

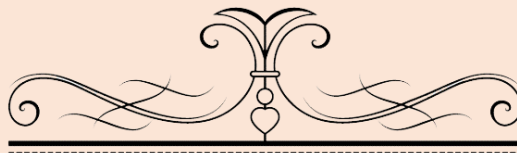
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
apresentam

**SANTARISTAS EM CENA: CARTOGRAFIA
SOBRE A EXPERIÊNCIA DE INSERÇÃO DOS
BACHARÉIS EM SAÚDE COLETIVA**



Dramaturgia e Produção: VIVIAN COSTA DA SILVA
Direção: ALCINDO ANTÔNIO FERLA

Porto Alegre, 2016.



PRÓLOGO

TAAANN¹! Toca o primeiro sinal.

Senhoras e senhores! Respeitável público! O espetáculo está prestes a começar!

O espetáculo que inicia aqui se trata da minha dissertação do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Esta dissertação está pensada e estruturada como um espetáculo teatral: na introdução eu abro as cortinas e os atos e cenas vão se desenrolando e constituindo os capítulos que falam sobre a minha pesquisa.

TAAANN! Toca o segundo sinal.

Meu desejo, compreendido aqui como energia para a criação de mundos (ROLNIK, 2014), foi o de produzir uma pesquisa científica utilizando não só a razão, como também o meu corpo vibrátil.

Pesquisar com o corpo vibrátil, meu corpo de sentidos, me permite apreender os afetos no campo de forças vivas, me permitindo cartografar o fluxo ou “efeito de ação de um corpo sobre o outro” (ROLNIK, 2014, p.37), me permite apreender as afetações e mistura de afetos que surgem nos encontros, me permite colocar os afetos em cena (ROLNIK, 2014).

O Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS (PPGCoI) é aberto para diferentes abordagens metodológicas nas pesquisas científicas, o que viabilizou a minha proposta de utilizar o teatro como linguagem para pensar a dissertação e como linguagem para pensar a dissertação e como parte do processo metodologia de pesquisa. O teatro entra nesta pesquisa como meu fator de a(fe)tivação, como a arte que desperta o meu

¹ Onomatopeia alusiva ao som da campainha de aviso utilizada no teatro para anunciar que o espetáculo está para começar (TEIXEIRA, 2015).

corpo vibrátil e que me permite aguçar a sensibilidade e captar as intensidades da potência de afetação no campo de pesquisa.

A escolha pelo teatro foi uma escolha implicada. O teatro surge quase como uma necessidade de dar expressão para minhas afetações que seriam intransmissíveis através da escrita institucionalizada pela academia e das figuras de representação que as metodologias científicas mais conservadoras me ofertam. O teatro me ofertou uma forma de expressividade e de relação com o mundo.

TAAANN! Toca o terceiro e último sinal.

Chegou o momento de encarnar a personagem: Bacharela em Saúde Coletiva-sanitarista-pesquisadora-cartógrafa-artista. As luzes se apagam anunciando que o espetáculo está para começar. As cortinas começam a se abrir. MERDA!

CIP – Catalogação na Publicação

Silva, Vivian Costa da Silva

Sanitaristas em Cena: cartografia sobre a experiência de inserção dos Bacharéis em Saúde Coletiva / Vivian Costa da Silva Silva. -- 2016. 213 f.

Orientador: Alcindo Antônio Ferla Ferla.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Saúde Coletiva. 2. Graduação. 3. Sanitarista. 4. Inserção Profissional. 5. Formação. I. Ferla, Alcindo Antônio Ferla, orient. II. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pela autora.

VIVIAN COSTA DA SILVA

**SANITARISTAS EM CENA: CARTOGRAFIA SOBRE A EXPERIÊNCIA DE
INSERÇÃO DOS BACHARÉIS EM SAÚDE COLETIVA**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof^o Dr. Alcindo Antônio Ferla

PORTO ALEGRE

2016

VIVIAN COSTA DA SILVA

**SANTITARISTAS EM CENA: CARTOGRAFIA SOBRE A EXPERIÊNCIA DE
INSERÇÃO DOS BACHARÉIS EM SAÚDE COLETIVA**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof^o Dr. Alcindo Antônio Ferla

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Cristian Fabiano Guimarães – Centro Universitário Metodista IPA/RS

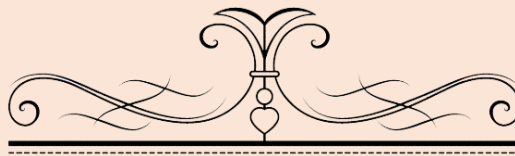
Profa. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

PORTO ALEGRE

2016

A todos aqueles que participaram das teceduras das redes
que engendraram o Bacharelado em Saúde Coletiva e,
em especial, às redes desta pesquisa-dissertação-espetáculo.



AGRADECIMENTOS

Deleuze e Guattari, ao abrirem o livro *Mil Platôs* (2011a), falam sobre o quanto a escrita deles estava in-mundada não só pelos dois, como por tantos outros.

E como cada um de nós era vários, já era muita gente. Utilizamos tudo o que nos aproximava, o mais próximo e o mais distante. [...] Não chegar ao ponto em que se diz mais EU, mas ao ponto em que já não tem qualquer importância dizer ou não dizer EU. Não somos mais nós mesmos. Cada um reconhecerá os seus. Fomos ajudados, aspirados, multiplicados. (DELEUZE, 2011a, p.17)

É assim que me sinto em relação a esta dissertação. Fui ajudada, aspirada e multiplicada. Não sei definir a fronteira ou o ponto do quanto há de mim nas páginas que seguem e o quanto há de outros. Foram meus encontros com estes muitos outros que me despertaram afecções, me produziram intensidades, produziram rizomas de sentidos e compreensões a tal ponto que me tornei múltipla. E somente por ser esta outra múltipla é que consegui realizar esta pesquisa e escrever esta dissertação. Termina esta dissertação outra. Uma outra muito diferente. E sendo assim, não poderia ser diferente, que meus agradecimentos fossem dirigidos para todos aqueles que me contaminaram com os seus mundos e que produziram mundos em mim e comigo.

