

EXTENSÃO COMUNITÁRIA CONTRIBUINDO PARA A INSERÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA E FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Community extension contributing to insertion in primary care and formation of health professionals

Jaqueline Lopes Menezes da Silva¹, Larissa Negromonte Azevedo², Maria Cecília Bernardes Pereira³, Ana Lílian Aguiar⁴, Camila Lacerda Costa⁵, Ana Isabel Matias Ursulino⁶, Clênia de Oliveira Cavalcanti⁷, Lays Fernandes de Caldas⁸, Cristine Hirsch-Monteiro⁹

RESUMO

Apresentamos, neste estudo, a contribuição da inserção de um grupo de graduandos em saúde na atenção básica para a formação de profissionais humanizados. Assim, foram comparadas as visões dos extensionistas do Projeto de Extensão “Buscando a Formação Humanizada do Profissional de Saúde” (SIEX Brasil N°. 033770) e de graduandos que não participaram do projeto, como grupo controle. A metodologia incluiu a construção de texto sobre a visão do SUS em dois momentos: abril/2007 e fevereiro/2008, ou seja, antes e depois da participação no Projeto. Análise qualitativa foi executada e importante mudança na visão do processo saúde-doença, do papel da universidade pública e do serviço de saúde na formação do profissional de saúde foi identificada entre os estudantes vinculados ao projeto.

PALAVRAS-CHAVE: Relações Comunidade-Instituição; Atenção Primária à Saúde; Estudantes de Ciências da Saúde.

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família, criado pelo Ministério da Saúde em 1994, apresenta características estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS) e aponta possibilidades de adesão e mobilização das forças sociais e políticas

ABSTRACT

We present the contribution of the insertion of a group of health science undergraduates in primary care for the formation of humanized professionals. Thus, the views of participants from the extension project, Seeking Humanized Formation of Health Professionals (SIEX Brazil N°. 033770), and of non-participant undergraduates, as control group, were compared. The method comprised text construction on the SUS outlook in two moments: April 2007 and February 2008, that is, before and after participation in the project. After a qualitative analysis, we identified an important change of view of the project participants on the health-disease process, and the roles of the public university and the health services in the formation of the health professional.

KEY WORDS: Community-Institutional Relations; Primary Health Care; Students Health Occupations.

em torno de suas diretrizes.¹ Isto possibilita integração e organização das ações de saúde em território definido. A finalidade é propiciar o enfrentamento e a resolução de problemas identificados pela articulação de saberes e práticas com diferenciados graus de complexidade tecnológica, integrando distintos campos do conhecimento

¹ Jaqueline Lopes Menezes da Silva, Graduada de Odontologia - CCS/UFPB; Extensionista 2007 SIEX Brasil n° 0033770, Universidade Federal da Paraíba

² Larissa Negromonte Azevedo, Graduada de Medicina - CCM/UFPB; Extensionista 2007 SIEX Brasil n° 0033770, Universidade Federal da Paraíba

³ Maria Cecília Bernardes Pereira, Graduada de Medicina - CCM/UFPB; Extensionista 2007 SIEX Brasil n° 0033770, Universidade Federal da Paraíba

⁴ Ana Lílian Aguiar, Graduada de Medicina - CCM/UFPB; Extensionista 2007 SIEX Brasil n° 0033770, Universidade Federal da Paraíba

⁵ Camila Lacerda Costa, Graduada de Medicina - CCM/UFPB; Extensionista 2007 SIEX Brasil n° 0033770, Universidade Federal da Paraíba

⁶ Ana Isabel Matias Ursulino, Graduada de Enfermagem - CCS/UFPB; Extensionista 2007 SIEX Brasil n° 0033770, Universidade Federal da Paraíba

⁷ Clênia de Oliveira Cavalcanti, Graduada de Enfermagem - CCS/UFPB; Extensionista 2007 SIEX Brasil n° 0033770, Universidade Federal da Paraíba

⁸ Lays Fernandes de Caldas, Graduada de Enfermagem - CCS/UFPB; Extensionista 2007 SIEX Brasil n° 0033770

⁹ Cristine Hirsch-Monteiro, Bacharel em Ciências Biológicas, Mestre em Bioquímica (1992/UFGM); Doutora em Imunologia (1997/UFGM); Professora Associada no Depto de Fisiologia e Patologia/CCS/ Universidade Federal da Paraíba. E-mail: cristine.hirsch@gmail.com

