcançar este conhecimento **a partir das nossas necessidades**, e a partir disso a gente construiu juntos podendo mudar uma realidade* (EAL-4).

Na medida em que os estudantes ligantes, em termos práticos, são investidos da condição de sujeitos predominantes, secundados pelos professores coordenadores, e que não se evidenciam sinais convincentes da participação da comunidade na dinâmica interna das ligas, este fato aliado à frequente alusão das lacunas curriculares como motivação para a criação das Ligas, sugere que, por sua vez, os **Objetivos** das LAs estão predominantemente centrados nas necessidades dos estudantes, uma vez que são mínimos os sinais de que as motivações para a fundação de LAs brotem de necessidades identificadas na população seja no seio da comunidade, seja na dinâmica da rede pública de serviços de saúde.

*[...] ah os **estudantes**, com certeza. Porque eles **trazem essa demanda** de interesse não é igual um grupo de pesquisa que você se encaixa na liga ali ela tem autonomia dentro da universidade de estudar o que ela julga importante de correr atrás dessas coisas. De atividades os estudantes mesmo que trazem isso acho que bem um **movimento estudantil genuíno**. A **figura do orientador é orientar mesmo coordenar** alguma coisa, discutir, fomentar a discussão. Eu vejo o papel de orientar mesmo [...]* (EPL-2).

*[...] os **alunos**, Sem dúvida os **estudantes e ninguém mais**. Tem muitos professores que ajudam, tem muitos profissionais de fora que não tem vínculo nenhum que ajudam muito. [...]* **Mas quem faz a liga acontecer são os alunos ponto** (EAL-2).

Com relação ao **Âmbito da Ação** - aqui considerado como o espaço de abrangência da ação delimitado pelo espaço da assistência à saúde, seja nas Unidades de Serviços públicos de Saúde, seja na própria comunidade – entende-se que no atual estágio de desenvolvimento a ação das LAs ainda permanece fortemente restrita ao domínio das Unidades de Serviços, embora sejam identificadas algumas ações diretamente desenvolvidas na comunidade.

Os **Princípios Orientadores** da ação, segundo Stotz (1993), neste caso se referem a: 1) decisão e/ou escolha informada dos indivíduos ou grupos sociais sobre os riscos em relação à saúde; 2) persuasão direcionada sobre riscos em saúde, com vistas à prevenção de agravos em saúde; 3) potencialização das capacidades individuais face aos problemas de saúde; 4) persuasão política com vistas à identificação dos determinantes da situação de saúde.

Em última análise, estes princípios estão referidos a níveis distintos de ação, que por sua vez, apontam para possibilidades de projetos para a situação de saúde local. Em outras palavras, estão relacionados a alternativas possíveis de projeto de sociedades. Nesse sentido, considerando o nível de desenvolvimento das LAs e as demais limitações identificadas nas suas ações, sugerem que os seus projetos, embora no plano da prática discursiva contemplem uma perspectiva de intervenção mais politizada, em termos de organização, funcionamento e gestão sugerem um “que fazer” mais próximo a abordagem que incentivam a eleição informada sobre riscos e a persuasão sobre agravos a saúde na perspectiva de uma ação preventiva ou curativa.

Coerentemente com os princípios de ação, a **Estratégia de Ação**, enquanto somatório das capacidades de diferentes naturezas (poder técnico, poder político, poder administrativo, recursos materiais, estruturas física, tecnologias, etc.) articuladas com vistas aos fins propostos pelas LAs, neste caso, estariam voltadas para a exploração de crenças e valores relativos ao processo de saúde doença ou para a prevenção de doenças por meio do desenvolvimento de comportamentos e hábitos saudáveis. Cabe ressaltar, no entanto, a perspectiva de uma ação orientada para o desenvolvimento de destrezas para a vida junto aos grupos sociais ou até mesmo uma capacitação dos indivíduos e grupos sociais em torno da luta política pela saúde.

Finalmente, uma ação de saúde caracterizada nesses termos, na perspectiva do autor, supõe **Pressupostos de Eficácia** das ações desenvolvidas, que funcionariam como indicadores do nível de alcance dos objetivos propostos. No presente caso, as evidências dos processos desencadeados estariam referidos ao acesso igualitário, de um grupo específico (estudantes e ligantes), às informações relacionadas à temática da LA ou a mudanças de comportamento no plano mais individual.

*A gente teve um experiência muito grande em Brasília que quando veio [...] para cá a secretaria de saúde chegou a patrocinar cursos e muitos profissionais e estudantes tiveram resistência com isso [...] E a gente percebeu que quem estava motivado para esses cursos eram os ligantes e os estudantes [...]*

*Oh ainda ta um pouco no início a nossa liga, mas acho que o pessoal ta bem interessando e assim nós que compomos a liga a gente ta conseguindo ter boas reuniões científicas, aprendendo bem, **estamos aprendendo**, por exemplo, dividir tarefas na liga a gente tem que fazer também essas coisas (EAL-5).*

Desta forma, a caracterização com base no quadro apresentado por Stotz (1993), acerca dos enfoques educativos em saúde sugerem indícios de três abordagens. Estas verificadas nas atividades desenvolvidas pelas LAs, diga-se enfoque Educativo, Preventivo e Desenvolvimento Pessoal.

No plano específico das LAs ao movimento de fortalecimento e implementação do SUS, é importante que se considere que o cenário de práticas da Faculdade de Medicina e da Faculdade de Ciências da Saúde, nos termos propostos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, para além do Hospital Universitário de Brasília, é formalmente constituído por um território e uma população que demarcam os Municípios do Paranoá e Itapoã. Estes territórios, suas populações e seus equipamentos de uso coletivo em saúde delimitam a Regional de Saúde do Paranoá.

Em tese, recomenda-se a inserção precoce dos estudantes neste cenário, o que demandaria uma presença permanente e uma intervenção contínua das duas Faculdades na situação de saúde da localidade, de maneira integrada com a rede local de serviços de saúde, na perspectiva de um sistema de Saúde Escola mediada por ações de promoção, prevenção, assistência, gestão e controle social (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

Em termos formais, ou como “Imagem Objetivo” para as LAs ações de ensino, assistência, gestão e controle social teriam como foco “o campo da saúde”, visto como um espaço dinâmico de intervenção cujas evidências, necessidades e carências estariam localizadas: 1) no modo de vida da população e nas suas relações com o meio ambiente; 2) na biologia humana, ou seja, no perfil epidemiológico da população desenhado por grupos sociais específicos a partir dos lugares que eles ocupam no modo de produção local; 3) no modo como o modelo tecnoassistencial em saúde está estruturado, organizado e funcionante na Regional de Saúde (Paim, 2002).