Agradeço ao meu orientador, Alcindo Antônio Ferla, pela aposta em mim enquanto mestranda, orientanda e pesquisadora. Agradeço por permitir que eu realizasse a pesquisa que desejava, com liberdade e incentivo para experimentar fazer uma pesquisa a partir das tecnologias leves e da arte. Obrigada por compreender que eu não saberia ser uma pesquisadora dentro da “caixinha”, por me dar tempo e espaço para assimilar as experiências que me afetavam. Obrigada pelo investimento nesta pesquisa e em especial, pelos investimentos e militância na graduação em Saúde Coletiva.

Agradeço aos professores que compuseram minha banca Cristian Fabiano Guimarães, Cristianne Maria Famer Rocha, Ricardo Burg Ceccim e Silvia Balestreri Nunes, que efetivamente qualificaram esta pesquisa com sugestões de caminhos, indicações de leituras, questionamentos sobre o processo e objetivos. Todas as críticas e sugestões foram tão afetuosas que qualificaram esta pesquisa a tal ponto, de ela ter se tornado “outra” depois da banca de qualificação.

Minha eterna gratidão aos meus colegas e amigos Diego Menger Cezar, Estela Maris Gruske Junges, Fabiano Barnart, Guilherme de Souza Müller, Mayna Yaçanã Borges de Ávila, Natássia Denardin, Raíssa Barbieri Ballejo Canto e Vanessa da Rosa Guerra, por terem aceitado o convite para comporem o elenco desta pesquisa. Obrigada pela disponibilidade de tempo para os nossos encontros, pela disposição para compartilhar suas experiências e por terem me proporcionado muitos encontros alegres e potentes, me ensinando que é possível fazer pesquisa científica com afeto e arte. Muito, muito obrigada. Esta pesquisa-espetáculo não teria sido possível sem a participação de vocês.

Agradeço ao apoio afetuoso da Izabella Barrison Matos, da Ana Gleisa Cargnelutti, da Eliana Mattana Griebler, da Inaiara Kersting e da Talita Abi Rios Timmermann. Para mim foi importante e especial contar com vocês nesta experimentação como pesquisadora.

Agradeço ao Jonathas Costa da Silva que me auxiliou a criar a alegoria para o devir mandala.

Agradeço ao Bolívar Lauda que, durante a apresentação da Intervenção Teatral *Sanitaristas em Cena*, foi o nosso mestre de cerimônias, fotógrafo, câmera e grande incentivador.

Agradeço aos meus colegas Cláudio Henrique Guimarães de Menezes, Marcelina Zacarias Ceolin e Renata Flores Trepte, que participaram do meu encontro com o livro “A visão dionisíaca de mundo” do Nietzsche; agradeço pelas trocas e conversas filosóficas sobre o livro e, pelo incentivo, aposta e crédito para a produção de sentidos que esta leitura produziu para minha pesquisa.

Agradeço aos colegas do Projeto de Extensão “Divulga Saúde Coletiva” da UFRGS pela militância e empenho na luta pela inserção profissional do Bacharel em Saúde Coletiva. As trocas com vocês serviram de combustível, força e inspiração.

Também agradeço ao Alcindo Antonio Ferla, à Cristianne Maria Famer Rocha, ao Henrique da Silva Domingues e à Liliana Santos por toparem o convite para pesquisarmos os egressos do curso de Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS, importante pesquisa que me ajudou a caracterizar e pensar sobre a realidade de inserção destes profissionais.

Um muitíssimo obrigada a Alessandra Xavier Bueno que foi a grande incentivadora do meu ingresso no Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva e que, junto com a Renata Flores

Trepte, compuseram a minha banca amiga, contribuindo e qualificando a escrita desta dissertação.

Agradeço aos colegas Anderson Machado, Daiana Santos, Fabiano Brufatto Lopes, Guilherme Peixoto, Rosane Rollo, Stella Cony e Vanderlei Dutra que indiretamente trocaram ideias sobre este trabalho e acompanharam o desenvolvimento dele.

E por último, mas não menos importante, agradeço às minhas âncoras, amores e paixões alegres de minha vida, que embora, talvez nunca tenham lido Nietzsche... Meus pais, Vilma Costa da Silva e Jonas Ironir Santos da Silva (in memoriam), por ensinarem que tudo no mundo é plena Vontade de Potência. Jonathas Costa da Silva, matou Deus em nossa família e com este gesto me mostrou que existem mundos de possibilidades para criarmos e explorarmos. Tiago José Bulla, que me fez compreender a potência do múltiplo, ajudou a pendurar as máscaras da representação na parede, apostou e investiu nos meus devires e; quando me senti insegura e desterritorializada, me segurou pela mão, para que eu me pudesse me entregar sem receios às forças e intensidades que pediam (e pedem) passagem em minha vida. Amo vocês.

Obrigada a todos vocês pelo apoio, incentivo e parceria nesta jornada.

Sou um escritor de peças, mostro o que vi,
No mercado dos homens vi como o homem é negociado,
Isso eu mostro, eu, o escritor de peças.
Para poder mostrar o que vejo
Consultei os espetáculos de outros povos e de outras épocas
Reescrevi algumas peças, com cuidado
Examinando a técnica usada e
Assimilando aquilo que me podia ser útil.
E também as frases que eram pronunciadas
Dei a elas uma marca especial.
Para que fossem como as sentenças
Que se anota para que não sejam esquecidas.