Financiamento: PRAC/UFPB

e desenvolvendo habilidades e mudanças de atitudes nos profissionais envolvidos.²

O Programa de Saúde da Família (PSF), hoje parte do Sistema Único de Saúde (SUS), é um campo de atuação na atenção básica à saúde. O PSF está direcionado à família e suas influências socioculturais possibilitando uma abordagem mais completa das necessidades de cada indivíduo, tanto na forma curativa, como educativa, tendo como maior objetivo ampliar a resolubilidade dos conhecimentos e das práticas em saúde. Para isso, o PSF possui uma equipe multiprofissional que acompanha as famílias de uma determinada área, dinamizando as ações do SUS.³

A educação superior vem vivenciando um processo de ampliação de sua dimensão acadêmica na formação de profissionais, empenhando-se em transformar a realidade do nosso país. A construção social de espaço participativo, mais democrático e que se fundamente na responsabilidade social emerge nesse começo de século propondo uma universidade engajada nos compromettimentos assumidos com uma sociedade mais justa.⁴

A diversificação dos cenários é compreendida como uma das estratégias para a transformação curricular. Essa estratégia aproxima os estudantes da vida cotidiana das pessoas e desenvolve olhares acadêmicos críticos e voltados para os problemas reais da população.⁵⁻⁷

Assim, é extremamente necessário e oportuno um papel indutor do SUS, em suas várias instâncias, para estimular as mudanças na formação profissional em saúde de acordo com seus interesses e necessidades. Isso possibilitará direcionalidade ao processo de mudança das escolas, facilitando a aproximação da formação profissional de uma assistência à saúde mais efetiva, equânime e de qualidade.⁸

O aprender deve ser um processo contínuo, que não se esgota em aprender a executar um ato técnico ou operatório. Que não termina com o recebimento de um diploma, mas sim, implica em saber ser, ser um hábil e competente profissional e também saber ser “ser humano”, aprender a atuar e trabalhar em equipe, em nível individual e coletivo, pois o processo saúde-doença é extremamente complexo, envolve várias dimensões além daquela física ou objetiva.⁹ Bulcão⁵ e Blank⁶ reforçam a proposição de que a inserção do graduando dos cursos de saúde se dê o mais cedo possível em sua formação e o mais próximo da vivência prática possível, sendo a extensão um dos mecanismos propícios para esta inserção.

Deve-se entender a extensão como um objetivo básico da educação superior, redefinida e ampliada como “promoção da comunidade”, necessariamente multidisciplinar, buscando a transdisciplinaridade. Isso deve ser efetuado numa ação da universidade em associação com a popula-

ção, para resolver os problemas prioritários e transformar a sociedade atual em uma sociedade mais justa e solidária. Desse modo, a pesquisa deve buscar diagnosticar e propor soluções para os problemas, de maneira mais ampla, não se fechando em guetos, “da saúde”, “da educação”, “da segurança”, “da habitação”, “do meio ambiente”, mas de maneira intersetorial. Em suma, a função do ensino deve ser capacitar docentes, alunos e grupos da comunidade para debater as questões consideradas mais fundamentais e, a partir disso, aplicar as soluções encontradas.¹⁰

O Projeto Timbó (SIEX N°. 033770) foi idealizado a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Saúde¹¹⁻¹³ para propiciar uma formação humanizada aos graduandos dos cursos da área de saúde da UFPB. Esta estratégia foi pensada a partir da vivência em uma Unidade de Saúde da Família - USF, junto à Equipe de Saúde da Família (ESF), permitindo o acompanhamento da realidade vivenciada na comunidade assistida. Ao longo das atividades dos extensionistas na Unidade Saúde da Família foi sentida a necessidade de inserir os graduandos extensionistas na comunidade onde se dá o processo saúde-doença, onde o morador e sua saúde estão integrados a todos os contextos pertinentes (social, econômico e político). Partimos de uma extensão universitária para uma extensão comunitária em que a troca de experiências entre os graduandos extensionistas e a comunidade poderia se dar de forma concreta, permitindo a apreensão da realidade por parte dos graduandos. A metodologia inicial que visava apenas acompanhar o fazer da equipe da USF se estendeu até as residências dos moradores onde grupos se organizavam e discutiam temas diversos relacionados às demandas da comunidade¹⁴. Esta estratégia, adaptada a partir de Falcão¹⁵, corresponde à Metodologia de Mobilização Comunitária e Individual (Met-MOCI) desenvolvida ao longo de anos de vivência em extensão comunitária.