Em síntese, uma prática de saúde proposta nestes termos, realçaria o seu potencial educativo, que supõe, como vimos, um espaço demarcado por um território e uma rede de serviços de saúde estruturada e em funcionamento; um protagonismo exercido por sujeitos entre os quais emergem os estudantes ligantes, os grupos sociais beneficiados; os professores da UnB; os profissionais da rede de serviços de saúde; e os gestores da Regional de Saúde.

Retoma-se aqui, a ideia das LAs como espaços potencialmente incentivadores do aprendizado e da aproximação precoce dos estudantes com a comunidade, com a possibilidade de promover transformações significativas, mediadas por uma ação respaldada em metodologias ativas bem estruturadas, conforme afirma Mitre e cols. (2008) no âmbito mais geral.

[...] o respeito à autonomia parece ser o melhor modo para a compreensão, por parte do binômio docente/discente, do processo de produção, expressão e apreensão do conhecimento, dentro de uma perspectiva de transformação da realidade, afinal, conhecer é transformar (Mitre et. al., 2008, p.2136).

Nestes termos o diálogo entre os diversos protagonistas constituintes do campo da saúde é condição fundamental para uma prática discursiva articulada com a transformação das práticas de saúde e os processos de formulação, implantação e implementação da política local de saúde. Uma política local de saúde direcionada nestes termos toma como foco o SUS, sobretudo, para a criação e articulação de vínculos permanentes entre universidade, comunidade e o Sistema Local.

Nesse sentido, colocam-se para as LAs desafios que apontam para a necessidade do desenvolvimento de perfis técnicos e políticos entre os seus protagonistas aqui referidos, que articulem competências, habilidades e valores orientados para a qualidade de vida e a transformação das práticas de saúde vistas como práticas educativas.

Isto é, o campo da saúde passa a ser considerado “um espaço relacional”, no qual se constituem sujeitos, estruturam-se práticas discursivas; desenvolvem-se a consciência sanitária, como expressão do autoreconhecimento dos cidadãos como detentores do direito à saúde; promovem-se ações direcionadas e intencionalizadas com vistas à transformação da situação de saúde da população de modo coerente com um Projeto de Sociedade.

Desta forma, reitera-se que apesar de alguns autores reafirmarem o papel das LAs na expansão e diversificação do cenário de práticas é importante que se reconheça que esta não é a questão fundamental que se coloca para a estruturação e funcionamento das Unidades de Serviços de saúde, se considerarmos as características geográficas e territoriais do Distrito Federal, Entorno e a organização e funcionamento da rede pública de serviços de saúde existente, capazes de incorporar o protagonismo da Universidade no âmbito da situação de saúde das populações locais. Atualmente, para além da Regional de Saúde do Paranoá, as intervenções da Universidade no campo da saúde operam-se em outras Regionais de Saúde e localidades, muitas vezes ao sabor das escolhas e preferências de professores e estudantes.

Este fato sinaliza que a Regional de Saúde do Paranoá como cenário de práticas da Faculdade de Medicina e da Faculdade de Ciências da Saúde na UnB é um espaço em formação, ainda que se considere que semanalmente ela receba em torno de 1200 estudantes desta Universidade.

Nesse sentido, apesar dessa presença numericamente expressiva, as atividades estão concentradas em torno de estágios e disciplinas, o que define uma temporalidade restrita para a ação das Ligas e dos demais estudantes, visto que a presença e permanência deles e dos professores na localidade são definidas pela duração e abrangência dessas atividades no âmbito do calendário acadêmico, denotando mais uma vez a possibilidade de que os objetivos das LAs apresentam-se predominantemente focados nos propósitos dos estudantes e professores ligantes. Isto é, na consecução dos propósitos das LAs relativiza-se a relevância e urgência das necessidades locais de saúde como objeto de intervenção mediada pelo desenvolvimento de competências e habilidades dos sujeitos implicados nessa realidade.

Em outras palavras, caso a disponibilidade de cenários de práticas não fosse um problema para os estudantes de Medicina e das Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, a grande questão que se coloca nesse sentido é exatamente a estruturação, organização e funcionamento desses espaços com essas finalidades, de modo que as ações dos ligantes, professores e estudantes assumam um caráter mais orgânico, permanente e contínuo face à dinâmica das necessidades locais de saúde (Mendes, 2011).

Fica claro, teoricamente, que os ligantes buscam perfis técnicos e políticos através de ações que propiciem: o desenvolvimento intelectual; a compreensão da situação da população; a aquisição de um comportamento saudável; o reconhecimento do cuidado integral e humanizado; e a sensibilização.

No entanto, em termos práticos mostram-se despotencializadas as ações direcionadas para a persuasão política dos sujeitos na comunidade com vistas ao desenvolvimento de competências, habilidades, e valores na ampliação da participação social acerca das questões de saúde e na perspectiva da construção de ações que se aproximem do perfil epidemiológico da população ou dos grupos sociais com que se trabalha. O protagonismo desses grupos no âmbito da LAs, a nosso ver, seria a condição para o comprometimento de todos os sujeitos em torno da transformação das condições de vida e de saúde locais.

Isto significa que - apesar das evidências de potencialidade das LAs na adequação da formação do profissional de saúde e na dinamização da rede pública de serviços de saúde consoante com as necessidades locais - estas entidades podem estar incidindo na reprodução do modelo de formação ainda imperante nesta Universidade, que prioriza o ensino e a pesquisa em detrimento da prática extensionista como forma de diálogo e intervenção na realidade com a população.

Além disso, as LAs refletiriam o distanciamento que ainda caracteriza as relações da Universidade com as grandes questões que se colocam para a saúde da população brasileira; a incipiente estruturação dos cenários de práticas como espaços efetivos de aprendizagem mediada pela transformação dos níveis de saúde da população e por encaminhamentos efetivos na transformação do modelo tecnoassistencial em saúde dominante, como forma de implementação do Sistema Único de Saúde.

## Capítulo 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao resgatar o objetivo desta Dissertação - que é analisar as Ligas Acadêmicas, estruturadas e em funcionamento na Faculdade de Ciências da Saúde e na Faculdade de Medicina/FM da Universidade de Brasília, como uma das estratégias de ensino e aprendizagem no processo de formação discente – consideramos inacabado o percurso teórico, conceitual e metodológico a que nos propusemos traçar, na perspectiva do nosso objeto de estudo, uma vez que o processo de pesquisa se constitui pela utopia de procurarmos esclarecer os fatos que emergem a cada processo de pesquisa.