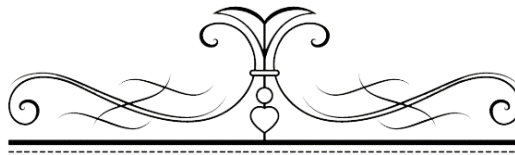
Bertolt Brecht



RESUMO

Os primeiros Bacharéis em Saúde Coletiva (BSC) são pioneiros na formação de Graduação em Saúde Coletiva e também na inserção no mercado de trabalho. Nos cenários de suas inserções profissionais e acadêmicas, estes profissionais têm desbravado as possibilidades de carreira e descoberto as potências de sua atuação. Deste modo, este estudo tem o objetivo de apreender, mapear, analisar e dar visibilidade para as experiências de inserção dos BSC formados pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Como cada BSC constitui a experiência de sua atuação de modo singular e múltiplo, de acordo com o cenário que está inserido e com as capacidades profissionais que desenvolveu na formação, para colocar em cena as experiências destes profissionais e apreender as múltiplas possibilidades desta atuação, foi formado um grupo-pesquisador de BSC egressos do Curso de Graduação em Saúde Coletiva (CGSC) da UFRGS. Este grupo-pesquisador teve como tarefa a construção coletiva de uma intervenção teatral – Sanitaristas em Cena – que serviu como dispositivo para mobilizar acontecimentos e situações que falam sobre a experiência de inserção destes BSC. A cartografia sociopoiética foi utilizada como caminho metodológico, que permitiu construir e produzir os dados coletivamente, apreendendo as experiências, afetações e pistas no campo da pesquisa. A análise destes dados foi realizada através de mapas analíticos e de momentos (classificatórios, transversais, filosóficos e processuais). Esta pesquisa-cartografia-espetáculo coloca em cena questões como a discussão sobre os escopos de práticas dos BSC, os movimentos de regulamentação e regulação profissional, o mercado de trabalho, as possibilidades de carreira, o debate sobre a potência do BSC e a sua atuação em devir.

Palavras-chave: Saúde Coletiva. Graduação. Sanitarista. Inserção Profissional.



ABSTRACT

I primi laureati in Sanità Pubblica (BSC) sono pionieri sia nella formazione nel Corso di Laurea in Sanità Pubblica che nell'inserimento nel mercato del lavoro. Nell'ambito delle loro attività professionali e accademiche, questi professionisti stanno esplorando le possibilità di carriera e scoprendo le potenzialità della loro attuazione. In questo modo, questo studio ha l'obbiettivo di cogliere, mappare, analizzare e dare visibilità alle esperienze di inserimento nel mercato del lavoro dei BSC laureati presso l'Università Federale del Rio Grande do Sul (UFRGS). Siccome ogni BSC costruisce l'esperienza della sua attuazione in modo singolare e molteplice d'accordo con l'ambiente in cui si inserisce e con le capacità professionali che ha sviluppato durante la sua formazione, per mettere in scena le loro esperienze e cogliere le varie possibilità di questa attuazione, si è creato un gruppo di ricerca dei BSC del Corso di Laurea in Sanità Pubblica Colettiva (CGSC) dell'UFRGS. Questo gruppo di ricerca ha avuto come compito la costruzione collettiva di un intervento teatrale "Sanitaristas em Cena" che ha servito come dispositivo per creare una sensibilizzazione sull'esperienza di inserimento di questi BSC. La cartografia socio poetica è stata utilizzata come cammino metodologico, la quale ha permesso la costruzione e produzione dei dati collettivamente, assimilando le esperienze, affettazioni e tracce nel campo della ricerca. L'analisi di questi dati è stata realizzata attraverso delle mappe analitiche e di momenti (classificatori, trasversali, filosofici e processuali). Questa ricerca-cartografia-spettacolo mette in scena questioni come la discussione sugli scopi delle pratiche dei BSC, i movimenti per la regolamentazione e regolazione professionale, il mercato del lavoro, le possibilità di carriera, il dibattito sulla potenza del BSC e la sua attuazione futura.

Parole chiave: Sanità collettiva. Laurea. Igiene e medicina preventiva. Inserimento professionale. Formazione.



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

BSC – Bacharel(éis) em Saúde Coletiva.

CAESC – Centro Acadêmico de Estudantes de Saúde Coletiva.

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

CBO – Classificação Brasileira de Ocupações.

CF 88 – Constituição Federal de 1988.

GHC – Grupo Hospitalar Conceição.

CGSC – Curso de Graduação em Saúde Coletiva.

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho.

CNS – Conselho Nacional de Saúde.

COMGRAD – Comissão de Graduação.

CONESC – Coordenação Nacional de Estudantes de Saúde Coletiva.

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais.

ENESC – Encontro Nacional de Estudantes de Saúde Coletiva.

EPS – Educação Permanente em Saúde.

ERESC - Encontro Regional de Estudantes de Saúde Coletiva.

ESF – Estratégia Saúde da Família.

FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas.

IES – Instituições de Ensino Superior.

MS – Ministério da Saúde.

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego.

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

PPGCol – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

PPP – Projeto Político Pedagógico.

REUNI – Reestruturação e Expansão das Universidades Federais.

RSB – Reforma Sanitária Brasileira.

SUS – Sistema Único de Saúde.

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso.

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

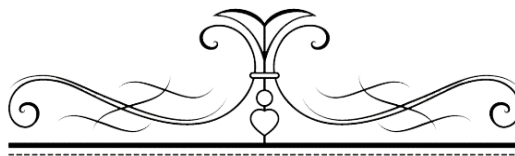
UERGS – Universidade Estadual do Rio Grande do Sul.