Desse modo, este artigo tem como objetivo avaliar a contribuição da experiência de extensão comunitária para a formação dos graduandos em saúde que fizeram parte do Projeto de Extensão Universitária “Buscando a Formação Humanizada do Profissional de Saúde” (SIEX N°. 033770).

MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia empregada baseou-se em Lakatos e Marconi¹⁶. Foi utilizada uma abordagem indutiva, com procedimento comparativo-estatístico. A técnica utilizada foi a observação direta extensiva, por meio de produção textual. O Universo foi composto por graduandos que participaram da seleção do Projeto de Extensão (n=56). A

amostra (n=9) foi composta por graduandos selecionados e que vivenciaram a extensão comunitária (Grupo S). O grupo controle (n=8) foi constituído por graduandos que não vivenciaram a extensão comunitária, por não terem sido selecionados (Grupo NS).

Após o convite, enviado por meio eletrônico, esclarecimento sobre o projeto, assinatura do TCLE, confirmando a participação, e assegurados os princípios que regem a Resolução 196/96 do CONEP, os dados foram então coletados conforme projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

Foi utilizada produção textual sobre o tema “O SUS, a Universidade Pública e a Formação do Profissional de Saúde” como instrumento de coleta de dados. Chamamos “1ª Versão” os textos produzidos no momento da seleção do Projeto de Extensão (Mar/2007) e de “2ª Versão” os textos produzidos em Fev/2008 que tiveram o mesmo tema.

A análise qualitativa dos dados foi feita buscando estabelecer significados e relações seguindo análise temática (pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação) de acordo com Minayo¹⁷.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os eixos temáticos selecionados durante a análise foram: Papel da Universidade na formação do Profissional de Saúde; Controle Social e a interferência no Processo saúde-doença; Ação de Saúde a partir do princípio de Integralidade; Prática e vínculo com a comunidade na formação do Profissional de Saúde; e Extensão Universitária e Formação do Profissional de Saúde.

1. Análise por grupo, participante ou não da extensão comunitária, ao longo do tempo (mar/2007 e fev/2008):

Graduandos em saúde que participaram da Extensão Comunitária (Grupo S)

Comparando-se as produções textuais da 1ª versão (mar/2007) e da 2ª versão (fev/2008) foi observado que a Extensão era vista como uma estratégia para formar profissionais adequados ao SUS. Já na 2ª versão a prática na comunidade passou a ser indicada como importante na formação profissional. A Saúde como qualidade de vida foi referenciada em apenas alguns textos na 1ª versão, mas foi frequente nos textos da 2ª Versão.

Além disso, no fragmento “O contato com a realidade da população é importante para a formação profissional

para que o estudante possa ver os problemas de perto, sensibilizar-se, problematizá-los e buscar soluções” (S3-2ª VERSÃO) pode ser percebida a concepção de que a extensão se constitui um espaço de ensino-aprendizagem de forma a congregar os estudantes, professores, comunidade e profissionais dos serviços, sendo capaz de proporcionar uma formação mais adequada à realidade socioepidemiológica da população e às demandas dos serviços de saúde. Segundo Hennington¹⁸, os programas de extensão universitária são importantes na relação estabelecida entre instituição e sociedade. A extensão se consolida através da aproximação e troca de conhecimentos e experiências entre professores, alunos e população, pela possibilidade de desenvolvimento de processos de ensino-aprendizagem a partir de práticas cotidianas coadunadas com o ensino e pesquisa e, especialmente, pelo fato de propiciar o confronto da teoria com o mundo real de necessidades e desejos.

Assim, há sérios desafios para se transformar a sociedade, numa busca de caminho para a liberdade e exercício da ética da solidariedade, justiça e inclusão social. É especialmente na educação que se depositam todas as esperanças de superação das contradições que se descortinam. Somente uma educação integral do ser humano poderá atingir um desenvolvimento mais harmonioso, possibilitando a diminuição da pobreza, da violência¹⁹.

Nos textos analisados, em ambas as Versões, a Universidade continua com mesma função de garantir a formação de profissionais com capacidade técnica, crítica e humana, como pode ser percebido no fragmento: “... responsável por formar profissionais sensibilizados, conhecedores do seu dever com a sociedade, atuantes e comprometidos com o bem-estar dos cidadãos.” (S8-1ª VERSÃO).

