

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE ODONTOLOGIA / INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA

GABRIEL GRANNA GONÇALVES

Construção de trajetória(s) de formação em saúde:
relato de experiência

Porto Alegre
2014

GABRIEL GRANNA GONÇALVES

Construção de trajetória(s) de formação em saúde:
relato de experiência

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial à conclusão do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de bacharel em Fonoaudiologia.

Orientador: Prof. Dr. Roberta Alvarenga Reis

Porto Alegre

2014

CIP - Catalogação na Publicação

Granna Gonçalves, Gabriel
Construção de trajetória(s) de formação em saúde:
relato de experiência / Gabriel Granna Gonçalves. --
2014.

52 f.

Orientadora: Roberta Alvarenga Reis.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Odontologia, Curso de Fonoaudiologia, Porto
Alegre, BR-RS, 2014.

1. Fonoaudiologia. 2. Autonomia profissional. 3.
Educação Permanente. 4. Formação Acadêmica. I.
Alvarenga Reis, Roberta, orient. II. Título.

GABRIEL GRANNA GONÇALVES

Construção de trajetória(s) de formação em saúde:
relato de experiência

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado e aprovado para obtenção do título em Bacharel em Fonoaudiologia no Curso de Graduação em Fonoaudiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 1 de Dezembro de 2014.

Prof. Dr. Deborah Salle Levy
Coordenador da COMGRAD Fonoaudiologia

Banca Examinadora

Roberta Alvarenga Reis, Doutora
Orientadora – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Andrea Wander Bonamigo, Doutora
Examinadora - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Alex Branco Fraga, Doutor
Examinador - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

A quem possa interessar.

AGRADECIMENTOS

Não existiria trabalho sem aqueles que me possibilitaram uma liberdade para caminhar por diversos lugares, que me criaram – e criaram em mim – uma autonomia para me construir como sujeito. José Roberto, Zamara e Thiago, meu muito obrigado por tudo isso.

À minha orientadora, por ter insistido no tema por boa parte dessa reta final de graduação. Mesmo que nossos momentos de orientação nos desorientavam, foram de absurdo proveito, pois tudo que recebo de ti, Roberta são, de algum modo, ensinamentos.

À pessoa que me inspira a escrever. Que elogia bilhetes escritos no improviso. Que, em certos momentos me orientou nesse. Que me ampara no desespero e comemora comigo cada linha escrita. Graziele, muito obrigado por tudo.

Aos Granna e aos Gonçalves espalhados por Porto Alegre. Que, por muitos momentos, dividiram com os três primeiros do texto a tarefa de me criar.

Aos meus amigxs, minha outra família. Cada um dos meus amigos tem influência nessa caminhada. Da Auxiliadora até a Tijuana, passando por cada um com quem já tomei uma cerveja.

Para todxs xs colegas, por me aturar. Sei que não é nem um pouco fácil. Saulo, Mari, Vê, Fábio, Amanda, Ju, Nattállyah¹ para citar alguns...nove anos de Fonoaudiologia nos faz conhecer bastante gente e não consigo citar todxs.

Aos Professores e Preceptores que conheci na minha formação. Absorvi cada fala deles, mesmo quando parecia não prestar atenção nas aulas. Agradeço a todos vocês.

Para as pessoas que eu já conversei em congressos, seminários, Tutti, Cidade Baixa, Voodoo, Odomodê...Toda e qualquer conversa que tive nos lugares mais improváveis...eu realmente aprendi com essas pessoas.

Aos usuários. As pessoas que me fizeram aprender e deram um significado à minha formação.

¹ Após a mudança no nome por crença na numerologia, Natalya foi para França e se casou com um vendedor de Havaianas (abração, Kevin!).

“...And if I had to go back, I wouldn't change a thing. Wouldn't re-cut it, re-edit, or change a frame. 'Cause it would not be fair, to turn my back on the struggle When that exact same hustle got me here...”

(Phonte)

RESUMO

O trabalho tem como objetivo refletir sobre a trajetória de construção da formação de um estudante de Fonoaudiologia dedicada à Saúde Pública/Coletiva, além de discorrer sobre aspectos legais e pedagógicos da formação em saúde de maneira geral, mas principalmente em fonoaudiologia. Trata-se de um estudo qualitativo que utilizou processo metodológico de sistematização de experiências, uma vez que o trabalho usa de narrativas das experiências vividas pelo estudante de graduação em Fonoaudiologia (também autor do trabalho), ao longo da formação, principalmente nas atividades práticas e extracurriculares. Estas são analisadas em sua composição e à luz da literatura, relacionando-as com experiências, conhecimentos prévios semelhantes e políticas públicas vigentes, também disponíveis na literatura e reflete sobre as diferentes vivências. A sistematização realizada para esse trabalho faz referência a um processo no qual se recorda – por meio de diários de campo e relatos retrospectivos – experiências vividas no (longo) período entre 2007/1 e 2014/2, envolvendo duas Instituições de Ensino Superior (IES) da capital gaúcha, Porto Alegre. Serão relatados os estágios e disciplinas ligadas à saúde, além de atividades extracurriculares, como o projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Ao final do trabalho, conclui-se que experiência prévia e a criada na universidade são importantíssimas para a aprendizagem em saúde. Ao agregar valor às nossas vivências desenvolvemos a capacidade de crítica e reflexão, necessárias para a formação do profissional de saúde. O curso de Fonoaudiologia da UFRGS demanda do protagonismo do estudante para que ele se forme de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). É importante que a reforma curricular coloque em prática o discurso de formação dirigida à Saúde Pública.

Palavras chave: Fonoaudiologia, Autonomia profissional, Educação Permanente, Formação Acadêmica

ABSTRACT

The paper aims to reflect on the trajectory of formation of a Speech Therapy student dedicated to Public Health, and discusses legal and educational aspects of health education in general, but especially in Speech Therapy. This is a qualitative study using the methodological process of systematization of experiences, since the study analyses the narratives of experiences of the undergraduate student in Speech Therapy (also author of this work), over his professional formation, especially in practical and extracurricular activities. These are analyzed in their composition and in the light of the literature, relating them to similar and previous experiences/knowledge and current public policies, also available in the literature and that reflects on the different experiences. The systematisation conducted for this paper refers to a process in which the author recalls - through field diaries and retrospective reports - experiences of the (long) period between 2007/1 and 2014/2, involving two Higher Education Institutions situated in the capital of the state of Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Internships and disciplines related to health will be reported in addition to the “Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde” (VER-SUS) and “Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde” (PET-Saúde). At the end of the work, I conclude that prior experience and the experience created in the university are very important for learning in health. When we add value to our experiences, we are able to develop the ability of critique and reflection, necessary for the education of health professionals. The Speech Therapy course at UFRGS demands protagonism of the student for him to be formed according to the DCN. It is important that the curriculum reform put into practice the discourse of training focused on Public Health.

Keywords: Speech, Language and Hearing Sciences, Professional Autonomy, Permanent Education, Academic Formation

LISTA DE SIGLAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CES – Câmara de Educação Superior
CNE – Conselho Nacional de Educação
COMPESQ – Comissão de Pesquisa
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
FEAB – Federação de Estudantes de Agronomia do Brasil
IES – Instituição de Ensino Superior
IPA – Instituto Porto Alegrense
MEC – Ministério da Educação e Cultura
MS – Ministério da Saúde
MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
PPC – Projeto Pedagógico de Curso
SUS – Sistema Único de Saúde
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
VER-SUS – Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | Introdução | 11 |
| 2 | Referencial Teórico | 13 |
| 3 | Objetivos | 16 |
| 3.1 | Geral..... | 16 |
| 3.2 | Específicos | 16 |
| 4 | Método | 17 |
| 5 | Relatos/Narrativas | 19 |
| 5.1 | Educação Infantil | 19 |
| 5.2 | Estágio Curricular | 24 |
| 5.3 | Disciplina Integradora..... | 29 |
| 5.4 | VER-SUS | 31 |
| 5.5 | Programa de Educação pelo Trabalho | 41 |
| 6 | Discussão..... | 45 |
| 7 | Conclusão | 49 |
| 8 | Referências | 50 |

1 Introdução

Olá. Meu nome é Gabriel e o que tu lerás agora é o trabalho de conclusão de curso (TCC), que tem como objetivo refletir sobre a trajetória de construção e formação de um estudante de Fonoaudiologia. Mostrarei por aqui como vivenciei, aprendi e experimentei saúde – não só na Fonoaudiologia, o meu curso de formação – em formato de sistematização de experiência. E, como tem muito de mim nesse trabalho, a linguagem usada em alguns momentos será mais informal, mais direta, como uma conversa.

Ingressei no curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em 2010, após ter cursado o mesmo curso em outra Instituição de Ensino Superior (IES), o Centro Universitário Metodista IPA, com uma bagagem de dois anos e meio adquirida lá e até ter realizado estágio obrigatório em Saúde Coletiva. Foi justamente este estágio que mudou minha perspectiva em relação tanto à minha formação quanto à minha relação com o mundo, pois foi lá que eu vi utilidade para tudo que eu havia estudado nos semestres anteriores, fora o aprendizado que universidade nenhuma pode oferecer, proporcionado pelo contato com pessoas que ensinam sem precisar de sala de aula.

Desde então, Saúde Coletiva tem sido o foco da minha formação, pois além de fazer me sentir útil, possui um grande mercado de trabalho, que está em constante expansão e, também, é um ambiente propício para a interdisciplinaridade e transdisciplinaridade (AKERMAN; FEUERWERKER, 2012; ALMEIDA FILHO, 1997). Além disso, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), a formação na Área da Saúde deve ter como prioridade a formação em serviços de Saúde Pública, e a área de discussão para tal é a Saúde Coletiva (CARVALHO; CECCIM, 2012).

Focar em Saúde Coletiva determinou meu percurso durante a formação. Foi com esse norte que selecionei minhas atividades extracurriculares, como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Mas, cabe ressaltar, que apesar de centralizar minha atenção nessa área, participei de projeto de extensão e de pesquisa em outras áreas da Fonoaudiologia de modo a complementar a minha formação, mas não me deterei nelas aqui.

A questão levantada nesse projeto é: quais as possibilidades de um estudante de Fonoaudiologia, que frequentou duas IES, para construir a sua trajetória de formação? Na tentativa de buscar respostas optei por relatar o que vivi nos estágios obrigatórios em saúde coletiva e atividades extracurriculares e discutir sobre as reflexões surgidas ao longo dessas experiências, relacionadas com a graduação.

2 Referencial Teórico

O Ministério da Educação (MEC), por meio da Câmara de Educação Superior (CES) e do Conselho Nacional de Educação (CNE) formularam orientações para a construção de currículos, em substituição aos chamados currículos mínimos, para que fossem adotados por todas as Instituições de Ensino Superior (IES), com o objetivo de fornecer flexibilidade, diversidade e qualidade à formação do estudante de graduação, assim como um desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. Surgiam assim, entre 2001 e 2004, as Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001; CARVALHO; CECCIM, 2012; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Os objetivos gerais, nos cursos de graduação em saúde, são bem parecidos: fazer com que os alunos aprendam a aprender (aprender a ser, a fazer, viver juntos e a conhecer). Além disso, as diretrizes estimulam que os cursos criem espaços para que o estudante se torne protagonista de seu aprendizado e formação (DALMAS, 2008; OLIVEIRA, 2011).