UFCSPA – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

UPP – Unidade de Produção Pedagógica.

VER-SUS – Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde.



GLOSSÁRIO DE LINGUAGEM TEATRAL

ALEGORIA - É uma representação figurada de pensamentos e valores abstratos e morais, caracterizando e personificando um personagem, criando personalidade (TEIXEIRA, 2015).

ATOS – Divisão do espetáculo em um conjunto de cenas, quadros e atuações de importância igual. Criam estrategicamente um intervalo momentâneo para troca de cenário e figurinos e sua principal característica é a interrupção do espetáculo (TEIXEIRA, 2015).

BASTIDORES – Espaços que ficam fora do palco e onde os atores se preparam para entrar em cena e são organizadas ações de preparação para o espetáculo (TEIXEIRA, 2015).

CACO - É uma palavra ou frase fora do texto literário que é criado de improviso (TEIXEIRA, 2015).

CENA – Subdivisão do ato que demarca o espaço de atuação no palco, marcada pela entrada e saída de personagens ou troca de temáticas (TEIXEIRA, 2015).

COXIA - Espaço na lateral ou fundos do palco, escondido pelas cortinas e que fica de fora da cena, portanto invisíveis ao público e, que serve para circulação de artistas e movimento de cenografia (TEIXEIRA, 2015).

DEIXA - A última palavra de uma fala que sinaliza a entrada ou interferência de outra personagem dando continuidade à cena (TEIXEIRA, 2015).

DRAMATURGO – Autor do roteiro/texto dramático que constitui a peça/intervenção teatral (TEIXEIRA, 2015).

ESPETÁCULO – Performance ou encenação que se oferece para o público olhar (TEIXEIRA, 2015).

ENCENAÇÃO – Interpretação cênica do texto dramático (TEIXEIRA, 2015).

EPÍLOGO – Discurso proferido no final de um espetáculo (TEIXEIRA, 2015).

IMPROVISACÃO - Técnica onde o ator interpreta alguma situação imprevista, cria espontaneamente no momento da ação (TEIXEIRA, 2015).

MARCAÇÃO – São os movimentos que os atores fazem durante uma cena/peça, onde as posturas, entradas e saídas e momento exato da movimentação são combinados – marcados – durante os ensaios (TEIXEIRA, 2015).

MÁSCARA - Primeiro elemento cênico incorporado pelo teatro. É um adereço com feições de rosto, pintados de modo a realçar a caracterização de personagens (TEIXEIRA, 2015).

MERDA - No século passado, o público ia aos teatros europeus de charrete. Deste modo, em pouco tempo, a entrada dos teatros ficava repleta de fezes de cavalo. O volume de fezes

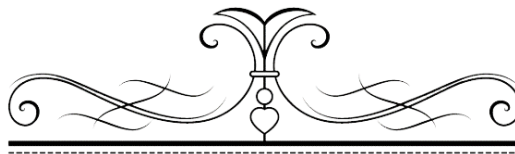
indicava o número de público/plateia, indicando assim, o sucesso de bilheteria da peça teatral. No ritual de concentração antes do espetáculo, atores e artistas utilizam a expressão “merda” para representar os votos de boa sorte, bom espetáculo e que tudo ocorra bem (ALIBERTI, 2007).

PALCO – Área da cena que constitui o espaço visual para o público (TEIXEIRA, 2015).

PRÓLOGO – Discurso proferido no começo do espetáculo e que contextualiza o mesmo (TEIXEIRA, 2015).

QUADRO - Divisão dos atos e cenas de um espetáculo que nesta dissertação refere-se ao sumário (TEIXEIRA, 2015).

QUARTA PAREDE - É a parede imaginária da frente do palco que separa o palco e plateia, é o termo utilizado para identificar espetáculos teatrais que não tem interação com o público (TEIXEIRA, 2015).



LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Imagem 1: Linha do Tempo dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva.

Imagem 2: Mapa analítico dos Encontros da Pesquisa.

Imagem 3: Processo da Pesquisa.

Imagem 4: Tirinha do Armandinho.

Imagem 5: 2º Encontro.

Imagem 6: Preparativos para Apresentação.

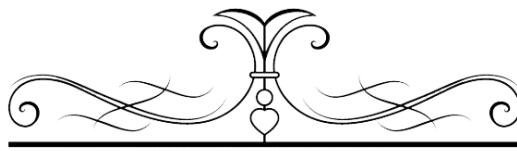
Imagem 7: Apresentação – Cena Sala de Aula.

Imagem 08: A “Diferentona”.

Imagem 09: Movimento de Egresso da Saúde Coletiva.

Imagem 10: Apolo e Dionísio.

Imagem 11: Alegoria do Devir Mandala.



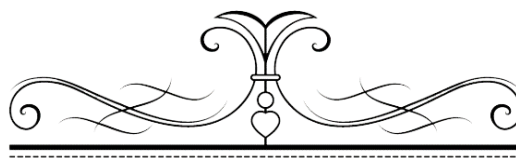
LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Estrutura da Intervenção Teatral Sanitaristas em Cena.

Quadro 2: Quadro Comparativo da Saúde Pública e Saúde Coletiva.

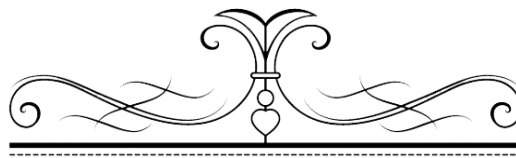
Quadro 3: Escopo de Práticas – Ato.

Quadro 4: Comissões que Analisam os Projetos de Regulamentação das Profissões.