Porém, nessa trajetória estabelecemos aproximações e contatos importantes com as questões já formuladas na Introdução deste trabalho, as quais incorporam intensidade, materialidade e significado ao longo dos demais capítulos.

Concluimos que o processo sócio-histórico da formação dos modelos de atenção à saúde no Brasil, apesar dos seus avanços, ainda permanece impregnado das suas bases originais ditadas pelo Relatório Flexner, haja vista o modo como se materializa o nosso Sistema de Saúde mediado pelas práticas assistenciais; pelas suas políticas internas de formação do profissional de saúde; e pelas políticas de formação ditadas pelo Ministério da Educação e desenvolvidas pelas Universidades.

Esse Estudo confirma as evidências sobre a criação das LAs como estratégias estabelecidas a partir ausências/carências curriculares que insistem em apontar para o distanciamento dos processos formativos em relação aos campos de prática; falta ou reduzida presença de conteúdos no currículo formal que abordem temas de interesse do corpo discente; distanciamento em relação das demandas de saúde da comunidade; fragilidade na interlocução entre o sistema formador e o Sistema Único de Saúde. É inegável, nesse sentido que os processos de estruturação da maioria das ligas foram desencadeados pela iniciativa dos estudantes em favor de uma formação mais sólida, mediada por metodologias ativas.

Embora, em um modelo ideal, se considere que o protagonismo nas LAs seja resultante da interação entre professores, estudantes e grupos sociais, ninguém negará que as ações nas LAs estão centradas nos estudantes, os quais são secundados pela ação de coordenação/supervisão dos docentes, cujas ações também podem se dar em torno dos seus interesses nos estudos e pesquisa (dos professores). Nessa relação, o protagonismo dos grupos sociais e a ação comunitária ficam relegadas a um segundo plano, como expressão da fragilidade dos vínculos com os grupos sociais locais; a incipiência do cenário de práticas; e das ações extensionistas.

Apesar de os ligantes, em sua maioria, se mostrarem sensíveis às necessidades do tripé ensino/pesquisa/extensão, as atividades planejadas de caráter extensionistas evidenciam ações de natureza assistencial, onde os cenários de práticas são, principalmente, o Hospital Universitário de Brasília – HUB e as Unidades Básicas de Saúde – UBS em Paranoá e Itapuã, o que não se caracteriza necessariamente como atividades de extensão, pelo caráter de prestação de serviços e

pela fragilidade dos vínculos estabelecidos com os grupos sociais. Nesse sentido, a incipiência da extensão e da consequente ação comunitária incidiria, por sua vez, na fragilização das relações das LAs com os movimentos de fortalecimento e implementação do SUS.

Ainda, que as LAs tenham enunciado o ensino, a pesquisa e a extensão na composição das suas agendas, observa-se pouca articulação entre esses componentes formativos, de maneira que das quatro ligas estudadas, apenas uma dispunha, no momento do estudo, de projetos de extensão atuantes e contínuos.

Segundo os entrevistados (acadêmicos ligantes, professores/coordenadores e acadêmicos não ligantes) o problema central que impossibilitaria ações mais permanentes seriam as mudanças entre horários escolares dos estudantes e serviços, que a cada semestre dificultaria uma atuação permanente dos projetos pensados e implementados pelos ligantes. Reitera-se, portanto, uma tendência a predominar a focalização da ação nas atividades de ensino direcionada para os discentes ligantes, as quais podem ser acompanhadas de estudos sobre pesquisas assumindo um status de conteúdo, que não substitui uma prática investigatória orientada e estruturada. Em suma, há indícios de que apesar dos propósitos na criação de uma LA, a prática dos Ligantes pode estar incidindo na reprodução do modo tradicional em vigor da Universidade.

Verificou-se, também, que as ações desenvolvidas pelos militantes das ligas acadêmicas possuem um forte potencial de reorientação da formação e dos currículos em saúde, visto que não mais apenas os estudantes ou grupos das universidades/faculdades de Medicina estão criando iniciativas ligantes, mas também se verificou que outros estudantes e grupos de outras áreas, como por exemplo, o curso de Enfermagem começa a se organizar e implantar ligas acadêmicas.

Além disso, considera-se que as LAs podem ser consideradas um espaço ativo, um laboratório para a vivência de experiência e proposição de abordagens metodológicas de trabalho no campo da saúde, que possibilitem ações mediadas pela indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão, protagonismos de todos os seguimentos implicados nas ações; a articulação entre universidade, comunidade e os serviços de saúde e a implementação do Sistema Único de Saúde.

Considera-se que este estudo não esgota o universo das LAs ainda pouco explorado. No entanto, permitiu uma reflexão sobre a atuação dos ligantes e o espaço Liga no campo da saúde, principalmente no que se refere à estruturação curricular dos cursos de Ciências da Saúde; a desarticulação entre ensino e serviços; e a mobilização de grupos por interesses comuns que nem sempre convergem com os reais interesses da comunidade a qual as ações deveriam ser destinadas, levando em conta, principalmente, a interposição de projetos nem sempre suficientemente articulados com o entorno das necessidades de saúde emergidas em nível local.

Nessa perspectiva propõe-se:

- Que o trabalho no espaço da LAs seja marcado por uma prática discursiva que instrumentalize uma permanente adequação da ação dos ligantes, a qual deve ser direcionada e atualizada em torno das necessidades locais de saúde;

- Persistência e insistência no princípio da indissociabilidade do Ensino, da Pesquisa e da Extensão como a linha mestra das práticas desenvolvidas, sendo esse tripé de suma importância para a articulação dos objetivos/finalidades formuladas pelos ligantes e grupos com as verdadeiras necessidades da comunidade, com a qual as ações devem ser pensadas, estruturadas e direcionadas;
- Ampliação do processo de inclusão de membros de diversas áreas acadêmicas para fortalecer as visões do grupo, com finalidade de direcionar as ações para um sistema articulado em redes distributivas e descentralizadas, não se restringindo apenas ao estudo de uma única temática, na perspectiva da interdisciplinaridade defendida pelas DCNs;
- Intensificação e diversificação de metodologias emancipatórias na prática de ensino, com vista a minimizar os riscos de especialização precoce e a reprodução de práticas conservadoras, centradas na absorção e reprodução de conteúdo. Para isso, se faz necessário uma atuação docente/facilitadores mais presentes e a colaboração da instituição a qual os grupos ligantes são vinculados na concretização da utopia pelo fortalecimento das práticas em saúde;
- Fomento no desenvolvimento de projetos de pesquisas e do ensino considerados meios para se chegar em um projeto estruturado e forte de extensão contínua e integral na comunidade, além de um acompanhamento horizontal da população/comunidade e dos serviços aos quais os ligantes se propõem;
- Estabelecimento de laços afetivos, éticos e compromissados entre os profissionais dos serviços, os ligantes, a universidade, e a comunidade na tentativa de fortalecer as inter-relações participativas, autônomas e ativas no processo de reorientação da formação para o modelo de SUS democrático e distributivo em redes colaborativas e não hierarquizadas.