Entretanto, segundo Noronha²⁰, o diagnóstico do ensino de graduação, praticamente unânime, é de que o ensino de graduação está doente e necessita de tratamento urgente. Os pesquisadores da área concordam que é preciso mudar a educação dos profissionais de saúde. Isso, no entanto, não tem sido o bastante para provocar alterações capazes de solucionar o problema. Das inúmeras propostas de mudança apresentadas, algumas foram efetivadas, outras viraram história. Pode-se dizer que, no processo, cujo principal objetivo é adequar a formação médica às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS), são comumente encontrados pontos de continuidade, de aprofundamento e de ruptura. As dificuldades ocorrem certamente porque, apesar da unanimidade do diagnóstico, o tratamento é longo, complicado e tem entre os seus agravantes o descompasso que ocorre entre os diversos campos e personagens envolvidos no problema.

Antes da experiência extensionista, havia a ideia da unilateralidade do conhecimento percebida pela formação centrada apenas na academia: “[...] a universidade é a instituição responsável por formar os profissionais [...]” (S8-1ª VERSÃO). Enquanto que, após o período de inserção comunitária, houve maior uniformidade entre os textos sobre importância na troca de saberes com a comunidade: “A vivência com a comunidade e suas dificuldades permite formar um profissional [...] capaz de vencer as adversidades do SUS.” (S5-2ª VERSÃO).

O encontro de estudantes e de profissionais é marcante para a compreensão das dimensões sociais e culturais do cuidado. Viver é muito mais do que ler, ver ou ouvir. A experiência direta é chave na construção da pessoa e na produção de perfis de compromisso social.¹

Graduandos em saúde que não participaram da Extensão Comunitária (Grupo NS)

Os textos expressam apenas conhecimento teórico sobre o SUS, não falam de experiência pessoal. Mas alguns acreditam na necessidade de conhecer a realidade para poder mudá-la: “[...] esta aproximação (do graduando com o serviço) leva a melhorias presentes e futuras, já que com a formação de profissionais conhecedores e conscientes do que realmente significa o SUS, pode estabelecer os limites e desafios [...]” (NS7-2ª VERSÃO).

A necessidade de mudanças na formação dos profissionais de saúde visando sua adequação a um modelo assistencial, cujos principais pressupostos são a humanização do atendimento, a integralidade do ser humano, a promoção da saúde e a necessidade da interlocução com outros saberes, inclusive o saber popular, vem sendo objeto de muitos debates e propostas. O fato de que essas propostas de mudança estejam anunciadas nas diretrizes curriculares nacionais e nos programas assistenciais não assegura que elas ocorram, a menos que sejam debatidas e vivenciadas entre os profissionais e acadêmicos.²¹

A unilateralidade da transmissão do conhecimento foi frequente nos textos que de longe abordavam a contribuição dos saberes populares para a formação do profissional de saúde: “[...] pois os extensionistas esclarecem, educam ou reeducam os usuários do SUS [...]” (NS3-1ª VERSÃO) e “[...] os alunos em formação profissional em saúde usam seus conhecimentos adquiridos na universidade como meio de ajudar na qualificação da saúde nesses locais.” (NS7-1ª VERSÃO).

Sobre a qualidade de vida, a saúde, homogeneamente, é vista como resultado de ações curativas, excetuando-se o que citou que “O ser humano não deve ser isolado em suas

características orgânicas, mas incorporado ao seu contexto psicossocial” (NS1-2ª VERSÃO).

Aprender deve ser um processo contínuo que não se esgota em aprender a executar um ato técnico ou operativo e que não termina com o recebimento de um diploma, mas sim, implica em saber ser, ser um hábil e competente profissional e também saber ser “ser humano”, aprender a atuar e trabalhar em equipe, em nível individual e coletivo, pois o processo saúde-doença é extremamente complexo, envolve várias dimensões além daquela física ou objetiva.⁹

2. Comparando os graduandos que vivenciaram Extensão Comunitária (Grupo S) e aqueles que não participaram da Extensão Comunitária (Grupo NS): Comparando 2ªs Versões (em Fev/2008)

O controle social foi visto pelo grupo de extensionistas como uma importante estratégia para interferir no processo saúde-doença, entretanto esta noção não apareceu em nenhum dos textos dos graduandos que não vivenciaram a extensão como inserção comunitária. Um dos extensionistas relatou em seu texto que “... a participação direta dos usuários no controle das ações dos gestores através dos Conselhos de Saúde torna a população CO-RESPONSÁVEL no cuidado da saúde” (S8-2ª VERSÃO).