QUADRO

ABRINDO AS CORTINAS	21
ATO 1: PRIMEIRAMENTE	29
Cena 1: A Saúde Coletiva	32
Cena 2: A Formação em Saúde Coletiva	40
Cena 3: A Inserção Profissional dos Bacharéis em Saúde Coletiva	50
ATO 2: CAMINHOS DE UMA PESQUISA IN-MUNDA	58
Cena 4: Invencionando a Pesquisa	64
4.1. Inspirações Teóricas	64
4.2. Inspirações Artísticas	68
Cena 5: A Pesquisa Sanitaristas em Cena	72
ATO 3: SANTARISTAS EM CENA	80
Cena 6: Nos Bastidores da Pesquisa	84
Cena 7: No Palco	101
Cena 8: Depois do Espetáculo.. A Avaliação	105
ATO 4: INVENTÁRIO DE DESPERDÍCIOS	120
Cena 9: A Escolha pela Saúde Coletiva	124
Cena 10: O Percurso Formativo	127
Cena 11: Bacharéis em Saúde Coletiva	136
ATO 5: O DUELO ENTRE APOLO E DIONÍSIO	153
Cena 12: Apresentando Apolo e Dionísio	157
Cena 13: Apolo ou Dionísio? Apolo e Dionísio?	160
13.1. Desconhecido e Estranho: O Drama pela Busca de uma Identidade Profissional	160
13.2. (Re)Pensando a Inserção Profissional	172
Cena 14: Um Duelo Cansativo e Dramático	183
Cena 15: Possibilidade Trágica de Mundo	187
EPÍLOGO	190
TEXTOS INSPIRADORES	191
APÊNDICES	199
Apêndice 1: Perfil do Grupo-Pesquisador	200
Apêndice 2: Intervenção Teatral Sanitaristas em Cena	205



ABRINDO AS CORTINAS

Abrem as cortinas. O espetáculo inicia.

No palco está montado o cenário. O palco está tomado de elementos cênicos que simulam prédios, salas, diferentes serviços e lugares, telefones, prescrições, *softwares*, banco de dados, políticas públicas, planilhas, fichas cadastrais, internet, seringas, medicações, estetoscópio, cartilhas, consultórios, normas, exames. Estes elementos cênicos compõem o cenário da rede “morta” e “dura” do Sistema Único de Saúde (SUS), mas eles são insuficientes para permitir que a plateia identifique que este cenário se trata do nosso sistema de saúde. Alguns segundos se passam e nenhuma ação acontece na cena.

Repentinamente o palco é invadido por diversos personagens e eles passam a interagir entre si e com o cenário. Alguns personagens fazem o papel de usuários, acompanhantes, enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde, recepcionista, porteiro e muitas outras profissões da saúde. No palco eles encenam reuniões, atendimentos, conversas, grupos, filas, e diversas outras situações. Não resta dúvida que o espetáculo retrata o cotidiano dos serviços de saúde do SUS.

Os personagens que estão em cena são caracterizados por algumas alegorias, instrumentos de trabalho, acessórios, vestuários, modos de falar e se portar. A alegoria que mais chama atenção no figurino destes personagens são as máscaras. Cada máscara possui um desenho, forma e cores específicos. Pelas máscaras é possível identificar as profissões de cada um dos personagens. Observando as máscaras destes personagens, compreendemos que elas são mais do que uma alegoria de caracterização. Neste espetáculo, as máscaras são como que o resultado, a materialização e forma com que os afetos e intensidades pedem passagem no corpo do ator. Os atores incorporam e interpretam as máscaras. Elas são a expressão da simulação, mas não de uma simulação compreendida como falsidade ou fingimento, mas uma simulação compreendida como um fio condutor dos afetos, uma simulação que permite que os afetos possam ou não se efetuar. As máscaras são a materialização dos afetos e intensidades, elas compõem ou descompõem o personagem vivido (ROLNIK, 2014).

Os atores, ao incorporarem o personagem da máscara, experimentam os agenciamentos e os desejos desta máscara, incorporam os movimentos de afetos e de simulação que esta máscara produz, incorporam um modo específico de atuação. É como se as máscaras capturassem e se apropriassem do corpo-vibrátil dos atores. Deste modo, as máscaras parecem grudar no rosto dos atores e eles não parecem desconfortáveis em atuar com elas, eles assumem a mesma máscara durante todo o espetáculo.

Neste momento, os atores já não interagem mais só entre si e com o cenário, eles quebram a quarta parede e chamam o público para a cena. A interação chega a tal ponto, que já não se consegue mais distinguir os limites do palco. Todos estão atuando, no palco e na plateia. O SUS se propõe também quebrar a quarta parede, a romper com os limites do palco e abrir espaço para a participação social, buscando colocar todos os atores em cena (usuários, trabalhadores, cidadãos) para se articularem, integrarem e interagirem com os demais atores sociais, serviços e pontos que compõem a sua rede viva.

Alguns espetáculos possuem cenários, figurinos, sonoplastia magnificamente produzidos, mas a vida não está em cena. Percebemos que isso acontece quando os atores mobilizam para a encenação somente o texto, as técnicas de interpretação, o cenário e os diferentes elementos cênicos. Do mesmo modo, percebemos isso quando os trabalhadores de saúde mobilizam somente as normas, a infraestrutura, os recursos disponíveis, o roteiro. O roteiro do espetáculo SUS são as normas, os regulamentos, as prescrições, a organização do processo de trabalho, a modelagem de produção e todos os elementos que compõem as práticas e as rotinas dos serviços de saúde. Quando o ator encena somente o que está descrito no roteiro, os elementos “mortos” e “duros” capturam a leveza e criatividade da atuação do ator-trabalhador, que acaba reproduzindo práticas engessadas, duras e cristalizadas.