As Ligas Acadêmicas possibilitam aproximação com as ações voltadas para a prática, na medida em que os sujeitos da pesquisa idealizam atividades de extensão e pesquisa; ampliam o leque de discussão uma vez que afirmam que abrem o Espaço para outros estudantes de cursos da saúde; incentivam um processo de qualificação profissional nos serviços, uma vez que, possibilitam a aproximação dos estudantes com os serviços de saúde e assim a troca de conhecimento; e incentivam a autogestão do próprio aprendizado, visto que os estudantes foram considerados neste estudo os sujeitos protagonistas no processo de criação e implementação de uma LA.

Permanece, no entanto, a necessidade de estudos que incorporem as concepções desenvolvidas pelos grupos sociais atendidos pelas LAs em situações caracterizadas como específicas de Extensão. Este objetivo não foi cumprido face a incompatibilidade de períodos de coleta de dados com as ações ditas de extensão, realizadas pelos ligantes das FS e FM. Além disso, estas ações foram identificadas como pouco estruturadas aproximando das práticas de prestação de serviços assistenciais, destituídas de permanência e ação contínua.

Assim, para que possamos fortalecer a ideia de que as LAs sejam de fato um valioso instrumento ou Espaço de desconstrução, construção e reconstrução de conhecimento para um SUS democrático em todos os níveis de Atenção em Saúde, não devemos deixar de considerar estas

entidades estudantis, autônomas, e ativas em sua total essência, e também, para que não caiam na institucionalização hierarquizante e não se transformem em grupos meramente voltados para a pesquisa e preenchimento curricular de poucos.

Reconhecemos que a utopia de uma Liga Acadêmica - LA não deva ser o preenchimento curricular, e, sim a complementação para além da transmissão de conhecimentos em saúde, de indivíduos comprometidos socialmente, no vasto campo das Ciências da Educação em Saúde.

Há que se considerar, no entanto, que ao longo do processo do processo demarcado pelo Movimento Sanitário Brasileiro e pela Reforma Sanitária Brasileira identificam-se Projetos e Programas de Desenvolvimento de Recursos Humanos no âmbito da rede pública de serviços formulados na tentativa de aproximar a formação do pessoal da saúde e as práticas assistenciais necessárias à população brasileira.

Os resultados dessas práticas convergiram para a determinação constitucional que atribui ao Ministério da Saúde a definição das Políticas de formação do profissional de saúde. Nesse sentido, considera-se que à luz das normativas mais recentes no campo da formação em saúde é possível que num curto prazo aquelas situações que induzem à criação de LAs estejam superadas, o que apontaria para uma tendência ao arrefecimento dos movimentos em torno destas entidades. Uma outra possibilidade neste sentido seria a sua funcionalização, isto é, ainda que superadas as necessidades relativas à complementação curricular e à articulação ensino/serviços/comunidade, quando as LAs permaneceriam como uma atribuição de um campo alternativo de práticas, um laboratório de experiências, onde os estudantes possam ensaiar novas metodologias e tecnologias de ensino, sempre articuladas à pesquisa e à extensão, mediado pela autonomia e criatividade e liberdade que caracteriza o prática de aprender ensinando. A importância das LAs nesse sentido se deslocaria para o seu potencial articulador e indutor da análise e da crítica das práticas educativas e assistenciais vivenciadas pelos discentes e docentes Ligantes.

**REFERÊNCIAS**

- Alves, J. C. R. (2007). *Política Nacional de Educação Permanente no SUS: estudo da Implementação sob a perspectiva dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis*. Dissertação de mestrado Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Andrade, J. M., Meire, G. R. J. M., & Vasconcelos, Z. B. (2002). O processo de orientação vocacional frente ao século XXI: perspectivas e desafios. *Psicologia Ciência e Profissão*, 22(3), 24-30.
- Aranha, M. L. A., & Saviani, D. (2006). *História da educação e da Pedagogia: geral e Brasil* (3ª ed.) São Paulo: Moderna.
- Arouca, S. O. (2003). *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão crítica da Medicina Preventiva*. Rio de Janeiro: Editora UNESP.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília – DF.
- Brasil (1996). *Lei de Diretrizes e Bases da Educação*. Ministério da Educação e Cultura. Brasília – DF.
- Brasil (2001). *Diretrizes Curriculares Nacionais – DCNs*. Brasília - DF.
- Brasil (2001). *Diretrizes Curriculares Nacionais – DCNs para o curso de Medicina*. Brasília - DF.
- Brasil (2004). *Política Nacional de Educação Permanente - PNEP*. Brasília – DF.
- Batista, N. (2008). O enfoque problematizador na formação do profissional de saúde. *Interfase – Comunicação, Saúde e Educação*, 12(25), 433-441.
- Brandao, C. R., & Assumpção, R. (2009). *Cultura rebelde: escritos sobre a educação popular ontem e agora*. São Paulo: Editora e Livraria Instituto Paulo Freire.
- Cain, L. P., & Haddock, D. D. (2005). Similar Economic Histories, Different Industrial Structures: Transatlantic Contrasts in the Evolution of Professional Sports Leagues. *Journal of Economic History*, 65(4), 1116-1147.
- Campos, F. E.; Aguiar, R. A. T., & Belisario, S. A. (2012). *A formação superior dos profissionais de Saúde*. In Políticas e sistema der saúde no Brasil. Giovanella et.al (org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 14(1), 41- 65.