Na Fonoaudiologia, as DCN propõem que o perfil do egresso seja de um profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo, além de ter capacidade de atuar clínica/terapêutica/preventivamente em fonoaudiologia (BRASIL, 2002). Antes das DCN, os fonoaudiólogos eram formados com base num currículo mínimo, que separava as disciplinas práticas das teóricas, dificultando “a realização de ações que vão ao encontro das necessidades primárias da sociedade” (NASCIMENTO; GIMENIZ-PASCHOAL, 2008). O Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Fonoaudiologia da UFRGS, documento que apresenta diferentes itens que sustentam a execução do curso, propõe o mesmo perfil de estudante egresso.

Reformas curriculares são essenciais para a constante melhora do ensino. Para tanto, necessita da participação tanto dos professores e dos estudantes, para conhecer o ponto de vista de quem viverá com a mudança (TRENCH; BARZAGHI; PUPO, 2008). Podemos fazer uma ligação com o controle social, um conceito que surgiu na sociologia e perpassou vários pensadores, como Locke, Hobbes e Rousseau. Esse termo tem duplo significado para a teoria política, servindo tanto para falar sobre o controle do Estado sobre a sociedade quanto o contrário – a sociedade ou setores organizados controlando as ações do Estado e contribuindo

para o melhor funcionamento do mesmo (CORREIA, 2009). O Sistema Único de Saúde (SUS) entende o controle social com essa segunda visão, tanto que é uma das diretrizes do Sistema (BRASIL, 2006).

O modo como coletei meus dados foi o mais prático possível: por meio da vivência. E nada melhor que colocar os pés no chão, na rua, e ter experiências, sejam elas proporcionadas pela universidade ou não. E o que seria experiência? O termo *experiência* vem do Latim *experiri*, que significa provar (experimental). Derivam dessa raiz diversas ideias, como travessia, perigo e prova. Mas existe uma palavra derivada dessa raiz que perpassa as ideias da linha anterior: *peiratês*, pirata, um sujeito que se expõe à prova em travessias por lugares perigosos e indeterminados. Experiência seria aquilo que nos envolve e faz com que nós nos envolvamos naquilo. E esse aquilo/naquilo é algo que não nos pertence (ainda, pelo menos), é algo de fora, que é representado pelo sufixo ex, como em exterior ou em exílio (Larossa-Bondía, 2011).

“...o saber da experiência tem a ver com a elaboração do sentido ou sem-sentido do que nos acontece, trata-se de um saber finito, ligado à existência de um indivíduo ou de uma comunidade humana particular [...] Por isso, o saber da experiência é um saber particular, subjetivo, relativo, contingente, pessoal. [...] O saber da experiência é um saber que não pode separar-se do indivíduo concreto em quem encarna. Não está como o saber científico, fora de nós, mas somente tem sentido no modo como configura uma personalidade, um caráter, uma sensibilidade ou, em definitivo, uma forma humana singular de estar no mundo, que é por sua vez uma ética (um modo de conduzir-se) e uma estética (um estilo). [...] ninguém pode aprender da experiência de outro, a menos que essa experiência seja de algum modo revivida e tornada própria. ”

Larrosa-Bondía (2002, p.27)

Ainda apoiado pela proposta de Bondía, pode-se dizer que um modo de reviver a experiência do outro é por meio de narração, de relatos. A narração é um ato antigo, que acompanha o ser humano pela história. Segundo Albuquerque *et al.* (2010), as narrativas são “formas inerentes em nosso modo de alcançar conhecimentos que estruturam a experiência do mundo e de nós mesmos”. Portanto, uma maneira de dar sentido ao que nos passa, nos acontece, nos toca.

Meus locais de vivência aqui relatados são os estágios curriculares em Saúde Coletiva, disciplina teórico-prática em saúde, o estágio extracurricular de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) e o PET-Saúde.

Programa fruto da ação intersetorial entre o MEC e o Ministério da Saúde (MS), o PET-Saúde surgiu com a intenção de auxiliar o processo de reorientação da formação em saúde, proporcionando a inserção precoce do estudante em cenários de prática reais e em contato com profissionais dos serviços públicos, para os quais estes podem ser alocados após a graduação, já como trabalhadores da saúde (BRASIL, 2008). Essa articulação ensino-serviço-comunidade é necessária, pois o profissional recém formado sofre com a rotina de trabalho encontrada no serviço de saúde (GONZALES; ALMEIDA, 2010), e é palco para aprendizagem interdisciplinar (ASSEGA *et al.*, 2011).

Utilizando a metodologia da aprendizagem baseada em problemas, os estágios de vivência constroem conhecimento por meio de experiências. Alguns foram e são importantes até hoje, como o EIV – Estágio Interdisciplinar de Vivência, construído coletivamente pela Federação de Estudantes de Agronomia do Brasil (FEAB) e o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) para aproximar os estudantes das demandas e necessidades dos produtores e trabalhadores rurais. Importante ressaltar a importância da articulação entre os movimentos sociais e estudantis na criação desses estágios e programas. Esses trabalhos exitosos são alguns dos embriões do VER-SUS, estágio que proporciona a inserção no processo de trabalho do SUS (FERLA; RAMOS; LEAL, 2013; CANÔNICO; BRETAS, 2008; CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

3 Objetivos

3.1 Geral

- Refletir sobre a trajetória de construção da formação de um estudante de fonoaudiologia, dedicada à saúde pública/coletiva.

3.2 Específicos

- Relatar experiências em atividades obrigatórias e extra curriculares;
- Descrever os projetos e cenários de prática envolvidos nas vivências relatadas;
- Discutir as vivências à luz da documentação sobre a formação em saúde, principalmente no núcleo da fonoaudiologia e das políticas públicas vigentes.

4 Método

O tipo de estudo que mais se assemelha ao utilizado aqui é o estudo qualitativo, por se tratar de questões particulares, mostrando um nível de realidade que é impossível de ser quantificado (MINAYO, 1994).

Como dito anteriormente, trata-se de uma sistematização de experiências, processo metodológico fortemente difundido na área da educação popular e que, aos poucos, vem sendo assimilado pela área da saúde. Sistematizar experiências não é só organizar, catalogar ou classificar dados. Mais que isso, são processos históricos que nos fazem ligar dinamicamente a experiência em si, onde e quando se passa a experiência, o que nos tocou e a quem ela toca. Uma interpretação crítica da (s) experiência (s) (Holliday, 2006, 2013).

Não há consenso em relação ao conceito de sistematização de experiência. O conceito que melhor contempla a ideia de sistematização que embasa este trabalho é a de Martinic (1984, p.2), que diz que é um:

“...processo de reflexão que pretende ordenar ou organizar o caminho trilhado, os processos e os resultados de um projeto, buscando em tal dinâmica as dimensões que possam explicar o curso assumido pelo trabalho realizado.”

A sistematização realizada aqui se refere a um processo no qual se recorda – por meio de diários de campo e relatos retrospectivos – experiências vividas no (longo) período entre 2007/1 e 2014/1, envolvendo duas IES da capital gaúcha, Porto Alegre. Serão relatadas a minha vivência nos estágios em Saúde Coletiva nas duas instituições, no PET-Saúde, do VER-SUS e de uma disciplina eletiva.

Foram construídas narrativas das experiências vividas por mim enquanto estudante de graduação em Fonoaudiologia, ao longo da formação, principalmente nas atividades práticas e extracurriculares. Estas foram analisadas em sua composição e à luz da literatura, com o propósito de relacioná-la a experiências e conhecimentos prévios semelhantes, também disponíveis na literatura e refletir sobre as diferentes vivências.

Este trabalho atende às diretrizes dos documentos que normatizam a ética em pesquisa com seres humanos no Brasil, regulamentados pela Resolução nº 466 (BRASIL, 2013).

5 Relatos/Narrativas

5.1 Educação Infantil

Estágio de saúde coletiva – lá em 2007. Bom, acho necessário dizer que, antes de ingressar na UFRGS, cursei fonoaudiologia no Centro Universitário Metodista IPA, de 2005 até 2007/1 – quando o curso foi trancado no final do quinto semestre. Lembro que na disciplina de saúde coletiva (realizada no semestre anterior) meu grupo de estágio realizou um projeto do que faríamos no estágio...e lembro de ter gostado de trabalhar com aquele grupo (hoje duas colegas seguem a carreira acadêmica e um trabalha como carteiro).

O nosso estágio era em uma escola para surdos, com a preceptoria da fonoaudióloga da escola. Mas nosso estágio não era bem lá. É complicado...mas tentarei explicar: nessa escola nós tínhamos nossa reunião de preceptoria. E lá o nosso grupo foi dividido em dois, com cada grupo em uma creche conveniada ao município e que recebia ajuda da escola. E duas vezes por mês tínhamos supervisão acadêmica com a professora do estágio.

Nosso objetivo era observar as crianças da creche e encaminhá-las à escola caso alguma delas apresentasse alguma questão fonoaudiológica. Na escola, elas seriam avaliadas pelas fonoaudiólogas que trabalham na própria escola, que contava também com psicólogas, médica (otorrinolaringologista) e assistentes sociais. Por motivos financeiros, eu optei por não fazer algumas disciplinas no quarto semestre – e uma delas em especial fez falta: a de Motricidade Oral. Eu fui para o estágio sem saber nem o que era uma mordida aberta anterior. Com o tempo e a ajuda da minha colega, fui aprendendo e tendo certa autonomia para fazer as triagens sozinho.

Focarei mais nos encontros na creche. Nossos estágios eram segundas-feiras pela manhã. E o nosso primeiro encontro foi depois de um domingo com muita chuva...e estava chovendo naquela segunda. Ou seja, tinha barro pra tudo que era lado. Nenhuma novidade pra mim, que apesar de morar em um bairro com ruas pavimentadas desde os dois anos de idade, possuo família em bairros de Porto Alegre com alta vulnerabilidade social e nenhuma novidade pra minha colega

também, que bradava para todos que morava em Viamão. Na entrada da vila, nossa professora nos apresentou à diretora da creche, que nos levou até a creche e nos contou muita coisa. Desde o que acontecia nos arredores da creche até fofocas desnecessárias das vizinhas dela. Não gravei sobre os comentários da vizinha, mas lembro de como ela falava dos moradores da vila. Que quase todas as casas eram de uma peça, com colchões jogados no chão, onde dormiam todos juntos. As famílias, geralmente, eram constituídas pela mãe e os filhos. Os pais, em sua grande maioria, estavam em privação de liberdade. Ou mortos. O que acontecia bastante era a mãe levar seu namorado pra casa para dormir, junto com filhos e filhas. E a diretora nos contou de uma menina de nove anos que tinha pedido pra mãe pra poder dormir com o namorado em casa faziam poucos dias. E que o grande medo dela era engravidar. Apesar do meu “background periférico” (grandes aspás nesse termo), me choquei bastante com esse relato, mas não seria meu único choque do dia.