O controle social e o envolvimento dos gestores, profissionais e usuários de saúde também são relevantes porque a população e, principalmente, os usuários vivenciam um interessante processo pedagógico de aprendizado do exercício da cidadania, o que leva ao estabelecimento de relação da população com o governo, a partir de um patamar diferenciado, como atores sociais e não mais como atores passivos e alheios.²²

Em relação à ação de saúde a partir do princípio de integralidade, poucos textos entre os graduandos que não participaram da extensão comunitária abordaram o tema, e quando abordado este vem embebido numa noção curativa. Os extensionistas apontaram as ações em saúde como uma estratégia para a melhoria da qualidade de vida e sugeriram a necessidade de uma visão mais abrangente, integral do indivíduo: “O profissional em Saúde deve entender o conceito ampliado de saúde, o processo, o processo saúde-doença, e ter uma visão abrangente do paciente [...]” (S9-2ª VERSÃO).

O princípio da integralidade foi melhor compreendido pelos graduandos extensionistas, que demonstraram entender que “a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, em que a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela [...]”²³.

Estes autores também relataram que o usuário é o elemento estruturante de todo o processo da saúde, devendo-se ver as reais necessidades do usuário e garantir o acesso aos outros níveis de assistência caso seja necessário.

A Extensão Universitária, como elemento fundamental na transformação do processo ensino-aprendizagem, atua diretamente como elo entre a universidade e a comunidade na construção de caminhos para a promoção social. A passagem pela extensão permite ao graduando a oportunidade de vivenciar a realidade de uma comunidade, observando de maneira crítica todos os aspectos que a influenciam.¹⁵

Enquanto os graduandos que não participaram da extensão comunitária claramente idealizaram o Projeto de Extensão como um instrumento da formação do profissional da saúde de forma vaga, os graduandos extensionistas ressaltaram a importância de a extensão propiciar vivência na comunidade e formação de vínculos.

Os graduandos que não tiveram a oportunidade de vivenciar a Extensão Comunitária atribuíram à extensão um mero caráter de vivência: “[...] visam à integração do graduando com os sistemas de saúde, dando-lhes a oportunidade de atuar dentro do Sistema [...]” (NS7-2ª VERSÃO). Por outro lado, os graduandos extensionistas demonstraram que: “Através dos projetos de extensão, a Universidade aproxima o aluno da realidade das comunidades, cuja finalidade é a troca de experiências e aprendizado para ambos” (S1-2ª VERSÃO).

Vários textos dos graduandos que não vivenciaram a extensão com inserção comunitária demonstraram a percepção de que a Universidade, através da extensão, tem a responsabilidade de formar Profissionais de Saúde, porém alternando os objetivos: profissional como cidadão, que atenda ao sistema de saúde, que valorize a equidade, mas a doença foi o foco em seus textos: “A formação profissional deve ser suficiente para que estes saibam atender as doenças mais comuns da população [...]” (NS6-2ª VERSÃO).

Já os graduandos extensionistas atribuíram à universidade a responsabilidade de formar profissionais de saúde para o sistema de saúde, mas que sejam transformadores da realidade: “[...] apoiar a formação do estudante de saúde, para que ele possa entrar o mais cedo possível na realidade prática, não apenas para realizar procedimentos, mas com o propósito de aprender a problematizar e planejar ações [...]” (S4-2ª VERSÃO).

Como diz Falcão¹⁵, a extensão permite ao estudante ter uma visão ampliada de saúde, descartando a visão exclusivamente biológica transmitida pela academia, e passando a perceber o homem inserido em um contexto político, econômico e social, o qual é permeado pela cul-

tura, aspecto fundamental. Assim, a extensão possibilita a formação de um profissional da saúde mais comprometido com a realidade social, enfatizando a prevenção e a promoção da saúde.

Apesar de ter aparecido com a mesma frequência nas falas de ambos os grupos, a contribuição da prática com a formação de vínculo com a comunidade, no grupo de graduandos que vivenciaram o Projeto de Extensão Comunitária, foi percebida como uma necessidade para a mudança de atitude e para se chegar a soluções ousadas e criativas, como um caminho para melhorar a formação do profissional de saúde: “A vivência com a comunidade e suas dificuldades permite formar um perfil profissional mais ousado, criativo e resolutivo...” (S5-2ª VERSÃO).