Portanto, é fácil apreender que foi justamente a entrada e atuação dos atores-personagens no palco que mobilizou a cena, que deu vida ao espetáculo. Foi a partir da interação dos atores-personagens que o espetáculo ganhou movimento e que o enredo ganhou sentido. O teatro e o trabalho em saúde possuem uma característica comum muito

marcante: é um trabalho que precisa ser predominante vivo² para mobilizar a cena, para produzir múltiplas formas de saúdes, saúdes inventadas pelos indivíduos e grupos (BRASIL, Ministério da Saúde, 2005).

O teatro e o trabalho em saúde são *trabalhos vivos em ato*, são trabalhos que só existem no exato momento de encontro dos sujeitos, no encontro dos artistas com a plateia, no encontro dos profissionais de saúde com os usuários (MERHY, 2014). Os atores são os trabalhadores, usuários, cidadãos que fazem a rede viva e o cotidiano do sistema de saúde. São eles que dão sentido, finalidade e leveza para todos os outros elementos. São as relações e a forma como interagem entre si e com esses elementos, que produzem o cuidado, que dão sentido à atenção em saúde, que produzem a vida. Suas alegrias e tristezas, sua motivação e indignação, seus conhecimentos e experiências, sua visão de mundo, tudo isso conta, e não só estão presentes na cena e no momento de atuação, como fazem parte e compõem o “espetáculo” que chamamos de SUS.

O espetáculo que buscamos construir é um espetáculo vivo em ato, aquele em que dobras, improvisos, cotidianos e diferentes saúdes têm espaço na cena. E para dar vida e leveza ao espetáculo, os atores precisam estar abertos para o improviso, para a produção de movimentos na cena da saúde, do sistema, dos serviços e das políticas; esse é o desafio do espetáculo!

Para improvisar, além de mobilizar as normas, técnicas e conhecimentos aprendidos em seu percurso formativo, os atores precisam mobilizar o seu corpo vibrátil, conhecer e reconhecer o cenário, os recursos cênicos disponíveis, assim como o trabalho dos colegas com que divide a cena. Os atores precisam disparar a função *radar*, isto é, mobilizar o seu corpo vibrátil e sensível para identificar as intensidades, vibrações e potencialidades para produzir novas formas, territórios, encontros e conexões. A atuação com o corpo vibrátil e com o radar ligado nos permite ativar a percepção e subjetividade, e assim, explorar os silêncios e riso do público, saber o momento ideal para dizer a próxima fala, dar uma deixa ao colega que esqueceu o texto, criar improvisos. O improviso é um trabalho coletivo. Além

² O trabalho vivo é quando o produto é produzido no exato momento em que o consumidor o consome (MERHY, 2014).

disso, o ator ao compor um personagem, faz uma alquimia entre as tecnologias, saberes, conhecimentos e valises que possui. É essa alquimia aliada com a alquimia apreendida pelo corpo vibrátil que permite que um ator dê vida a um personagem (que pode já ter sido interpretado e conhecido do público) do seu jeito e de um modo único, singular. É essa alquimia que dá a capacidade para o ator atuar com leveza e criatividade, é o que permite abrir fissuras nos roteiros cristalizados, instituídos e capturados. Não há harmonia que não seja produzida em ato e nela não há equilíbrio senão o de cada momento. Os atores precisam construir momentos e interações porque a cena se constrói a partir dessas produções.

Voltamos ao palco. A encenação continua intensa e viva, até que em um determinado momento as luzes do palco começam a reduzir. Da coxia surge uma nova personagem e o foco e a atenção da plateia volta-se sobre ela. A primeira coisa que chama atenção nesta personagem é que a máscara dela é diferente das máscaras dos demais personagens. A máscara dela não possui um desenho cristalizado que permite reconhecer e identificar o personagem, ao contrário, a máscara possui alguns desenhos de mandalas, que ficam realizando alguns movimentos que parecem representar fluxos de interações de redes e algumas dinâmicas de interações (CECCIM, 2005, 2009). Você percebe que as mandalas se movimentam e assumem outros desenhos e outras formas à medida que a personagem vai fazendo encontros e realizando ações. No exato momento em que é possível apreender que a máscara desta personagem realiza movimentos em forma de mandala, a cena se congela no palco. Todas os holofotes estão em cima desta personagem e ela, como se pudesse apreender a curiosidades dos demais a respeito de sua atuação, dirige-se à frente do palco, rompe a quarta parede e dirige-se a plateia e aos colegas de cena.

Respeitável público! Me chamo Vivian Costa da Silva, muito prazer! Sou muitos personagens: filha, irmã, esposa, amiga, mestrandia, profissional. Gosto de viajar, quero conhecer o mundo, adoro ler, cozinhar, tomar vinho, assistir seriados. Adoro exercitar o meu lado artístico. Gosto de produzir movimentos. Gosto de me encontrar com outros personagens da minha vida e, estes momentos de encontros, são os meus tesouros. Nestes encontros, afeto e sou afetada por eles, produzimos mundos juntos, nos in-mundamos, somos atravessados pelos mundos produzidos pelos outros sujeitos (ABRAHÃO et al, 2014). Assim, meus

personagens transitam por mundos domésticos, mundos espetaculares, desbravam mundos possíveis e, produzem múltiplos mundos profissionais, habitando mundos onde diferentes saúdes têm vigência. Da diversidade de personagens que sou e das múltiplas máscaras que experimento como atriz e vivente, quero falar de uma personagem em especial, a minha personagem Bacharela em Saúde Coletiva.