Após a diretora usar a realidade para nos dar um tapa na cara, ela nos mostrou as dependências da creche. Duas salas grandes (berçário e o Jardim B) e mais três salas menores (refeitório, e duas salas de Jardim A), além do banheiro. A aparência da creche não destoava das casas do entorno, apesar de ser mantida pela prefeitura. Para a recreação, contava apenas com um gira-gira, que ficava num espaço minúsculo. Algumas casas ao lado, tinha uma casa que funcionava como um laboratório para os adolescentes que já estudavam no ensino fundamental. Lá tinha um pátio bem grande, onde acontecia o recreio quando não chovia.

Fomos assistir uma atividade do Jardim B depois de conhecer os espaços físicos, um pouco antes do recreio. Enquanto não começava, a diretora conversou conosco sobre o que de fato faríamos na creche. Mal terminamos de responder e ela já estava nos dizendo quem deveria ir, apontando para as crianças e as chamando pelo nome, deixando todos – eu, minha colega e crianças – bem envergonhados. A cuidadora contava uma história para a turma e uma das crianças iniciou uma interação comigo. Não é segredo que gosto de crianças e, por isso, continuei a brincadeira. Ela vinha bem perto, me chamava, cutucava e voltava pro lugar. Na terceira vez, ela me chamou, me olhou nos olhos e me deu um soco no braço. Não esperava pelo soco. Talvez por isso, tenha sentido bastante o golpe. Pedi pra ela sentar e acabei com a brincadeira. Pode parecer que a turma não iria me receber

bem naquele semestre, que aquilo foi um cartão de visitas e tal, mas já aviso que não aconteceu nenhum incidente desse tipo comigo durante o semestre.

No recreio, fomos conhecer as crianças do Jardim A. Brincamos de pegar, jogamos bola e cabo de guerra. No final das atividades, a minha colega (chamarei de R) iniciou uma conversa com os pequenos. Iniciou de um modo que eu nunca faria com crianças. Como lá era um local diferenciado, saiu algum diálogo. Foi mais ou menos assim:

R: Tá chegando a hora do almoço...alguém aqui come salada? (comentário meu agora: qual criança de 2 a 5 anos gosta de comer salada?!)

(depois de um longo silêncio...) Y: Meu pai come salada...

R: Que legal! O pai do Y com....

Y: O meu pai tá na cadeia.

R e eu:...

Todas as crianças (entre 10 e 15): Meu pai também tá na cadeia! Tio! Tio! Meu pai tá preso, tio!

Eu: E tu sabe porque teu pai tá preso? (agora, com 28 anos e revendo essa história, eu sei que não se faz uma pergunta assim pra uma criança de quatro anos. Mas eu tinha 20 anos, pouca experiência e nunca tinha escutado uma criança falar tão abertamente sobre o pai preso)

Y: É que o lobo mau entrou no pátio de casa. E o lobo mau tava armado...meu pai foi lá e matou o lobo mau.

Eu e R:...

M – que estava de canto, sozinho, num balanço do lado na nossa roda de conversa: Meu pai saiu da cadeia.

Eu: Bah! Que coisa boa!

M: Não. Ele não para em casa. E meu irmão me bate o dia inteiro.

Eu: Mas tu tem que falar pro teu pai que teu irmão tá fazendo isso.

M: Tu não tá entendendo. Meu pai não para em casa...E meu irmão só me bate.

Lembro de ter ficado quieto por um bom tempo. Até hoje penso nele e em quantas crianças que devem passar por algo parecido. Uma discussão que tive num primeiro momento com a minha colega e depois com o grupo, preceptora e professora foi se poderíamos conseguir algum tipo de acompanhamento psicológico para M, já que não tinha nenhum acometimento fonoaudiológico. Pensei nisso pois o relato dele me tocou muito e sempre perguntava por ele pra minha colega, que ficou responsável pela turma dele. E ela comentava que M tinha um comportamento agressivo com os colegas e não sabia nenhuma brincadeira que não envolvesse socos e outros tipos de agressões (ele chegou a pegar uma boneca e, num faz de conta, a amarrou e botou fogo. Quando minha colega viu, disse que a boneca era um bebezinho, que deveria ganhar carinho. Ele pegou a boneca no colo, fez um carinho e logo colocou os dois dedos nos olhos da boneca). Pedimos para nossa preceptora que, já que a escola possuía psicóloga no seu grupo de profissionais, se poderíamos encaminhá-lo para lá. Na metade do semestre ele começou com a psicóloga e, no final do estágio, já estava brincando sem violência com os colegas.

Nosso primeiro dia de estágio terminou assim. Talvez por ter sido meu primeiro estágio na fonoaudiologia é que tenho bem nítido na memória. Nas visitas que se sucederam, fazíamos o trajeto da entrada da vila até a creche – uma caminhada de uns 200, 300 metros – sozinhos, minha colega e eu. E, toda vez que entrávamos, éramos recebidos por pessoas nos perguntando quem nós éramos, de onde viemos, para onde estávamos indo e, finalmente, se queríamos alguma droga. Após respondermos, nos liberavam e avisavam para os próximos responsáveis pela segurança do local que estávamos passando. Mas, quando chegávamos nessas pessoas, respondíamos as mesmas perguntas de novo de modo que, quando chegávamos na creche, já sabiam que estávamos por perto. Todos os dias era a mesma rotina. Sempre respondi com calma, tentando me livrar daquilo o mais rápido possível. Um dia, um dos vendedores – traficantes não eram; os verdadeiros traficantes não ficariam tão expostos assim – chegou a colocar a mão nas costas, como se fosse sacar uma arma mas, logo em seguida, foi seguro por um colega que avisou que nós éramos “professores da creche”.

Nossas saídas eram bem menos emocionantes. Contudo, um dia teve uma grande dose de adrenalina. Nos preparávamos para sair da creche quando um homem passou na porta e disse que não era um bom momento para sair, pois a polícia estava na vila. Ficamos cerca de uma hora dentro da creche esperando por uma liberação, que não sabíamos de onde viria. Não lembro quem deu a liberação, se foi policial ou não, mas saímos. Só que não foi tão fácil assim, pois havia uma pilha gigantesca de lixo na única viela da vila, nos forçando a, literalmente, escalar o monte de lixo. Foi muito estranho e difícil passar sobre aquilo sem se sujar e, ao mesmo tempo, ver várias crianças brincando no lixo, como se fosse um dia normal.

Teve uma vez que eu estava no recreio com as crianças, jogando bola com eles, quando vi três crianças catando lixo do lado de fora. O menor, que não devia ter mais do que dois anos de idade, parou de catar do chão e ficou grudado na tela, olhando as crianças brincarem. Eu queria muito que os três entrassem para brincar conosco, mas não sabia se podia chamar eles pra lá. Vontade não me faltou. Cheguei a caminhar em direção a grade, mas a mais velha dos três – do alto dos seus cinco anos – mandou todos voltarem a pegar as coisas do chão, e o pequeninho soltou a grade e pegou algo do chão, ainda olhando pro pátio. Fiquei muito tempo com eles na cabeça depois disso, e lembro que levei minha angústia pra reunião com a professora. Por que eles não estavam do lado de dentro? O que diferenciava eles das outras crianças que estavam comigo? Por que a Diretora e outras pessoas tanto da creche como da comunidade não falaram com os pais ou familiares dessas crianças? O rosto do menor mostrava que ele não queria ficar do lado de fora. Que ele queria participar, brincar...enfim, queria aprender.

Esse estágio foi meu primeiro contato com a prática. A passagem por esse local me proporcionou aprendizagens que utilizo hoje em diferentes locais. Além disso, deu significado àquilo que via nas aulas teóricas – não apenas de Saúde Coletiva, mas de outras áreas da Fonoaudiologia.

5.2 Estágio Curricular

Já na UFRGS, realizei estágio na Unidade Básica de Saúde (UBS) em duas oportunidades: no quinto e no sétimo semestre. Algo que vale a pena destacar é o fato de se tratar de uma UBS mista. Ou seja, ela é uma UBS e, também uma USF, Unidade de Saúde da Família, tendo quatro equipes de saúde. No quinto semestre, o estágio era no turno da tarde e, no sétimo semestre, nosso horário era das nove da manhã até o meio dia. Além disso, é importante lembrar a vivência que o estágio proporciona: o contato direto com várias pessoas (médicos, enfermeiros, técnicas, agentes de saúde, pacientes, taxistas, professoras, crianças, adultos, idosos, etc.)

Em 2012, na minha primeira passagem por lá, era também a primeira vez que a fonoaudiologia estagiava por lá. Por conta disso, não tínhamos uma sala para nos reunirmos nas primeiras semanas de estágio. Acabamos ficando nos corredores da UBS, o que nos fez ter um contato direto com os usuários. Éramos abordados por pessoas a todo o momento – e também abordávamos quando achávamos necessário. Por mais que pudéssemos conversar mais à vontade numa sala, achei muito melhor ficar nos corredores. O local onde os usuários esperam atendimento é um local muito mal usado pelo serviço e é um ótimo local para trabalhar promoção de saúde. Após alguma negociação com a gerência, conseguimos uma sala – onde acontecia atendimento de tuberculose (TB). Posteriormente, aprendi que tuberculose se trata em local com grande ventilação – quando participei do VER-SUS, um enfermeiro nos levou para o pátio do Sanatório Parthenon e disse que era a melhor sala de tratamento para tuberculose de lá. Na UBS, a sala da TB era minúscula, com meia janela. Mal cabiam três pessoas, mas fazíamos entrar sete. A partir do momento que ficamos numa sala fechada, perdemos muito contato com os usuários e o que acontecia na UBS. Depois desse cubículo, passamos para a sala de vacinas, mas só quando não era época de campanha de vacinação. Ali tínhamos mais espaço para discutirmos e evoluir prontuários.

No começo do semestre nos dividimos na UBS para conhecer melhor seu funcionamento. E já no primeiro dia vi a importância de estarmos em todas as partes da unidade. Fiquei com a técnica de enfermagem responsável pelas vacinas nas crianças. Entre um bebê fofo e outro, apareceu uma família que chamou a atenção.

Duas pessoas, pai e avó, com uma criança de quatro meses. Quando a técnica de enfermagem abriu o caderno de vacinação da criança, viu que ela tinha apenas uma vacina. Nem o teste do pezinho ela havia realizado. Segundo a avó, a falta de vacinas era culpa da mãe, “drogada e aidética” (sic avó). Enquanto a técnica orientava e escrevia sobre o CRIE (centro referência de imunobiológicos especiais), a avó perguntou sobre o que era o teste da orelhinha. Aproveitei que era da minha área e expliquei que era um exame que não causava dor no bebê, já que é colocado um fone/sonda na orelha da criança que emite sons de baixa intensidade na mesma faixa de frequência que a voz humana e capta a resposta que a orelha interna produz. O teste serve para averiguar o desenvolvimento da audição, fala e linguagem da criança. Perguntei se a criança tinha realizado e a avó disse que sim, mas que ela não havia passado do teste. Perguntei se havia sido marcado o re-teste e a avó disse que não, uma vez que o pediatra havia dito que o resultado do teste não era importante. Após ficar surpreso com a resposta e indignado com a atitude desse pediatra, falei que era de extrema importância o resultado do teste e orientei a avó a procurar um local que faria o re-teste da triagem auditiva neonatal.