- Costa, A. P.; Afonso, C. L.; Demuner, J. M. M.; Moraes, J. M., & Pires, W. C. (2009). A importância da Liga Acadêmica de Queimaduras. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 8(3), 101-105.
- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa: Método qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed.
- Deslaurieirs, J. P., & Kerist, M. (2008). *O delineamento de pesquisa qualitativa*. Em Poupart, J. et. al. Rio de Janeiro: Vozes, 127-153.
- Dias, A. M. L. (2009). Discutindo caminhos para a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. *Revista Brasileira de Docência, Ensino e Pesquisa em Educação Física*, 1(1), 37-52.
- Donato, A. F., & Rosenburg, C. P. (2003). Formação dos trabalhadores para o SUS: Algumas ideias sobre a relação educação e comunicação no âmbito da saúde. *Saúde Sociedade*, 12(2), 18-25.
- Donato, A. F. (2009). Algumas considerações sobre tendências pedagógicas e educação e saúde. *BIS – Boletim do Instituto de Saúde*, 48, 5-14.
- Fernandes, F. G.; Hortêncio, L. O. S.; Unterpertinger, F. V.; Waisberg, D. R.; Pego- Fernandes, P. M., & Janete, F. B. (2010). Cardiothoracic surgery league from University of São Paulo Medical School: twelve years in medical education experience. *Revista Brasileira Cirurgia e Cardiovascular*, 25(4), 552-558.
- Fernandes, P. M. P., & Mariani, A. W. (2010). Medical teaching beyond graduation: undergraduate study groups. *São Paulo Medicina*, 128(5), 257-258.
- Ferreira, D. A. V.; Aranha, R. N., & Souza, M. H. F. O. (2011). Ligas Acadêmicas: uma proposta discente para ensino, pesquisa e extensão. Rio de Janeiro: *Interagir: pensando a extensão*, 16, 47-51.
- Ferreira, A. B. H. (1999). Aurélio século XXI: o dicionário da Língua Portuguesa. *Revista Ampliada*.
- Finkelman, J. (2002). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Flexner, A. (1910). *Medical education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Science.
- Fleuri, R. M. (2005). Intercultura e educação. Porto – Portugal: *Educação, sociedade & cultura*, 23, 91-124.
- Flores, O. (2010). *O agente comunitário de saúde: caracterização da sua formação sócio-histórica como educador em saúde*. Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília-DF, Brasil.

- Foucault, M. (1971). *Arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Foucault, M. (1984). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Franco, A. (2012). *Hierarquia: Explorações de Augusto de Franco em: A Matrix Realmente Existente*. São Paulo: Escolas de Redes.
- Freire, P. (2001). Carta de Paulo Freire aos professores. *Estudos Avançados*, 15(42) 259-268.
- Freire, P. (1987). *Pedagogia da autonomia*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Gil, AC. (2007). *Metodologia do Ensino Superior* (4 ed.). 3 reimp. São Paulo: Altos.
- Gomes, M. P. C.; Ribeiro, V. M. B.; Monteiro, D. M.; Leher, E. M. T. & Louzada, R. C. R. (2010). O uso de metodologias ativas no ensino de graduação nas ciências sociais e da saúde: avaliação dos estudantes. *Ciências & Educação*, 16 (1), 181-198.
- Gonçalves, M. F. (1997). Currículo oculto e cultura (s) de aprendizagem na formação de professores. *Millenium*, 6.
- Gonçalves, R. J.; Ferreira, E. A. L.; Gonçalves, G. G.; Lima, M. C. P.; Cerqueira, A. T. A. R.; Correa, F. K.; Smaira, S. I., & Torres, A. R. (2009). Quem “Liga” para o Psiquismo na escola Médica? A experiência da Liga de saúde Mental da FMB – Unesp. *Rev. Bras. Educação Médica*, 33(2), 298-306.
- Hamamoto-Filho, P. T.; Villas-Boas, P. J. F.; Correa, F. G.; Muñoz, G. O. C.; Zaba, M.; Venditti, V. C., & Schellini, S. A. (2010). Normatização da abertura de ligas acadêmicas: a experiência da Faculdade de Medicina de Botucatu. *Rev. bras. educ. med.*, 34(1) 160-167.
- Hamamoto-Filho, P. T. H.; Venditti, V. C.; Miguel, L.; Silva, L. A.; Oliveira, C. C., & Peraçoli, J. C. (2011). Pesquisa em educação médica conduzida por estudantes: Um ano de experiência no Núcleo Acadêmico de Pesquisa em Educação Médica. *Rev. Bras. Educação Médica*, 35(1), 108-113.
- Lopes, A. C. (2004). Políticas curriculares: continuidade ou mudança de rumos. *Revista Brasileira de Educação*, 26, 09-118.
- Machado, C. V.; Lima, L. D., & Viana, L. S. (2008). Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. RJ: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24, 42-57.
- Magalhães, R. A. (2003). Construção do conhecimento nas práticas de educação em saúde: repensando a relação entre profissionais dos serviços e a população. Belo Horizonte – MG: *Perspectiva ciência inf.*, especial, 31-42.

- Maia, J. A. *Formação humanística no ensino superior em saúde: intencionalidades e acasos*. In: Batista, N.A.; Batista, S. H., & Abdalla, I. G. (2005) (org.). *Ensino em saúde: visitando conceitos e práticas*. São Paulo: Arte e Ciência.
- Maraes, V. R. F. S.; Martins, E. F.; Cipriano-Junior, G.; Acevedo, A. C., & Pinho, D. L. M. (2010). Projeto pedagógico do curso de Fisioterapia da Universidade de Brasília. *Fisioter. mov.*, 23(2), 311-321.
- Martins, M. A. (2006). Editorial. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 30(2),3.
- Martins, J. A., & Barsaglini, R. A. (2001). Aspectos da identidade na experiência da deficiência física: um olhar socioantropológico. *Interfase – Comunicação, Saúde e Educação*, 15(36), 109-121.
- Mendes, E. V. (1985). *A evolução histórica da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica*. PUC/FINEP.
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 549.
- Mendonça, A. W. P. C. (2000). A universidade no Brasil. *Revista Brasileira de Educação*, 14, 131-150.
- Merhy, E. E. (2005). O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Botucatu*, 9(16),172-174.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde* (12ª edição). São Paulo: Hucitec.
- Mitre, S. M.; Batista, R.; Mendonça; J. M. G.; Pinto, N. M. N.; Meirelles, C. A. B.; Porto, C. P.; Moreira, T., & Hoffmann, L. M. A. (2008). Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc. saúde coletiva*, 13(2), 2133-2144.
- Mizukami, M. G. N. (1986). *Ensino: as abordagens do processo*. São Paulo: EPU.
- Monteiro, L. L. F.; Cunha, M. S.; Oliveira, W. L.; Bandeira, N. G., & Menezes, J. V. (2008). Ligas Acadêmicas: o que há de positivo? Experiência de implantação da Liga de Cirurgia plástica. *Rev. Bras. Cir. Plást.*, 23(3), 158-61.
- Nascimento, D. R. (2002). *Fundação Atauilpho de Paiva: Liga Brasileira Contra a Tuberculose – Um século de luta*. Rio de Janeiro – RJ: Quadratim.
- Neves, F. B. C. S.; Vieira, P. S.; Cravo, E. A.; Dias, M.; Bitencourt, A.; Guimarães, G. P.; Feitosa-Filho, G. S., & Orlando, J. M. C. (2008). Inquérito nacional sobre as Ligas Acadêmicas de medicina intensiva. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*, 20(1), 43-48.