Há pouco tempo, foi criado o personagem BSC e, mais recentemente ainda, as cortinas do espetáculo SUS se abriram para a sua atuação e estes passaram a ocupar o palco. Assim como os atores iniciam o processo de criação de personagens pela caracterização física e psicológica, os profissionais recém-formados, ao caracterizarem seus personagens, se espelham em seus colegas de profissão, tem sua atuação dirigida por sua categoria profissional e pelo próprio mercado de trabalho. Mas, para os BSC isso é diferente. Não possuímos uma identidade profissional, muito menos temos constituída uma categoria profissional consolidada. O mercado de trabalho ainda nos desconhece, há poucas vagas de emprego disponíveis e somente alguns colegas estão atuando como BSC. Deste modo, os primeiros egressos dos CGSC são pioneiros na formação e no mercado de trabalho, são eles que estão no palco se experimentando em cena, desbravando e descobrindo as potências³ e possibilidades de sua atuação.

Nos meus encontros com os demais personagens BSC, da UFRGS e das demais instituições de ensino, compartilhamos as nossas múltiplas experiências de inserção e atuação. E por estas diferentes experiências fui afetada e inundada a tal ponto de este tornar-se o objeto da minha pesquisa. Quero dar espaço para as minhas afetações, para as experiências que vejo, escuto e compartilho. Quero dar visibilidade às experiências que caracterizam estes

³ Potência é a essência da vontade, é dizer sim ao dever. A potência é o que há de divino (produção e criação) em si. É uma força que procura a sua expansão. É a capacidade que a vontade tem de se efetivar, se manifestando no encontro com outras forças, no poder de existir, afetar e ser afetado. Atuar no mundo é criar sua própria condição de potência (NIETZSCHE, 2005; TRINDADE, 2013, 2014).

personagens. Quero saber mais sobre as experiências e potências deste personagem BSC.

Para pensar esta pesquisa, me aproprio do conceito de *experiência* proposto por Larossa (2002) como “aquilo que nos passa, ou que nos toca, ou que nos acontece, e ao nos passar, nos forma e nos transforma. Somente o sujeito de experiência está, portanto, aberto à sua própria transformação” (LAROSSA, 2002, p.26). Nesta compreensão, a experiência possui uma capacidade de formação e de transformação e eu, como BSC, sou um sujeito de experiência.

O sujeito da experiência seria algo como um território de passagem, algo como uma superfície sensível que aquilo que nos acontece afeta de algum modo, produz alguns afetos, inscreve algumas marcas, deixa alguns vestígios, alguns efeitos. [...] O sujeito de experiência é um ponto de chegada[...]. O sujeito de experiência é sobretudo um espaço onde têm lugar os acontecimentos. [...] O sujeito da experiência se define não por sua atividade, mas por sua passividade, por sua receptividade, por sua disponibilidade, por sua abertura. (LAROSSA, 2002, p.24)

Pensar nas experiências das inserções dos BSC, não pode se dar somente a partir expectativas da formação e produção de trabalho, é necessário prestar atenção ao espetáculo, porque cada BSC constitui a sua experiência de forma singular em cada ato e cena que vivencia. Por esta razão, me interessa cartografar as múltiplas e diversas experiências de inserção dos Bacharéis em Saúde Coletiva. Icle (2007) coloca em cena que “não se é ator, portanto, desde sempre, torna-se ator. Tampouco, não existe um único modo de ser ator, senão uma diversidade de possibilidades” (ICLE, 2007, p.6). Quero apreender as múltiplas possibilidades da atuação, os movimentos que estão sendo produzidos, descobrir as potências e as forças presentes na atuação do personagem BSC-Sanitarista.

Como cada experiência de inserção é diferente e singular em si, para conhecer as múltiplas experiências dos BSC, eu percebi que não posso realizar a minha pesquisa científica sozinha. Convidei alguns colegas egressos do GCSC da UFRGS para comporem comigo o elenco desta pesquisa e juntos formamos um grupo-pesquisador que construiu coletivamente uma intervenção teatral – Sanitaristas em Cena – que conta a história de nossas experiências como BSC. A produção desta intervenção teatral foi coletiva, o grupo-pesquisador atuou como atores, diretores, dramaturgos, cenógrafos, figurinistas, críticos,

etc. A intervenção teatral *Sanitaristas em Cena* foi apresentada durante o 12º Congresso Internacional da Rede Unida em março de 2016.

O teatro compõe esta pesquisa como *linguagem* capaz de mobilizar os desejos, sentidos, emoções, inteligência, criatividade, experiência e conhecimentos; como parte do *caminho metodológico* que permite criar um espaço de encontro, produção e invenção e; como um *dispositivo* que permite tornar meu corpo vibrátil de pesquisadora mais permeável à diversidade e as potências das experiências de atuação dos BSC-Sanitaristas.

Esta pesquisa-espetáculo-dissertação será apresentada em 4 atos, cada um destes atos constitui uma cartografia apreendida em uma etapa do processo desta pesquisa. O 1º Ato é intitulado *Primeiramente* e como o próprio nome já sugere, faço uma breve revisão e introdução sobre o surgimento do SUS, do campo da Saúde Coletiva, da criação dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva (CGSC), das particularidades do CGSC da UFRGS, apresento a caracterização dos egressos da UFRGS, falo sobre o mercado de trabalho e os movimentos que os egressos dos CGSC estão realizando para a regulamentação da profissão. Este ato é mais conceitual, uma revisão bibliográfica onde coloco em cena aspectos que considero fundamentais e essenciais para compreendermos as experiências de inserção dos BSC-Sanitaristas.

No 2º Ato falo sobre os *Caminhos de uma Pesquisa In-Munda*, relatando todo o processo de escolha da construção do projeto de pesquisa, meu contágio com o tema pesquisado, o delineamento metodológico, campo de pesquisa, análise, minhas inspirações teóricas e artísticas e apresento os sujeitos-elenco desta pesquisa.