No final do primeiro dia, fui convidado por um dos médicos da ESF para observar uma visita domiciliar (VD) na microárea pela qual ele era designado. É uma maneira ativa e interessante de se fazer saúde pois possui outros profissionais da saúde envolvidos, além da abordagem humanizada. Após a vacinação, passamos pelo acolhimento, curativo, atendimento de enfermagem...só não entramos nos atendimentos médicos.

Depois de conhecer o funcionamento da UBS, começamos a colocar a mão na massa, usando o pouco que tínhamos aprendido no curso até então. Para isso, nos foi proposto participar do grupo de idosos que acontecia no mesmo horário do nosso estágio. Primeiro nos apresentamos e contamos o que faríamos na UBS, e que gostaríamos de saber deles quais seriam as curiosidades sobre assuntos fonoaudiológicos. Os grupos de voz e audição foram os que me marcaram bastante, pois teve muita participação do grupo.

Retornei à UBS no sétimo semestre, com outro grupo de colegas. O perfil delas era o mesmo. Se antes não tínhamos experiência, agora não observava um grande interesse por parte das colegas. Sempre chegavam mais cedo que eu, mas

me esperavam para pegar a chave da sala porque eu já conhecia os profissionais da equipe. Não buscavam essa interação e, até a minha saída do estágio, não sabiam ao certo a qual equipe pertenciam, além de me perguntarem o significado de todas as siglas que surgiam em nossas conversas com a Professora. Um provável motivo para essa atitude é que, diferentemente do que aconteceu no ano anterior, não nos dividimos pela UBS para conhece-la, o que fez com que o grupo não conhecesse tão bem a unidade de saúde e o território.

Na minha última passagem fiquei na equipe 1, mas não tinha contato com o médico responsável por ele ter reunião fora da unidade no período do estágio. Mas meu relacionamento com os outros profissionais da equipe (médico residente, enfermeira e agente comunitária) era bom, recebendo informações e repassando o que observei de cada usuário atendido.

Os atendimentos nesse semestre diversificaram. Nosso objetivo eram atendimentos em grupo, mas não funcionaram como planejado. Os usuários chegavam aos poucos e, quando um saía, o próximo chegava, transformando o atendimento em grupo em atendimento individual. Planejavamos para o segundo semestre um envolvimento com o Centro de Atenção Psico Social (CAPS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e participação das reuniões de matriciamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, mas precisei trocar de estágio, entrando no grupo do CAPSi Casa Harmonia.

Meu primeiro contato com o CAPSi foi com a Pedagoga do serviço. Logo em seguida, fui apresentado para a Psicóloga com quem a fono tem mais contato, pois trabalha junto conosco no grupo de contação de histórias. Pelo que entendi, num primeiro momento analisaríamos os prontuários, para depois irmos para os grupos ou, no meu caso, pro Centro de Atenção Diária (CAD), o local que recebe os usuários fora do horário de atendimento – em grupo ou individual. Mas, pelo que notei, não conseguimos fazer isso ainda. Esse momento foi trocado, nesse dia, por informações importantes que aconteceram na semana anterior, sobre um paciente que tinha se desorganizado durante uma atividade em grupo e sobre uma família que é quase toda atendida no local (a mãe e as quatro filhas. O pai estava em prisão domiciliar). Foi uma história para me mostrar o que me espera no CAPSi. E, se não

fosse por esse momento, não prestaria atenção em muitas coisas que aconteceram no CAD.

Após a conversa, fui levado pela preceptora do estágio para conhecer o espaço e as pessoas que compõem o Casa Harmonia. Na verdade, passei pelos corredores, pois os grupos e os atendimentos estavam ocorrendo naquele momento, e não era a nossa intenção interromper. Depois do tour, fui levado para o CAD, onde estavam uma Pedagoga, uma Psicóloga e uma Técnica de Enfermagem. Com elas, estavam duas crianças, ambos com nove anos de idade. Uma delas era a representação do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Acho que rolou uma identificação pois, pelo que ouço dos meus pais, eu tinha um comportamento parecido quando criança. Não tão ao extremo como ele, mas quase. A outra é uma das filhas da família que “conheci” pela história contada no começo do estágio. Ela é a única filha fora do casamento – também a única que não tem Y no nome, fato que, observado pela Professora, pode apresentar na criança uma marca de diferenciação (ou de afastamento, alienação) das outras irmãs. No CAD, as crianças ficaram jogando com os brinquedos, bonecos, jogos de quebra cabeça. Além de observar as crianças com um enfoque fonoaudiológico, observei as Profissionais do CAPSi atuando. Uma abordagem totalmente diferente. Mais livre, calma. Fiquei pensando se não teria que ser menos branda, a abordagem, mas depois pensei em atender aquelas crianças todos os dias, oito horas por dia, e concordo com a abordagem delas. No início, foi complicado manter a calma com crianças que ficam te desafiando a toda hora, desestabilizando o ambiente e os outros usuários. No final de cada dia, conversava com a equipe para saber se meu comportamento foi adequado e pedia para que, caso não fosse, que me corrigissem na hora, mas sempre fui elogiado por isso, por ser mais firme sem perder a calma.

Como dito no início, as outras estagiárias de fono ficaram em outros grupos de atendimento: o grupo de contação de histórias e o grupo de pais. Ambos tinham interação constante, pois em um grupo estavam os pais dos usuários do outro grupo. Senti que ficava isolado, pois não via espaço para compartilhar o que vi no CAD, apesar de ter uma usuária que tinha irmã e mãe nos grupos citados.

Os usuários que atendi nos estágios curriculares – principalmente no CAPSi – me marcam até hoje. Histórias contadas por eles que eu jurava que não aconteciam

fora dos filmes. Crianças abusadas pelos pais, que abusaram de outras crianças, que ficaram em cárcere privado junto com a mãe por vontade do pai, que moraram na rua, etc. Esse contato com a realidade modificou não só a minha postura profissional, mas também minhas atitudes longe do ambiente de trabalho, na minha vida. Percebi na prática as pessoas que a sociedade coloca debaixo dos tapetes e senti que preciso entendê-las antes de poder agir, para não interferir errado e achar que fiz o bem para alguém.

5.3 Disciplina Integradora

Oferecida pela primeira vez em 2012, a disciplina eletiva de Práticas Integradas em Saúde (PIS) surgiu como uma proposta para interação acadêmico-profissional de estudantes e professores dos cursos da saúde da UFRGS com as ESF localizadas no Distrito Assistencial Glória-Cruzeiro-Cristal. Aprenderíamos sobre a dinâmica de trabalho “na ponta” e, em troca, construiríamos um instrumento que servisse de apoio ao trabalho realizado nas ESFs que nos receberiam. Tive a oportunidade e o prazer de participar da primeira turma da Disciplina Integradora – como é conhecida a cadeira – e acredito que tive mais liberdade em comparação com relatos de amigos que cursaram a disciplina em outros momentos. Caminhar pelo território sem o jaleco de identificação me parece melhor, menos “turista” da nossa parte e menos uma barreira entre nós e os compositores do território, a quem queríamos conhecer e escutar. Claro que há a questão da segurança, uma vez que os locais de prática estão em áreas de alta vulnerabilidade social, com forte participação do tráfico.

De caráter teórico-prático, a PIS era dividida em encontros quinzenais com todos os estudantes na universidade e, no intervalo desse período, éramos divididos em grupos de quatro alunos por professor e nos dirigíamos para uma ESF específica. Nas aulas teóricas, os temas abordados serviam de base para o trabalho da prática, como a habitantes de território – conceito muito mais abrangente do que imaginava – e dos serviços de saúde.

Nos nossos encontros no campo, percorremos as quatro microáreas que a ESF abrange. Após reconhecer o território, produzimos um mapa falante, instrumento que mostrava os limites da área de abrangência, quais ruas ficavam em cada microárea e seus equipamentos sociais (praças, igrejas, associação de moradores, etc.).

Além de montar o mapa, conversamos com todos os integrantes da equipe da ESF (médica, enfermeira, técnica de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal e agentes comunitárias de saúde, essas últimas sempre estavam conosco). Após cada saída pela área, conversávamos com os profissionais para conhecer o que cada um faz para o funcionamento da ESF. Após cada entrevista, perguntávamos o que eles

gostariam que incluíssemos no mapa. A resposta que mais se repetiu foi a inclusão dos moradores hipertensos e diabéticos para a equipe ter melhor controle.

Vale lembrar o período em que aconteceu a PIS. O ano de 2012 foi de preparação para a copa do mundo – fazem três meses que o campeonato acabou e ainda estamos em obras. Observamos várias casas demarcadas para demolição e, nessas mesmas casas, recados escritos nas paredes dizendo que os moradores não sairiam de lá. É triste tanto a situação dessas pessoas quanto perceber que, na opinião dos governantes, o progresso significa ruas mais largas.

Esse ano foi marcado também, aqui na cidade, pela implementação do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), uma fundação estatal de direito privado responsável pela operação da rede articulada de integrada da Estratégia de Saúde da Família. Outros institutos cuidaram das ESF, alguns ainda envolvidos em processos judiciais. Por conta disso, a chegada do IMESF foi cercada de desconfiança por boa parte dos profissionais de saúde. Com a mudança de comando, foi realizado um concurso público que, além de criar novas vagas, substituiria boa parte dos trabalhadores das ESF, causando irritação e pânico nas equipes. Na ESF observada, o ritmo de trabalho foi diminuído para que as profissionais pudessem estudar – menos as agentes comunitárias de saúde, que não passavam preocupação alguma com a situação. No fim, todos os trabalhadores da ESF foram aprovados. A maioria prestou o concurso para o mesmo cargo, mas uma ACS foi aprovada para técnica de saúde bucal.

A disciplina foi a principal responsável por me mostrar um processo de territorialização. Antes dela, acreditava que era sinônimo de mapa e não entendia o motivo de criar um mapa para a ESF. A criação desse instrumento me mostrou que não basta desenhar as ruas, mas sim caminhar por elas e perceber o que há nela – as casas, os moradores, as praças, os lixos, etc. A elaboração do mapa falante possibilitou uma melhor relação entre nós – estudantes e professores – e a equipe da ESF, que nos ajudou tanto nas caminhadas pelo território como nos momentos de conversa com lideranças comunitárias.