- Noronha, J. C.; Lima, L. D., & Machado, C. V. (2008). O Sistema Único de Saúde. In: Giovanella, L. (org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Nosella, P., & Azevedo, M. L.N. (2009). *A Educação em Gramsci*. In: Calegari-Falco, A. M. *Sociologia da educação: olhares para escola de hoje*. Maringá: EDUEM.
- Nóvoa, A. (2009). *Educação 2021: Para uma história do futuro*. Porto-Portugal: Universidade de Lisboa.
- Pagliosa, F. L., & Da Ros, M. A. (2008). O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev. bras. educ. med.*, 32(4), 492-499.
- Paim, J. S. (2002). *Saúde: Política e Reforma Sanitária*. Salvador: CEPS ISC.
- Paim, J. S. (2007). *Reforma Sanitária brasileira: Contribuições para a compreensão e crítica*. Dissertação de doutorado, Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, Brasil.
- Paim, J. S. (2008). 20 anos de construção do Sistema Único de Saúde. *Tempus –Actas de Saúde Coletiva*, 2, 53-86.
- Pedrosa, I. (2008). Educação popular em saúde e gestão participativa no Sistema Único de Saúde. *Revista APS*, 11(3), 303-313.
- Peres, C. M. (2006). *Atividades Extracurriculares: percepções e vivências durante a formação médica*. Dissertação de mestrado apresentada a Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP, Brasil.
- Peres, C. M.; Andrade, A. S., & Garcia, S. B. (2007). Extracurriculares: Multiplicidade e Diferenciação Necessárias ao Currículo. *Revista brasileira de educação médica*, 31(3), 203-211.
- Pereira, I.B., & Ramos, M. N. (2006). *Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Pinto, Á. V. (1991). *Sete lições sobre educação de adultos: introdução e entrevista de Dermeval Saviani e Betty Antunes de Oliveira: versão final revista pelo autor (7º ed.)*. São Paulo – SP: Cortez autores associados.
- Reis, R. H. (2011). *A constituição do Ser Humano: amor, poder, saber na educação/alfabetização de jovens e adultos*. Campinas – SP: Autores associados.
- Rodrigues, N. (2001). Educação: da formação humana à construção do sujeito ético. *Educ. Soc.*, 22(76), 232-257.
- Rosen, G. (1994). *Uma história da Saúde Pública*. São Paulo: UNESP – Hucitec/Abrasco.

- Santos-Neto, A. A. M. (2009). *A estrutura organizacional do futebol profissional no Brasil e o Clube dos 13: análise comparativa entre os modelos de organização do futebol brasileiro, europeu e das ligas nos EUA*. Dissertação ao Departamento de Economia Aplicada – Universidade Federal da Bahia, Salvador – BA, Brasil.
- Sousa, M. F., & Parreira, C. M. S. F. (2010). Ambientes verdes e saudáveis: formação dos agentes comunitários de saúde na Cidade de São Paulo. *Rev. Panam. Salud. Publica*, 28(5), 399-404.
- Stotz, E. N. (1993). *Enfoques sobre educação e saúde*. In: Valla, V. V., & Stotz, E. N. (org). *Participação popular, Educação e Saúde: Teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume – Dumará.
- Stotz, E. N. (2007). *Enfoque sobre educação popular e saúde*. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. Caderno de educação popular em saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Tavares, C. H. F.; Maia, J. A.; Muniz, M. C. H.; Malta, M. V.; Magalhães, B. R. C., & Thomaz, A. C. P. (2007). O currículo paralelo dos estudantes da terceira série do curso médico da Universidade Federal de Alagoas. *Rev. bras. educ. med. [online]*, 31(3)245-253.
- Teixeira, A. (1988). *Educação e universidade*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ.
- Tones, B. R. (1987). *Educación para la salud: prevención o subversión?* In \_\_\_\_\_. *Tendências actuales em educación sanitária*. Barcelona. Quadern CAPS, 8.
- Torres, A. R.; Oliveira, G. M.; Yamamoto, F. M., & Lima, M. C. P. (2008). Ligas Acadêmicas e formação médica: contribuições e desafios. *Interfase – Comunicação, Saúde e Educação*, 12(27), 713-720.
- Universidade de Brasília (2008). *Projeto Político Pedagógico do Curso de Enfermagem*. Universidade de Brasília. Brasília – DF.
- Universidade de Brasília (2008). *Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina*. Universidade de Brasília. Brasília – DF.
- Universidade de Brasília (2011). *Projeto Político Pedagógico Institucional da Universidade de Brasília*. Universidade de Brasília. Brasília – DF.
- Valença, O. A. A. (1999). *Currículo paralelo em medicina: o caso da Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco*. 1999. 114f. Dissertação de mestrado em Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo – SP, Brasil.
- Veiga, I. P. A. (1996). *Projeto Político Pedagógico da escola: Uma construção possível* (2ª edição). Campinas – SP: Papyrus, 1-192.
- Veiga, I. V. P. (2003). Inovações e projeto político pedagógico: Uma relação regulatória ou emancipatória? *Cad. Cedes*, 23(61), 267-281.

## ANEXOS

## Anexo A – Planilha de sistematização dos da análise de conteúdo

<p><b>Questões Provocadoras</b></p> <p><i>Essa parte constituiu as questões geradoras na identificação das variáveis</i></p>	<p><b>Variáveis</b></p> <p><i>Foram variáveis encontradas nas entrevistas identificadas pelas questões provocadoras, o que atribui significação as palavras evocadas nos documentos como núcleo de sentidos.</i></p>	<p><b>Unidades de Registros</b></p> <p><i>Foram as partes dos registros, sem modificações mais que foram evocados pelos entrevistados na íntegra.</i></p>	<p><b>Categorias</b></p> <p><i>Foram públicas ou classes, as quais reuniram um grupo de elementos (UR) sob um título genérico (Minayo, 2010, p. 88).</i></p>	<p><b>Aparecimento e ausências de palavras</b></p> <p><i>Palavras que apareceram nas evocação nos registros (roteiro de entrevistas) e palavras que poderiam aparecer segundo a percepção do pesquisador</i></p>
<p><b>ORGANIZACAO DOS DAS VARIÁVEIS E FORMULACAO DE CATEGORIAS</b></p> <p><b>Agrupamento das categorias</b></p> <p><b>Identificação das respostas as questões geradoras</b></p>				
<p>Como as LAs articulam as práticas de ensino, pesquisa e extensão?</p>				
<p>Aspectos observáveis</p> <p>Articulação entre as práticas de ensino, pesquisa e extensão na perspectiva da indissociabilidade</p>	<p>Ensino</p>	<p>Pesquisa</p>	<p>Extensão</p>	
<p>Quais são as evidências da eficácia das ligas na qualificação dos professores, na formação dos estudantes e na solução e/ou encaminhamentos dos problemas da comunidade?</p>				
<p>Aspectos observáveis</p> <p>Competências, habilidades e valores desenvolvidos técnicos e políticos</p>	<p>Ensino</p>	<p>Metodologia utilizada</p>	<p>Eficácia e Dificuldades</p>	