Por outro lado, entre os graduandos não extensionistas a contribuição da prática com o desenvolvimento de vínculo ocorreria sem muito compromisso: “... o aluno deveria ter acesso as USF desde o início do curso a fim de estarem cientes do alarmante estado da saúde no Brasil e contribuir de alguma maneira” (NS6-2ª VERSÃO).

CONCLUSÃO

A extensão comunitária, portanto se confirmou como instrumento adequado para proporcionar inserção dos graduandos de saúde na atenção básica junto à comunidade, de forma responsável e bem sucedida, contribuindo para a humanização da formação destes futuros profissionais. Possibilitou que os acadêmicos extensionistas vivenciassem o processo saúde-doença, a integralidade no cuidado da saúde, a problematização como estratégia didática, propiciando o exercício da criatividade e de tecnologias leves na busca por soluções que venham a atender às necessidades da ESF e da Comunidade. Os extensionistas se sensibilizaram para a importância do Controle Social na construção da saúde e tiveram a ampliação do entendimento do papel da Universidade como formadora de profissionais cidadãos que interagem com a comunidade em que estão inseridos, profissionais socialmente referenciados e comprometidos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos e à PRAC/UFPB que permitiu a realização deste projeto a partir do programa PROBEX 2007 e aos estudantes, extensionistas ou não, que participaram da coleta de dados.

COLABORADORES

Todos os autores participaram da coleta, organização, análise dos dados e elaboração deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Unidade de aprendizagem - análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ; 2005. 160p.
2. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(3):1-15.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção básica e saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Silva EVM, Rodrigues GM, Souza JXG. Projeto de extensão à comunidade: a experiência da parceria Educação Física Mackenzie - Associação Santa Terezinha. *Rev Mackenzie Educ Fís Esporte*. 2007; 6(2):155-9.
5. Bulcão LG. O ensino médico e os novos cenários de ensino-aprendizagem. *Rev Bras Educ Med*. 2004; 28(1):61-72.
6. Blank D. A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. *Rev Bras Educ Med*. 2006; 30(1):27-31.
7. Ferreira RC, Silva RF, Aguera CB. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2007; 31(1):52-9.
8. Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker L, Sena RR, Campos JJB, Cordeiro H, *et al.* Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. *Rev Bras Educ Med*. 2001; 25(2):53-9.
9. Lucietto DA. Percepções dos docentes e reflexões sobre o processo de formação dos estudantes de odontologia [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2005. 225f.
10. Araujo ME. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(1):179-82.
11. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Parecer CNE/CES N° 1.133, de 01/10/2001. 2001. [Citado em 2009 jun 08]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1133.pdf>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/CES N° 4, de 07/11/2001. 2001. [Citado em 2009 jun 08]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>.
13. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Farmácia e Odontologia. Parecer CNE/CES N° 1.300, de 04/12/2001. 2001. [Citado em 2009 jun 08]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1300.pdf>.
14. Brito LL, Azevedo LN, Ursulino AIM, Aguiar AL, Costa CL, Cavalcanti CO, *et al.* Extensão comunitária e formação do profissional de saúde. In: Anais do X Encontro de Extensão da UFPB, 2008, João Pessoa. Ref. 6CCS-DFPOUT02. 2008. [Citado 2008 ago. 18]. Disponível em: http://www.prac.ufpb.br/anais/xenex_xienid/x_enex/ANAIS/Area6/6CCSDFPOUT02.pdf.
15. Falcão EF. Vivência em Comunidades: Outra Forma de Ensino. João Pessoa: Editora Universitária; 2006. 156 p.
16. Lakatos EM, Marconi MA. Metodologia do trabalho científico. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 1992. 198p.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. 406p.
18. Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(1):256-65.
19. Peña MDJ, Alves MR, Peppe MA. Educação, tecnologia e humanização. *Cad Pós-Grad Educ Arte Hist Cult*. 2003; 3(1):9-19.
20. Noronha AB. Mudanças na Graduação dependem de políticas de Educação e de Saúde. *RADIS - Comunic Saúde*. 2002; 5(12):9-16.
21. Ribeiro KSQS. A contribuição da Extensão Comunitária para a formação acadêmica em Fisioterapia. *Fisioter Pesq*. 2005; 12(3):22-9.
22. Costa AM, Noronha JC. Controle social na saúde: construindo a gestão participativa. *Saúde Debate*. 2003; 27(65):358-63.
23. Franco TB, Magalhães Júnior HMM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, organizador. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p.125-134.

Submissão: abril de 2009

Aprovação: dezembro de 2009