5.4 VER-SUS

Basicamente o VER-SUS é um programa financiado pela Rede Unida/Ministério da Saúde e organizado por estudantes das mais diversas áreas, não necessariamente da saúde – mas a saúde compõe a maior parte da organização e dos participantes, os chamados “viventes”. Se utiliza da inserção no sistema de saúde para complementar o que se aprende – ou deveria ser ensinado – na universidade.

Minha vontade de participar do VER-SUS era antiga. Não lembro como fiquei sabendo dele, mas lembro do meu interesse. Tentei várias vezes, me inscrevendo pelo site da OTICS (Observatório de Tecnologias em Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde), mas em vão. Nunca fui chamado. E nunca entendi isso, pois muita gente que conheço fazia o mesmo procedimento que eu na inscrição e participava da vivência. Só consegui ser chamado quando uma colega minha falou que, agora, um tal de coletivo ELOS estava cuidando da organização do VER-SUS em Porto Alegre e região metropolitana. No blog deles fiz minha inscrição e, poucas semanas depois, fui chamado.

Particpei da edição verão/2014 do VER-SUS, ficando recolhido em um retiro religioso na zona sul de Porto Alegre (acho estranho discutir gestão, cuidados, saúde mental...enfim, saúde pública num lugar onde tem 6 imagens religiosas por metro quadrado) junto com mais 159 pessoas de diferentes cursos, idades e lugares, desde médico paraguaio a porteiro de hospital. Nesse grupo há tanto pessoas que desejam trabalhar com saúde pública e querem conhecer melhor como funciona como também há aqueles que ainda não sabem com o que querem trabalhar, mas sabem da importância de conhecer o sistema de saúde utilizado no país. Também havia aqueles que imaginavam estar numa colônia de férias, não participando das reuniões propostas pelo coletivo.

A chegada foi numa quinta-feira, sendo que nós só conheceríamos a nossa gerência na segunda feira. Num primeiro momento, pensei que esses dias serviriam de aclimatação e de preparação para os viventes quanto a alguns conceitos de saúde, que discutiríamos sobre saúde e, mesmo que em pouco tempo, aprimorássemos/criássemos nosso senso crítico – não se esquecendo que

participam do VER-SUS pessoas de qualquer área do conhecimento. Mas a organização preparou algumas dinâmicas, uma apresentação de bambolê e um sarau cultural, tendo apenas no domingo uma dinâmica sobre o que nós conhecíamos sobre as outras áreas da saúde. Isso acabou me decepcionando um pouco e, ao mesmo tempo, me preocupando sobre o que viria nos próximos dias. Será que chegaria o dia que conversariamos sobre o que todos estavam lá para aprender?

No primeiro dia fora do retiro fomos para um centro comercial ao lado da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS/PMPA) para uma reunião com a secretária e os gestores da capital e região metropolitana, mas não vimos o secretário – só o vimos na reunião do conselho municipal de saúde, mas não conseguimos conversar com ele. Essa reunião não aconteceu no prédio da SMS por essa não ter uma sala com tamanho suficiente para todos os viventes e facilitadores do VER-SUS. Tivemos muitas apresentações durante o dia. Começando com uma conversa sobre a situação da saúde dos moradores de Porto Alegre com uma enfermeira do Centro Gaúcho de Vigilância em Saúde, versão municipal do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS). O que me chamou a atenção foi o fato de que a gerência distrital que eu iria visitar durante o VER-SUS era o líder em casos de Tuberculose e HIV/AIDS. Esse dado me fez perceber o quanto eu teria de trabalho. Mas é saúde. É um trabalho bom. Depois, tivemos apresentações sobre a Rede de Atenção Primária em saúde, Rede de Urgência e Emergência e sobre a participação popular e controle social. Apresentações riquíssimas em informações e que devolvíamos com dúvidas, nem sempre respondidas.

No segundo dia de VER-SUS visitamos pela primeira vez a Gerência Distrital (GD), onde seria o nosso ponto de encontro antes de partirmos para outras visitas. No caminho do Retiro até a Gerência, passamos por um presídio, localizado em uma área de alta vulnerabilidade social. Mas algo me chamou mais a atenção do que as casas na beira de valões ou o lixo na rua: a quantidade de pessoas aprovadas no vestibular, de diferentes universidades e cursos. Me fez perceber que a parte da sociedade que antes não conseguia terminar o ensino médio já está na universidade (alguns em federais) e que o termo “vulnerabilidade” pode ser questionado, pois acho que essas pessoas em especial terão cada vez mais acesso a informação e conhecimento, fato que quase não acontecia há alguns

anos e, particularmente, não acredito que pessoas assim, com acesso a essas áreas, sejam “vulneráveis”.

Na GD, conhecemos melhor as profissionais que nos acompanharão durante toda a semana: a Gerente substituta da GD e uma psicóloga do NASF da região. Além delas, estavam duas lideranças comunitárias, uma de cada região que compõe o distrito. Nos prometeram uma territorialização, mas nos mostraram slides com a população da região e os bairros que a compõe. São informações importantes, mas nada tira a sensação de colocar o pé no chão e ver com os próprios olhos o lugar.

Os dois convidados falavam muito e falavam coisas interessantes, como a origem dos bairros e como lutam pela saúde em seus territórios. Tentamos conversar muitas vezes, mas uma das profissionais que nos acompanhava sempre fazia algo para atrapalhar a fluidez da conversa. A discussão simplesmente não evoluía.

Por um problema na organização do VER-SUS, tínhamos que retornar ao retiro para almoçar, o que nos fez perder algum tempo em todas as vivências, uma vez que a cidade se encontrava em obras de mobilidade urbana – que deixava a cidade imóvel.

Após o almoço, visitamos uma UBS. Alguns anos atrás, houve uma reunião entre gerência, funcionários da UBS e usuários para discutir a mudança da UBS para Unidade de Saúde da Família (USF). Tanto os profissionais quanto os moradores da região optaram por continuar como UBS, pois deixariam de contar com o pediatra e o ginecologista caso acontecesse a troca. Por outro lado, a unidade não conta com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), responsáveis pela ligação entre equipe de saúde e comunidade, visitas domiciliares (VD) e, em alguns casos, ajudam enfermeiros e médicos das equipes nos atendimentos em grupo (tabagismo, gestantes, idosos, etc.). Sem os ACS, quem realiza as VD são os técnicos de enfermagem, deixando a equipe sem um profissional e que reflete no serviço prestado ao usuário.

Local precário, com alguns profissionais que não são tão capacitados quanto o esperado. Logo que chegamos, observamos um grupo de gestantes onde a Enfermeira que comandou o grupo não tinha domínio das informações sobre o

assunto, necessitando da interferência dos viventes do VER-SUS. Questões básicas, como o posicionamento do bebê, foram simplificadas pela troca de mama, “para mãe não ficar com um peito maior que o outro”.

A técnica de enfermagem que estava na recepção negou atendimento a um casal que pediu por um teste rápido de HIV/Sífilis, pois eles não eram moradores da região. Ela ignorou o fato de que o teste rápido ser para todos, não dependendo do local de moradia do usuário. Além disso, ela não acolheu as pessoas como se preconiza, simplesmente os mandou embora do serviço.

Na manhã seguinte, fomos conhecer uma ESF, muito bem estruturada, com duas salas de espera e com um ótimo atendimento. Conseguiram montar uma equipe com profissionais dedicados. O Acolhimento começa já com o porteiro. Mais uma vez, a territorialização foi feita pelo computador. Nos mostraram uma apresentação em PowerPoint sobre a ESF e seu território, mostrando os equipamentos sociais, etc.

Duas coisas a se destacar é o envolvimento da ESF com a Escola de Saúde Pública (ESP), recebendo residentes de diversas áreas. Ano passado contaram com residentes da odontologia e do serviço social. O outro ponto é que a estratégia recebeu duas médicas cubanas através do programa Mais Médicos. A coordenadora da ESF nos relatou que em poucas semanas as médicas já estavam integradas à equipe, não precisando mais pedir ajuda por não entenderem o que os usuários diziam. E os usuários aceitaram muito bem a novidade, sentindo mudança (positiva) no atendimento prestado pelas cubanas.

Ficamos pensando sobre o porquê de terem nos levado até lá. O lugar era bom até demais. Pensamos que estivessem nos escondendo algo e combinamos de pedir para nos levarem para o lugar mais carente de recursos.

Em seguida, passamos numa rádio comunitária do bairro, responsável por 5% da audiência das rádios de Porto Alegre no turno da manhã. A rádio pode ser sintonizada até em parte do bairro vizinho. Os radialistas já foram líderes da própria comunidade, mostrando que a rádio tem um papel de mostrar para a população os problemas que acontecem por lá. Os moradores sempre ligam para a rádio passando informações e pedindo música (geralmente sertanejo antigo). Lá, nos

apresentamos e explicamos o que é o VER-SUS e que estávamos lá para conhecer o serviço, não para “atender pacientes”, como o locutor falou.

Na parte da tarde, fomos à Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Não consegui ficar junto com o grupo, conversando com as gerentes (sim...a gerência da UPA é compartilhada: uma gerente é da prefeitura e outra é vinculada a uma IES, parceira de convênio com a prefeitura). Tive uma outra vivência, a de usuário. Precisei ser atendido e aproveitei a visita à upa para conhecer o serviço. Rapidamente fui acolhido e percebi que a espera só é longa para a pediatria. Tinha um cartaz dizendo que o tempo de espera era aproximadamente de 24 horas. No acolhimento, um técnico de enfermagem colocou um termômetro eletrônico no meu braço. Logo que o termômetro apitou, eu retirei ele do braço para alcançar ao técnico, que já estava vindo em minha direção. Mas logo que eu toquei no termômetro ele falou que não era pra eu tirar, que eu tinha que esperar um pouco. Menos de cinco segundos depois ele retira o termômetro. Senti que ele queria mostrar quem é que mandava no pedaço. Depois de acolhido, me informaram que me chamariam em trinta minutos. O acolhimento não terminou sem uma piadinha sem graça por conta do meu sobrenome. Nesse tempo, conversei com usuários e profissionais que circulavam por lá. Não dei muita sorte de encontrar moradores da região lá, uma vez que a UPA é “portas abertas”, ou seja, atende quem entrar no serviço. Com os profissionais de saúde, fui perguntado algumas vezes sobre o que é o VER-SUS e se eu estava lá para testar o atendimento.

Após a espera, uma médica da instituição conveniada me chamou e também mais 4 usuários para sermos atendidos. Ela chegou na sala de acolhimento, que fica ao lado da sala de espera, e chamou os nomes. Em seguida, virou de costas e foi para o consultório, sem se preocupar se os usuários sabiam o caminho de sua sala, uma vez que só eu estava no acolhimento naquele momento. Os outros quatro estavam com familiares na sala de espera. Do lado de fora, eu fiquei guiando as pessoas até o consultório. Após o atendimento, a médica pedia para o usuário deixar a porta aberta para que ela, sentada em sua mesa, pudesse chamar o próximo.