Como as LAs estruturam as suas práticas em termos de sujeitos, objetivos, abrangência/âmbito da ação; princípios orientadores, estratégia de ação e pressupostos de eficácia?				
Enfoques na ação educativa	Educativo	Preventivo	Radical	Desenvolvimento Pessoal
Objetivo				
Âmbito da ação				
Protagonismo				
Princípios orientadores				
Estratégias de ação				
Pressuposto de eficácia				
Como as LAs se articulam com a rede pública de Atenção à Saúde e com o processo de Educação Permanente em saúde para o SUS?				
Aspectos observáveis	Formação	Serviços	Comunidade	
Competências, habilidades e valores desenvolvidos				
<b>OBJETIVOS: GERAL E ESPECIFICOS</b>				

## Anexo B - Questionário de Sondagem

Pró-ensino  
na SaúdeFACULDADE DE  
CEILÂNDIA  
INSTITUTO DE  
PSICOLOGIA

**Universidade de Brasília – UnB**  
**Campus Darcy Ribeiro**  
**Instituto de Psicologia – IP e Faculdade de Ceilândia – FC**

**AS PERSPECTIVAS DAS LIGAS ACADÊMICAS NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DOS  
ESTUDANTES DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA.**

**PROJETO DE PESQUISA**

Simone Alves da Silva – Mat. 11-0164334

**QUESTIONÁRIO DE SONDAÇÃO: Entrevistados Acadêmicos Ligantes - EAL e  
Entrevistados Professores/coordenadores Ligantes - EPL**

A) Nome da Liga: \_\_\_\_\_.

Marque com X o (s) motivo (s) pelo qual você participa desta liga acadêmica.

<input type="checkbox"/>	<b>Aproximação da prática em ciências da saúde</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Preenchimento do meu currículo</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Influências de outras pessoas</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Integração com a universidade</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Afinidade com a temática da liga</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Complementação do meu currículo</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Todas ditas anteriormente</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Outras. Cite-as:</b>

B) Com qual frequência o senhor (a) participa das atividades propostas pela (s) liga (s)?  
 2h/sem       4h/sem       8h/sem       + de 8h/sem

C) Dados sociodemográficos

D) Em que faculdade e em qual curso o senhor (a) se graduou?

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

II) Idade \_\_\_\_ anos.

III) Sexo:  masculino       feminino

IV) Procedência:

Brasília

Cidades satélites

Outros estados da federação brasileira

Outros países

V) Qual seu grau de instrução?

Graduando

Graduado

Especialidade

Mestrado

- ( ) Doutorado  
 ( ) Pós-doutorado

### Convite

Convidamos você/senhor (a) para uma entrevista individual e/ou grupo focal, que visam ao aprofundamento de alguns aspectos abordados sobre a liga acadêmica da qual participa. Sua participação será de extrema importância para a continuação deste projeto de estudo.

Por favor, caso deseje participar preencha o quadro a seguir:

<b>NOME</b>	
<b>TELEFONE</b>	
<b>EMAIL</b>	

Pró-ensino  
na Saúde



FACULDADE DE  
CEILÂNDIA  
INSTITUTO DE  
PSICOLOGIA

**Universidade de Brasília – UnB**

**Campus Darcy Ribeiro**

**Instituto de Psicologia – IP e Faculdade de Ceilândia – FC**

### **AS PERSPECTIVAS DAS LIGAS ACADÊMICAS NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA.**

**PROJETO DE PESQUISA: Acadêmicos Não Ligantes - EANL (membros beneficiados pelas ações das LAs)**

**Simone Alves da Silva – Mat. 11-0164334**

A) Dados sociodemográficos:

D) Idade \_\_\_\_ anos. Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

II) Naturalidade:

- ( ) Brasília  
 ( ) Cidades satélites  
 ( ) Outros estados da federação brasileira  
 ( ) Outros países

### Anexo C – Roteiro de entrevista individual

#### **ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL PARA MEMBROS BENEFICIADOS PELAS AÇÕES DAS LAs (aqui considerados os Acadêmicos não Ligantes - EANL)**

1. O que você/o senhor (a) costuma fazer no tempo livre?
2. Fale-me quando e como o senhor (a) conheceu a (s) liga (s)?
3. Quais atividades desenvolvidas pela liga você/senhor (a) participa/ou participou?
4. Fale-me sobre as atividades que você/senhor (a) participa.
5. Fale-me sobre as atividades que você/senhor (a) já participou.
6. Como você/senhor(a) considera a LA para a sua vida e para os seus problemas de saúde?
7. Como você/ senhor(a) vê a atuação dos estudantes com relação as LAs?
8. Como o senhor(a) vê a atuação dos professores com relação as LAs?
9. Fale-me qual a contribuição da liga para a comunidade?
10. Fale-me como é a sua participação nesta liga? (Importância, etc.).
11. Defina Liga Acadêmica, do seu ponto de vista. (Esta pergunta pode ser repetitiva. Ela só deve ser feita se as respostas não forem satisfatórias).
- 12.