Quando fui atendido, perguntei pra ela se ela gostava de saúde pública. Ela não respondeu nem que sim, nem que não, apenas devolveu com outra pergunta:

“eu trabalho aqui, não?”. Em seguida, perguntei sobre a paralização que os funcionários de alguns serviços de saúde de Porto Alegre realizaram, dentre outros motivos, pela aplicação do percentual de 40% de insalubridade para todos os profissionais da saúde – no caso da UPA da lomba do pinheiro, apenas alguns médicos e enfermeiros receberam esse aumento (passou de 20% para 40% o valor de insalubridade). Ela respondeu sem me olhar, escrevendo na minha receita “isso é coisa do pessoal da prefeitura”, mostrando uma falta de união entre os profissionais da prefeitura e os da instituição conveniada.

Na mesma tarde, passamos rapidamente pela Aldeia Kaingang. Lugar mais longe que visitamos, passando a Avenida do Trabalhador. Ficamos pouco tempo nela pois o Cacique não estava para nos receber. Tivemos que voltar na tarde da quinta feira para terminar a visita. Ela foi construída com a ajuda de uma Organização não governamental (ONG) espanhola, o que “mostra o descaso do Brasil com a própria cultura”, segundo o Cacique. A aldeia tem cinco hectares, mas três deles preservados, não podendo construir nesses locais. Estranho os índios, pessoas que sempre souberam da dependência da natureza que o homem tem, que sempre cuidaram da natureza, serem proibidos pelos homens brancos de usar a própria terra, ainda por cima no momento em que várias árvores foram derrubadas para o alargamento de avenidas para a copa do mundo.

Conhecemos a escola de ensino fundamental e a ESF indígena. Quase todos os profissionais desses dois equipamentos sociais são indígenas. Os jovens na aldeia são influenciados a prestarem vestibular em cursos que trariam algum retorno para a aldeia, como os da saúde e licenciaturas. Algo que questionei, mas não tive resposta é que os indígenas, por exemplo, saem da aldeia para estudar medicina na universidade. Mas lá aprendem sobre saúde do homem branco. Nas instituições de ensino – e em quase toda a sociedade – não há lugar para o indígena e outras minorias. Minha dúvida é como o indígena recém formado atua, pois não foi preparado para trabalhar com essa população, tratando doenças com medicamentos, e não com plantas como estavam acostumados. A aldeia perdeu seu Kujà – (pronuncia-se “Cuiã”) xamã, quem cuida e conhece as ervas – por não ter onde plantar as ervas necessárias.

Quinta feira começou com a visita ao presídio. Tivemos a presença de outra profissional do NASF da região nos acompanhando nessa visita em especial, juntamente com duas apoiadoras do coletivo que organizou o VER-SUS e um aluno do PET Indígena que acompanhava a gerente substituta. Já na chegada fui abordado por dois policiais, que me perguntaram sobre Hepatite C. Expliquei o pouco que sei sobre o assunto e perguntei o porquê da abordagem. Um deles havia se cortado dentro do presídio – não me dizendo com o que e nem em que parte do presídio. Questionei ele por não ter procurado a UBS que visitaríamos em instantes dentro do local onde ele trabalha, e ele responde que só aqueles privados de liberdade são atendidos.

Lá dentro do presídio conhecemos a unidade e algumas pessoas que a compõem. Algo que me chamou a atenção foi a quantidade de pombos nas janelas da UBS – na saída do presídio, notamos que haviam uma quantidade absurda de pombos nos telhados e nas janelas das celas. Durante a visitação passamos por diversos detentos, tanto os que prestam serviços para o presídio em troca de redução de pena, como os que estavam na UBS para serem atendidos. Os olhares curiosos partiam dos dois lados, tanto deles para nós que estávamos visitando o local, quanto de nós para eles, já que nunca tivemos contato com aquele local. O “petiano” estava com medo de olhar para os detentos que estavam atrás de um cercado. Quando falamos que não tinha problema de olharmos para eles, ele deu um passo pra frente e, rapidamente, dois passos pra trás, saindo do campo de visão das pessoas atrás das grades. Perguntei a ele o que houve, e ele disse que tinha espasmos nas pernas (ele nos acompanhou durante o dia inteiro e na manhã de sexta... e ele não teve mais espasmos...). Para mim, é impossível olhar para alguma pessoa sem ao menos lhe dizer “oi”. Cumprimentei todos que eu vi, desde enfermeiros, policiais e quem estava algemado, o que gerou a irritação de alguns policiais. Mas nada que atrapalhasse a nossa visita, só mostra que os policiais não devem considerar as pessoas privadas de liberdade como pessoas.

No final da visitação, uma colega pergunta para a coordenadora da unidade o que fazem com quem precisa ser atendido após as 17h, horário em que a UBS fecha. Enquanto a coordenadora respondia que dependia da demanda, mas que geralmente eram levados para uma UPA, uma profissional de saúde que nos acompanhava disse que era um absurdo eles serem atendidos fora do presídio pois,

em outra unidade, eles passariam na frente das pessoas de bem que estivessem na sala de espera. Esse comentário dela nos fez refletir sobre a atuação de alguns profissionais e o perfil do trabalhador em saúde pública.

Visitamos o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) após sair do presídio central. Fomos bem recebidos por uma enfermeira que nos mostrou as salas, a “cozinha” – entre aspas, pois não tem nem fogão – e o pátio, onde estava acontecendo um grupo. Nos fundos do local há quartos onde os usuários podem descansar. No momento que nós estávamos lá, haviam algumas pessoas dormindo nesses aposentos e a enfermeira nos levou até a janela dos quartos para vermos como são por dentro, pouco se importando com a individualidade e particularidade dos usuários. Ela chegou a abrir a porta e nos convidou para entrar nos quartos.

Após conhecer o espaço físico, fomos à sala de reuniões para conhecer sobre o funcionamento do CAPS AD. Num determinado momento, a enfermeira fala que o CAPS é uma parceria público privado (PPP) entre a prefeitura e um hospital privado e, em seguida, diz que existe uma parceria público privado entre o tal hospital privado e uma IES – o que não é verdade, uma vez que, nessa parceria, nenhuma das partes é pública. Eu peço a palavra e explico para o grupo que não se trata de uma PPP, uma vez que a prefeitura não passou o comando do CAPS AD para o hospital por pelo menos 20 anos, e sim de um convênio, onde a prefeitura faz um repasse de recursos já preconizado pelo ministério da saúde para o HMD e que o acordo entre as partes é mais simples que uma PPP. Nisso, a psicóloga do NASF se mete na resposta e começa falar algumas coisas que, confesso, não entendi. Disse que eu deveria saber mais sobre o que eu falo, já que “tá na lei”. Pedi mais de uma vez para ela me explicar, mas ela só repetia que eu deveria saber o que eu estou falando para não falar besteira. Falei que estava pesquisando sobre PPP em Porto Alegre, que tinha dados sobre todos os convênios que a prefeitura tem com alguns hospitais da cidade e que eu sabia que a Lei Nº8.080 de 19 de Setembro de 1990 diz, no seu segundo parágrafo do quarto artigo, que a iniciativa privada pode participar do SUS em caráter complementar, mas ela não me escutou e não conseguiu me explicar o motivo da bronca. Isso estragou o resto do VER-SUS pra mim, uma vez que teria que visitar todos os lugares com ela nos limitando e podendo nos dar mais alguma bronca caso fizéssemos alguma pergunta.

Na sexta feira tivemos nossa última visita, que aconteceu exatamente na GD. Como guia, tivemos um enfermeiro que já foi gerente distrital da região (e amigo pessoal do Prefeito da cidade, o que não quer dizer muita coisa) e que trabalha com tuberculose (TB). Nutri por ele sentimentos mistos, uma vez que ele foi o único que nos recomendou livros (muitos livros) mas, ao mesmo tempo, dizia coisas do tipo “viu como uma guerra é boa?” (antes, ele falou que alguns medicamentos utilizados para o tratamento da TB foram criados por volta da década de 40). Nos contou a história tanto do bairro como do sanatório. Histórias essas que se confundem, uma vez que a região era, na época de sua habitação, muito distante do centro. Se buscou colocar numa região mais afastada as pessoas que precisavam se tratar da tuberculose (Sanatório), os “loucos” (Hospital Psiquiátrico que não visitamos por problemas gerados no VER-SUS anterior) e os presos (presídio). O bairro surgiu por conta das famílias dessas pessoas que foram levadas para a região.

Após, realizamos uma pequena dinâmica de fechamento das visitas, onde costuramos uma colcha de retalhos. Como a minha habilidade de costura é tão grande ou maior que a minha capacidade de andar sobre as águas, minha colcha não ficou lá essas coisas. Mas não me espetei com a agulha em nenhum momento.

Na parte da tarde fizemos uma devolutiva de tudo que vimos nas nossas vivências. Optamos por fazer uma apresentação que mostrasse tudo que vimos e exatamente o que pensamos em cada visita, mostrando tanto as coisas boas e as ruins. Percebi que fomos o único grupo a fazer uma apresentação nesses moldes. Não acredito que só aconteçam coisas boas nas gerências visitadas. E acho importante que se aponte o que está estranho, errado, feio, que não esteja funcionando direito. Uma hora será consertado, arrumado, enfim, melhorado.

No fim do VER-SUS, a cidade estava vivendo uma greve dos motoristas de ônibus e lotações, e muitos viventes que moravam no interior não tinham como ir até a rodoviária. Ofereci uma carona a dois colegas e voltamos conversando. Os dois ficaram em outras cidades durante a vivência e não nos conhecíamos bem, apesar de praticamente dormirmos no mesmo quarto. Durante o bate-papo, escutei uma frase que justificou minha passagem pelo VER-SUS, me fez pensar sobre os profissionais de saúde e suas interpretações dos conceitos estudados e vividos na

prática. O diálogo aconteceu dentro do carro, quase chegando no centro da cidade e foi assim:

(Eu, após responder que estudo Fonoaudiologia) - “E tu, cara? O que tu estudas?” (Acreditando que o VERSUS era apenas para estudantes).

(Vivente) - “Não estudo. Sou Porteiro de hospital.”

(Eu) - “Porteiro?” (Ainda pensando que trabalhadores não poderiam participar das vivências)

(Vivente) - “É! Sou Profissional de Saúde fazem 15 anos, Gabriel!”

Fiquei com um sorriso bobo no rosto e não consigo explicar o porquê. Lembrei de Profissionais e profissionais (espero que entendam a diferenciação nas iniciais das palavras) que conhecemos durante esses dez dias, do enfermeiro do sanatório à médica da UPA. Pensando agora, vejo que meu colega não se apequenou no lugar dele – e que ele entende de acolhimento melhor que muito Professor (ou professor, para continuar na minha diferenciação usando maiúsculas e minúsculas). Ele não fez como fazem muitos profissionais, de achar que já sabe ou viu de tudo apenas na universidade.

Apesar de ter visto muita coisa interessante nessa vivência, o que me tocou de verdade foi essa conversa. Pensei que teria um diálogo mais extenso e com mais colegas discutindo durante esse tempo, mas aprendi e vivi muito no carro, pois as palavras dele me tocaram. O exemplo dele ficou na minha cabeça e levarei comigo na minha vida Profissional.