Qual nota você /o senhor (a) dará para a LA que conhece.
0 <span style="float: right;">10</span>

13. Por que esta nota?

#### **ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL PARA ACADÊMICOS PARTICIPANTES DE LAs (Acadêmicos Ligantes – EAL)**

1. Como se deu a sua escolha pelo curso que você faz?
2. Quais foram as motivações mais fortes para a criação desta LA?
3. Quais as lacunas no currículo do seu curso, que você considera que a LA vem preencher?
4. Fale-me um pouco sobre a composição da sua LA (tempo de existência da LA, número de professores participantes, número de estudantes, cursos dos estudantes participantes, quais profissionais que participam da liga, Local de atuação, estrutura administrativa ou funções administrativas, forma de gestão).
5. Quais os motivos que levaram sua participação nesta LA?
6. Qual a maior dificuldade na criação e manutenção da existência de uma liga?
7. Em que aspectos a LA tem contribuído para a sua aprendizagem e formação?
8. Quais são os instrumentos que regem a estrutura e funcionamento da LA (Estatuto, normas, regulamentos).
9. Fale-me sobre os objetivos da LA.
10. Fale-me como vocês percebem que estes objetivos estão sendo alcançados.
11. Fale-me sobre as concepções filosóficas, teóricas e metodológicas que direcionam as atividades da LA.
12. Quem são os protagonistas que a LA considera como determinantes na proposição, implantação e funcionamento da LA (professores, estudantes, ou membros da comunidade)?
13. Qual o aspecto que você considera mais importante na metodologia de trabalho adotada pela LA?
14. Quais as habilidades e competências técnicas que a LA busca desenvolver nos professores, estudantes e na comunidade em termos dos atos, procedimentos e atitudes? (Perfil técnico).
15. Quais as habilidades e competências que a LA busca desenvolver no espaço relacional demarcado pelas ações da LA na comunidade? (Perfil político-social).
16. Fale-me como as atividades de ensino, de pesquisa e de extensão são desenvolvidas dentro da LA? E quanto á assistência?
17. Como a questão do Sistema Único de Saúde – SUS é trabalhada nas atividades desenvolvidas pela LA?
18. Em sua opinião como os professores e a comunidade consideram as ações desenvolvidas pelas LA.
19. Como você considera o papel da pesquisa nas práticas da LA?

20. Como você considera o papel da extensão nas práticas da LA?
21. Defina pra mim liga acadêmica do seu ponto de vista.

**ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL PARA PROFESSORES E  
COORDENADORES DE LIGAS ACADÊMICAS (Entrevistados professores/coordenadores  
ligantes – EPL)**

1. Como se deu a sua escolha profissional?
2. Quais as necessidades que motivaram a formação desta Liga?
3. Fale-me um pouco sobre a composição da sua LA (tempo de existência da LA, número de professores participantes, número de estudantes, cursos dos estudantes participantes, quais profissionais que participam da liga, Local de atuação, estrutura administrativa ou funções administrativas, forma de gestão).
4. Quais os motivos que levaram sua participação nesta LA?
5. Qual a maior dificuldade na criação e manutenção da existência de uma liga?
6. Quais são os instrumentos que regem a estrutura e funcionamento da LA (Estatuto, normas, regulamentos).
7. Fale-me sobre os objetivos da LA.
8. Fale-me como vocês percebem que estes objetivos estão sendo alcançados.
9. Fale-me sobre as concepções filosóficas, teóricas e metodológicas que direcionam as atividades da LA.
10. Quem são os protagonistas que a LA considera como determinantes na proposição, implantação e funcionamento da LA (professores, estudantes, ou membros da comunidade)?
11. Qual o aspecto que você considera mais importante na metodologia de trabalho adotada pela LA?
12. Quais as habilidades e competências técnicas que a LA busca desenvolver nos professores, estudantes e na comunidade em termos dos atos, procedimentos e atitudes? (Perfil técnico)
13. Quais as habilidades e competências que a LA busca desenvolver no espaço relacional demarcado pelas ações da LA na comunidade? (Perfil político-social).
14. Fale-me como as atividades de ensino, de pesquisa e de extensão são desenvolvidas dentro da LA? E quanto á assistência?
15. Como a questão do Sistema Único de Saúde – SUS é trabalhada nas atividades desenvolvidas pela LA?
16. Em sua opinião como você vê a inserção dos estudantes e da comunidade nas ações desenvolvidas pelas LA.
17. Quais os aspectos mais importantes da LAS na formação dos estudantes? E na relação com os grupos e indivíduos da comunidade?
18. Como você considera o papel da pesquisa nas práticas da LA?
19. Como você considera o papel da extensão nas práticas da LA?
20. Defina liga acadêmica do seu ponto de vista.

**Anexo D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto: As perspectivas das ligas acadêmicas no processo de formação dos estudantes de saúde na Universidade de Brasília – UnB. O objetivo desta pesquisa é:

*Analisar as ligas acadêmicas (LAs) estruturadas e em funcionamento na Faculdade de Ciências da Saúde (FS) e na Faculdade de Medicina (FM) da UnB, como uma das estratégias de ensino e aprendizagem no processo de formação do corpo discente.*

O (a) Senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

Para atingir este objetivo serão realizadas entrevistas individuais, grupos focais, observação participante em campo, análise documental e revisão bibliográfica, aplicados á estudantes, professores, e comunidade de beneficiários que integram as ligas acadêmicas na Faculdade de Ciências da Saúde e na Faculdade de Medicina da UnB.

Para compor a entrevista individual e o grupo focal, será aplicado anteriormente um questionário de sondagem para seleção da amostra. As entrevistas e os grupos focais serão gravados e utilizados com a sua anuência e sem identificar sua pessoa. Nesta modalidade de investigação, para esta pesquisa, não haverá previsão de desconfortos ou riscos, caso o sujeito sinta algum tipo de desconforto ou constrangimento será oferecido apoio psicológico e você poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo da mesma. Informamos que o (a) Senhor (a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) Senhor (a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição Universidade de Brasília – UnB podendo ser publicados posteriormente em periódicos científicos. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Pesquisador Responsável: Simone Alves da Silva, na instituição Universidade de Brasília – UnB/Instituto de Psicologia telefone: (61) 8220-8272/ (61) 3107-6624, no horário: 8h às 18h das 2ª a 6ª. Email: sfisiocardio@gmail.com/ipd@unb.br

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o Pesquisador Responsável e a outra com o Sujeito da pesquisa.

Brasília, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Nome / assinatura

Voluntário

---

Pesquisador Responsável

Simone Alves da Silva

Mat. 11-0164334

**Anexo E – Processo de Aprovação do Projeto de Pesquisa**

Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

**PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA**

Registro do Projeto no CEP: **130/12**

Título do Projeto: “As perspectivas das ligas acadêmicas no processo de formação dos estudantes de saúde da Universidade de Brasília - UnB”.

Pesquisadora Responsável: Simone Alves da Silva  
Data de Entrada: 06/08/12

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **130/12** com o título: “As perspectivas das ligas acadêmicas no processo de formação dos estudantes de saúde da Universidade de Brasília - UnB”, analisado na 8ª Reunião Ordinária, realizada no dia 18 de setembro de 2012.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 20 de setembro de 2012.

  
Prof. Natália Monsore  
Coordenador do CEP-FS/UnB