5.5 Programa de Educação pelo Trabalho

Por último contarei sobre minha primeira experiência na UFRGS com saúde pública – e que vivo até hoje, pois ainda sou bolsista PET.

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) é um programa fruto da parceria entre o Ministério da Educação e Cultura e o Ministério da Saúde (MS), com a intenção de auxiliar o processo de reorientação da formação em saúde, proporcionando a inserção precoce do estudante em cenários de prática reais e em contato com profissionais dos serviços públicos, para os quais estes podem ser conduzidos após a graduação. Dentro do PET-Saúde, surgiram alguns sub-projetos, como o PET- Vigilância em Saúde (PET-VS) e o Gestão das Ações em Integração Ensino-Serviço e Educação Permanente em Saúde no Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal (PET Gestão), sendo o último meu atual local de aprendizagem na prática.

Iniciei no PET em 2010, no meu primeiro ano de UFRGS, sem saber ao certo com o que trabalharia. Particpei da segunda seleção e fiquei como primeiro suplente, mas mesmo antes de começar houve uma desistência e participei desde o começo do projeto.

Éramos 16 estudantes divididos em quatro grupos, além de quatro preceptores e dois tutores. Meu grupo era composto por três estudantes (Fonoaudiologia, Odontologia e Fisioterapia), uma preceptora (Bióloga de formação, que trabalha com vigilância em saúde na área de imunobiológicos) e um tutor (Professor da Odontologia), além de mim, claro. Trabalharíamos semanalmente na construção de um artigo científico, mas não imaginava que seria tão puxado escrever um texto de poucas páginas.

O local de atuação seria o centro responsável pela vigilância em saúde no estado, coletando alguns dados direto da fonte. Ao mesmo tempo, tínhamos seminários sobre o tema que trabalharíamos, que era cobertura vacinal da tetravalente (vacina contra Difteria, Tétano e Coqueluche e meningite causada pelo *Haemophilus influenza* tipo B), oferecida de 2002 até 2012, substituída pela Pentavalente (tetravalente + vacina contra Hepatite B), relacionada com indicadores

socioeconômicos para avaliar as alterações de cobertura vacinal no período entre 2000 e 2009. Foi um ano de trabalho e aprendizagem a cada encontro, de muita interação com o serviço e busca de artigos para sustentar nossos argumentos.

Além da construção do artigo, o PET-VS ajudou na construção dos estudantes, com “plenárias” quinzenais para debater nossos projetos, defendendo ou criticando construtivamente os objetivos dos quatro projetos. As discussões eram divididas em dois grupos defendendo um ponto de vista (sempre relacionado a um dos projetos do PET) enquanto os outros dois grupos criticavam. Esses debates melhoraram a estrutura do nosso artigo, tanto com o estudo que fizemos como preparação para o debate como os argumentos dos outros grupos.

Os ensinamentos do PET não ficaram apenas nos conceitos aprendidos nas leituras e nas discussões das apresentações. Aprendemos o quão difícil é publicar um artigo. Submetemos nosso artigo no final de 2011, retornando em poucos meses para alterações. Trocamos de revista algumas vezes até encontrar uma que nos aceitou dois anos após a primeira submissão. Mas serviu de aprendizagem o exercício de aceitar a crítica dos avaliadores e modificar um texto que consumiu horas de trabalho.

No final do primeiro projeto do PET-VS, começamos o segundo analisando as campanhas de vacinação de cada município para a vacinação contra Hepatite B e relacionando-as com a cobertura vacinal. A complexidade do tema e a notícia de que não foi prorrogado o contrato do PET-VS nos fez parar a pesquisa na metade. A falta de respostas dos municípios para nos contar suas estratégias para vacinação também foi um fator impeditivo para a conclusão do estudo.

O PET-Gestão começou logo após o término do PET-VS, com a presença de 12 estudantes da saúde divididos em seis grupos, seis preceptores e três tutoras, mas logo no início alguns monitores saíram. E esse entra e sai, tanto de alunos como de preceptores e tutores, atrapalha o andamento dos projetos, pois algumas pessoas deixam o PET antes do trabalho engrenar. Digo isso pois sou o único estudante que faz parte do PET desde seu início e percebi que os grupos que sofreram constantes mudanças foram os que menos progrediram.

Passei por dois grupos nesses dois anos, discutindo assuntos ótimos. Posso dizer que dei sorte nesse quesito. Comecei pesquisando sobre a participação público-privado (PPP) na atenção básica, tema que me fez ir e voltar nas minhas posições sobre a atuação do setor privado na saúde pública – apesar de ser previsto em lei. Acreditava que os hospitais filantrópicos praticavam a “pilarantropia” e seriam os grandes vilões desses acordos, não acrescentando nada aos serviços de saúde e, principalmente, aos usuários. Mas meu local de atuação no início do PET-Gestão era justamente uma ESF gerida por uma sociedade filantrópica, e fiz uma comparação dessa estratégia com outras que eu visitei durante estágios, PIS e outros momentos em que conheci serviços de saúde. Vi que há diferenças na gestão desses locais e passei a ver com bons olhos esse convênio entre prefeitura e o setor privado. Mas ainda acho que o Estado tem condições de gerir saúde 100% com gastos públicos, sem a participação de outros parceiros.

Iniciei esse projeto PPP trabalhando somente com a preceptora, pois minha colega desistiu antes de iniciar a primeira semana de trabalho. Estava acostumado a trabalhar em grupo e levei um tempo para entrar no ritmo. Mas consegui fazer um trabalho legal, inclusive entrevistando um funcionário da SMS de Porto Alegre que ajudou muito na organização do trabalho, pois até essa conversa tínhamos tudo sobre PPP, mas ele nos explicou que o que há entre Prefeitura e entidades filantrópicas ligadas à saúde são convênios com contratos mais simples do que uma PPP.

Na metade de 2013 entrou uma monitora nova para trabalhar conosco, o que atrapalhou no início nosso trabalho. Mas logo ela entendeu a proposta e nos ajudou absurdamente e, quando tínhamos o projeto quase terminado, ela se formou e teve que nos deixar. No início do ano houve um problema entre a UFRGS e a sociedade que coordena a ESF que eu atuava, ocasionando a saída da minha preceptora e, com isso, o fim do nosso projeto – que pode voltar um dia, assim como o artigo inacabado do PET-VS.

Desde Maio de 2014 estou pesquisando sobre a adequação (termo que só existe em Porto Alegre, pois o resto do Brasil usa “parametrização”) das UBS, mudando as equipes de atenção básica para equipes de saúde da família. Mais uma

vez dei sorte, pois troquei de preceptores, mas a (alta) qualidade continuou. Aprendo muito a cada conversa com ele, assim como aprendi com as preceptoras antigas.

Para a construção do artigo, observamos as reuniões de equipe e a rotina de trabalho de uma UBS. Com informações obtidas nessas observações, criamos relatos e relacionamos eles com conceitos que norteiam o trabalho de uma equipe de saúde da família, pois essa unidade continua trabalhando num sistema antigo, com prontuários organizados por nomes, e não por microáreas e famílias e outras coisas. Mais uma vez ocorreram alguns atrasos e não conseguimos terminar o artigo no prazo. Mas estamos trabalhando agora analisando o Acolhimento na unidade, quem o faz ou mesmo se existe essa prática na UBS.

Como todas as vivências, o PET-Saúde proporcionou ensinamentos para além da prática profissional e acadêmica. Conhecer o processo de trabalho no setor público *in loco* me fez perceber os nós existentes nos serviços e também que, apesar de me formar fonoaudiólogo, há inúmeros locais onde posso trabalhar de forma interdisciplinar, como profissional de saúde.

6 Discussão

Nos meus relatos descrevo momentos de aprendizagem distante das salas de aula. Temas importantes para a minha formação (voltada à Saúde Pública) como acolhimento e participação social surgiram nos locais de prática, facilitando a compreensão das Políticas Nacionais, conjunto de programas e ações que promove e assegura direitos da população brasileira.

O Ministério da Saúde instituiu em 2007 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS), que define novas diretrizes e estratégias para implementá-la e a adequa às diretrizes e ao regulamento do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2009). A EPS visa a mudança no processo de trabalho e utiliza o cotidiano dos serviços de saúde como produtor de conhecimento por meio de um ensino problematizador – horizontalidade na relação educador-educando – e da aprendizagem significativa para os estudantes, pois usa as experiências profissionais e pessoais prévias deles (FERLA; CECCIM, 2009). A ideia de usar atividades cotidianas como fator significante para a educação surgiu com Paulo Freire, que via a necessidade de posicionar a educação como instrumento de conscientização, libertação e transformação (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004). Freire conta que na relação vertical entre educador e educando acontece o que ele chama de “educação bancária”, na qual o professor realiza o depósito e o estudante saca apenas na prova – ou seja, no momento que necessita (FREIRE, 1970). Como usuário dos serviços de saúde, pude vivenciar duplamente este processo e trazer minha experiência particular para a formação acadêmica, praticando a EPS.

Relacionando a minha experiência inicial com o que ainda pratico, me arrisco a dizer que meu primeiro contato com o acolhimento foi com o tráfico de drogas na Vila do estágio em creche. Sei que é estranho dizer que o modo com que éramos recebidos era acolhedor, mas éramos consultados sobre o motivo da nossa presença no local a cada profissional que nos abordava e havia a busca pela resolutividade dos anseios da pessoa que procurou os serviços do pessoal. Esses são alguns pontos defendidos pelo acolhimento, prática de relações humanizadas entre os serviços de saúde e seus trabalhadores com os usuários que reorganiza o

processo de trabalho da unidade de saúde, garantia do acesso universal e a resolução dos problemas dos usuários (FRANCO *et al.*, 1999).

Atualmente no PET-Saúde Gestão trabalhamos com a implantação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), aprovada em 2011 pela Portaria nº 2.488, que revisa as normas para organizar a Atenção Básica, para as ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2011) em uma UBS de Porto Alegre. Nesse processo de implantação de novas normas para a atenção básica, percebemos profissionais de saúde ainda pouco preparados para praticar o acolhimento nos seus locais de trabalho. Os trabalhadores de nível médio não se sentem empoderados para realizar o acolhimento, enquanto parte dos profissionais de nível superior não entendem a lógica dessa prática, o que resulta na realização do acolhimento apenas pela enfermeira coordenadora da unidade.

As unidades de saúde ainda não possuem agentes comunitários de saúde na equipe – estão em transição de equipe de atenção básica para lógica de saúde da família. Muitos profissionais de nível superior têm dificuldade em descrever o perfil dos usuários dos serviços e desconhecem o território da área de abrangência da unidade. O Tráfico de drogas é comum nas ruas dos arredores da UBS e acredito que uma aproximação da equipe com as pessoas responsáveis por esse tipo de comércio – intermediado por lideranças comunitárias de preferência – seria proveitoso em alguns quesitos, incluindo na aprendizagem sobre acolhimento.

A participação social significa, segundo Stotz (2009, p.1), “democratização ou participação ampla dos cidadãos nos processos decisórios em uma dada sociedade” e está presente em diversas esferas políticas. Na saúde é assegurada pela lei nº 8.142, que coloca os usuários junto aos profissionais de saúde, representantes do governo e prestadores de serviço para formular estratégias e controlar a execução da política de saúde (BRASIL, 1990) e é fruto da luta pelo direito à saúde em voga nos meados da década de 1980, no período marcado politicamente pelo retorno da democracia (STOTZ, 2005). O protagonismo das pessoas responsáveis por essa conquista inspira os movimentos estudantis existentes na graduação em saúde¹,

¹ Não participei de movimentos sociais na minha formação, mas por opção. Quando tive oportunidade de entrar no movimento, senti que não tinha o conhecimento necessário para agregar ao grupo; apenas admirava o coletivo.

responsáveis pelo controle social da formação que luta por mudanças no ensino (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Na minha formação presenciei reuniões de conselhos locais e municipais de saúde e vi a força desse movimento. Durante o VER-SUS escutamos todos os dias sobre a conquista da máquina de raio x para a Unidade de Pronto Atendimento da Lomba do Pinheiro e da insistência dos líderes comunitários para a realização do feito.

Apesar de constar tanto na DCN quanto no PPC de Fonoaudiologia da UFRGS, observo que o perfil do profissional egresso da UFRGS não é totalmente generalista, humanista, crítico e reflexivo². No site da universidade consta que “A ênfase do curso será dirigida à Fonoaudiologia na Saúde Pública e às especificidades relativas à audição, linguagem verbal e não-verbal, linguagem oral e escrita, voz, fala, e sistema miofuncional orofacial” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2011), sugerindo que a proposta se adequa às diretrizes. No entanto, ao analisar o currículo observamos disparidades entre as disciplinas ofertadas pelo curso. Por exemplo vemos apenas uma disciplina teórica para discutir Saúde Pública (dois créditos para o curso inteiro) e, por exemplo, nove disciplinas teóricas sobre Linguagem – que totalizam 42 créditos. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2011). Na prática, os estudantes não se sentem preparados para as disciplinas profissionalizantes, pois não têm base teórica suficiente (LEMOS; BAZZO, 2010).

Alguns estágios são realizados na Clínica de Fonoaudiologia, a qual tem salas com espelhos unidirecionais – os famosos espelhos espiões. Nestes estágios são permitidas gravações para posterior avaliação do paciente. Essa ferramenta permite que o Professor possa observar tanto o estudante quanto o paciente no momento de terapia. Sinto que a terapia nesse local é engessada, pois nós, estudantes, nos sentimos observados a todo momento – sem falar do paciente, que já sente-se desconfortável de estar em uma sala pequena rodeada de espelhos e sabe que é observado pelo estudante/terapeuta e possivelmente, pelo professor, já que assina um TCLE no primeiro dia de atendimento (RAMADAM, 2007). Isso

² Vejo poucos estudantes saindo da universidade com o perfil desejado pela DCN. O desenvolvimento da capacidade de crítica e de reflexão é observado em parte dos graduandos, mas dentro de suas áreas de preferência. Não encontrei meios de discutir no texto pois não tenho como justificar meu ponto de vista.

acarreta numa terapia artificial, com movimentos e fala calculada, pois, apesar do paciente assinar o termo de consentimento, ainda é uma técnica invasiva (WIELENSKA, 2000).

7 Conclusão

A experiência prévia e a criada na universidade são importantíssimas para a aprendizagem em saúde. Ao agregar valor às nossas vivências desenvolvemos a capacidade de crítica e reflexão, necessárias para a formação do profissional de saúde. Percorri diversos locais durante a minha formação e tive o prazer de aprender com várias pessoas e suas atividades e carrego comigo essas lições para as demais áreas da Fonoaudiologia.

Em minhas vivências pude presenciar momentos que não são presenciados dentro da Universidade – tráfico, violência, etc. Apesar de algumas dessas práticas serem ilegais, fazem parte do cotidiano dos lugares onde passei – e que possivelmente retornarei quando trabalhar com Saúde Pública. Ao aprender a lidar com essas situações e tirar ensinamentos delas, percebi que me formo de acordo com as Diretrizes, mesmo seguindo um caminho diferente do proposto pela DCN.

Percebi que o aprendizado adquirido em aula teve um sentido maior nos momentos de prática. Mas ao chegar na prática, lidamos com o que diz na teoria. Os momentos de supervisão são importantes, mas não dão conta de toda a carga de aprendizagem agregada à prática.

No momento em que escrevo a monografia, o curso de Fonoaudiologia da UFRGS vive um período de reforma curricular. Acredito que a minha vivência como estudante possa acrescentar neste debate, pois é um ponto de vista de quem respira a graduação. O curso de Fonoaudiologia da UFRGS demanda o protagonismo do estudante para que ele se forme de acordo com a DCN. É importante que a reforma curricular coloque em prática o discurso de formação dirigida à Saúde Pública/Coletiva. Entendo que esse enfoque na Saúde Pública serve, no caso da formação em uma Instituição Federal de Ensino Superior, com um retorno à população que financia, por meio de pagamento de impostos, tanto o nosso estudo como o salário de nossos educadores.

8 Referências

- AKERMAN, M.; FEUERWERKER, L. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: CAMPOS, G. W. S. et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Cap. 6, p. 171-186.
- ALBUQUERQUE, VS et al. A narrativa da prática como uma estratégia de construção do conhecimento na formação superior em saúde. **Educ. rev.**, Curitiba, n. spe2, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602010000500011&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 09 de Junho de 2014.
- ALBUQUERQUE, PC.; STOTZ, EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004.
- ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, V. 11 (1/2), 1997. Disponível em <http://www.hc.ufmg.br/gids/textos_seminarios/transdisciplinaridade_e_saude_coletiva.pdf>. Acessado em 31 de Outubro de 2014.
- ASSEGA, ML *et al.* A interdisciplinaridade vivenciada no PET-Saúde. **Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 29-33, 2011. Disponível em <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewArticle/7027>>. Acessado em 01 de Novembro de 2014.
- BONDÍA, JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista brasileira de educação**, v. 19, n. 1, 2002.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 5, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia. **Diário Oficial da União**, 04 mar 2002; Seção1:12.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 7, de 12 de setembro de 2001. Estabelece as Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. **Diário Oficial da União**, 10 dez 2001; Seção 1:2.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS. **Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde**. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8.142: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. **Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 13 jun 2013; Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 64 p. 2009.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. **Diário Oficial da União**, 26 ago 2008.

CANONICO, RP; BRETAS, ACP. Significado do Programa Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde para formação profissional na área de saúde. **Acta paul. Enferm.** São Paulo, v. 21, n. 2, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 06 nov. 2014.

CARVALHO, YM; CECCIM, RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Cap. 6, p. 137-170.

CECCIM, RB; FEUERWERKER, LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CYRINO, EG; TORALLES-PEREIRA, ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, jun. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300015&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 06 nov. 2014.

CORREIA, MVC. Controle Social. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/consoc.html>>. Acessado em 28 de Outubro de 2014.

DALMAS, LC. **A formação inicial dos professores de educação física do Distrito Federal**: das diretrizes curriculares nacionais aos cursos de graduação. Brasília, DF, 2009. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, 2008. Disponível em <http://repositorio.unb.br/handle/10482/2041?mode=full&submit_simple=Mostrar+item+em+formato+completo>. Acessado em 30 de Outubro de 2014.

DIAS, HS; LIMA, LD; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, Junho 2013. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600013&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 08 de Junho de 2014.

FRANCO, TB; BUENO, WS; MERHY, EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.2, n.15, p.345-53, 1999.

FERLA, AA; CECCIM, RB Educação Permanente em Saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/consoc.html>>. Acessado em 28 de Outubro de 2014.

FERLA, AA; RAMOS, AS; LEAL, MB. A história do VER-SUS: um pouco sobre o conjunto das iniciativas que inspiraram o projeto VER-SUS/Brasil. In: FERLA, AA; RAMOS, AS; LEAL, MB; CARVALHO, MS. Caderno de Textos do VER-SUS/Brasil. **Rede Unida**, Porto Alegre, 2013. p. 1-5.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: **Paz e Terra**, 1970.

GONZÁLEZ, AD; ALMEIDA, MJ de. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciênc saúde coletiva**, v. 15, n. 3, p. 757-62, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300018&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 01 de Novembro de 2014.

HOLLIDAY, OJ. A sistematização de experiências: prática e teoria para outros mundos possíveis. **CONTAG**, Brasília, 2013.

HOLLIDAY, OJ. Para sistematizar experiências. **MMA**, 2. ed. Brasília, 2006.

LAROSSA, J. Experiência e Alteridade em educação. **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 19, n2, p. 04-27: Jul/Dez 2008.

LEMOS, M; BAZZO, LMF. Formação do fonoaudiólogo no município de Salvador e consolidação do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500030&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 08 nov. 2014.

MARTINIC, S. Seminario: "Sistematizacion de proyectos de educacion y accion social em sectores populares" - Algunas categorias de analisis para la sistematizacion. [s.n.] Talagante, Enero, 1984.

MINAYO, MCS. et al. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. **Vozes**, Rio de Janeiro, 1994.

NASCIMENTO, EM; GIMENIZ-PASCHOAL, SR. Análise das matrizes curriculares e dos programas das disciplinas e estágios de cursos de fonoaudiologia do estado de São Paulo. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 20, n.1: 39-49, 2008.

OLIVEIRA, GCC. **Emergência de realidades no ensino superior da saúde: atos e vozes da área de fisioterapia nas diretrizes curriculares nacionais**. Porto Alegre, 2011. Originalmente apresentado como tese de Doutorado. UFRGS, 2011. Disponível em <<http://disde.minedu.gob.pe/xmlui/handle/123456789/712>>. Acessado em 29 de Outubro de 2014.

RAMADAM, ZBA. Psicoterapia psicanalítica breve. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 34, n. 1, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 nov. 2014.

STOTZ, EN. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise da experiência nas décadas de 1970 e 1980. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.3, n1. p. 9-30, 2005. Disponível em <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=NumeroAnterior&Num=24>>. Acessado em 06 de Novembro de 2014.

STOTZ, EN. Participação Social. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/parsoc.html>>. Acessado em 7 de Novembro de 2014.

TRENCH, MCB; BARZAGHI, L; PUPO, AC. Mudança curricular: construção de um novo projeto pedagógico de formação na área da Fonoaudiologia. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 27, dez. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000400002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 nov. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (Porto Alegre). **Curso de Fonoaudiologia**. 2011. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/ufrgs/ensino/graduacao/cursos/exibeCurso?cod_curso=730>. Acesso em: 06 nov. 2014.

WIELENSKA, RC. A investigação de alguns aspectos da relação terapeuta-cliente em sessões de supervisão. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo, v. 2, n. 1, jun. 2000. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452000000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 nov. 2014.