Durante o 3º Ato, *Sanitaristas em Cena*, conto todos os aspectos do campo de pesquisa, desde o convite para o grupo-pesquisador compor o elenco, o modo como planejamos o processo da pesquisa, os encontros para discutirmos a argumentação, a dramaturgia e ensaios da peça, até a sua apresentação no 12º Congresso Internacional da Rede Unida. Finalizo este ato compartilhando a avaliação do grupo-pesquisador sobre o processo da pesquisa e dos dados produzidos.

O *Duelo entre Apolo e Dionísio* marca o 4º e último Ato, onde faço uma cartografia sobre as minhas afetações e percepções da pesquisa, articulando os

acontecimentos apreendidos no processo da pesquisa e apresentando-os a partir de uma análise realizada com base no livro *A visão dionisíaca de mundo* de Nietzsche.

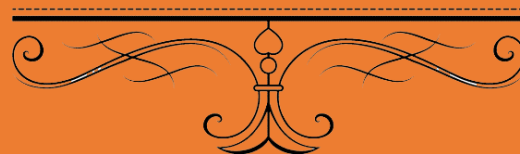
O **epílogo** encerra esta pesquisa-espetáculo trazendo minhas considerações finais do processo da pesquisa.

Esta dissertação também é composta por dois materiais, disponibilizados no Apêndice, o primeiro deles é um perfil dos BSC que comporam o grupo-pesquisador e, o segundo trata-se do roteiro da intervenção teatral *Sanitaristas em Cena*.



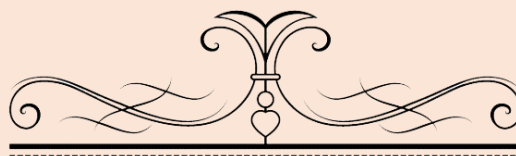
Ato 1

PRIMEIRAMENTE



Nós, os sem-nomes, os difíceis de entender, nós, os nascidos cedo de um futuro ainda indemonstrado - nós precisamos, para um novo fim, também de um novo meio, ou seja, de uma nova saúde, de uma saúde mais forte, mais engenhosa, mais tenaz, mais temerária, mais alegre, do que todas as saúdes que houve até agora. Aquele cuja alma tem sede de viver o âmbito inteiro dos valores e anseios que prevaleceram até agora e de circunavegar todas as costas desse “mar mediterrâneo” ideal, aquele que quer saber, pelas aventuras de sua experiência mais própria, o que se passa na alma de um conquistador e explorador do ideal, [...] Este precisa, para isso, primeiro que tudo, de uma coisa, da grande saúde - de uma saúde tal, que não somente se tem, mas que também constantemente se conquista ainda, e se tem de conquistar, porque sempre se abre mão dela outra vez, e se tem de abrir mão!... E agora, depois de por muito tempo estarmos a caminho dessa forma, nós, argonautas do ideal, mais corajosos talvez do que prudentes, e muitas vezes naufragados e danificados, mas, como foi dito, mais sadios do que gostariam de nos permitir, perigosamente sadios, sempre sadios outra vez - quer-nos parecer que, em recompensa por isso, temos diante de nós uma terra ainda inexplorada, cujos limites ninguém mediu ainda, um além de todas as terras e rincões do ideal conhecidos até agora, um mundão tão abundante assim como nossa sede de posse, ficam fora de si - ai, que doravante nada mais nos pode saciar!

Friedrich Nietzsche, A grande saúde.

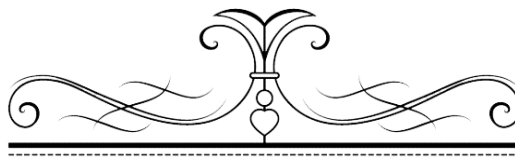


ATO 1: PRIMEIRAMENTE

No meu primeiro semestre (2010/1) do Curso de Graduação em Saúde Coletiva (CGSC) da UFRGS fui apresentada para *a grande saúde* proposta por Nietzsche. Lembro como se fosse hoje das afecções que este texto despertou em mim. Me dei conta do quanto era idealizada e, por vezes utópica, a saúde que eu desejava. Lembro de que me parecia que Nietzsche falava dos BSC-Sanitaristas quando disse “nós, os sem-nome, os difíceis de entender, nós, os nascidos cedo de um futuro ainda indemonstrado”. Lembro de olhar para os lados e reconhecer nos colegas e nos professores outros argonautas deste ideal da Saúde Coletiva. Lembro de me sentir corajosa e perigosamente sadia ao fazer uma aposta em uma formação tão inovadora. E me lembro de ter a certeza, que doravante aquele momento, nada mais poderia me saciar em busca deste ideal. Seis anos depois, ao fazer o meu estágio docente na Unidade de Produção Pedagógica (UPP)⁴ de Políticas Públicas e Sistemas de Saúde I, me reencontro com o mesmo texto, na mesma sala, com o mesmo professor (hoje meu orientador) e apreendo o quanto esta leitura ainda dispara agenciamentos em mim.

Antes de cartografar as experiências, as aventuras, as descobertas e as viagens dos BSC-Sanitaristas por este “futuro indemonstrado” e hoje um presente ainda incerto, antes de falar desta terra que começamos a explorar e a desbravar fronteiras; me parece necessário falar sobre essa tal Saúde Coletiva, sobre esse tal CGSC que forma “argonautas” que estão no lugar do novo, dos pioneiros, dos desbravadores. Assim, primeiramente, faço uma breve revisão bibliográfica e conceitual que acredito que contribuirá para compreender como os primeiros egressos do CGSC da UFRGS estão circunavegando e experienciando serem BSC.

⁴ A estrutura curricular do CGSC da UFRGS está organizada em Unidades de Produção Pedagógica (UPP), que articulam conteúdos e práticas por núcleo de saberes e conjuntos de conhecimentos interdisciplinares, articuladas longitudinalmente e sequencialmente (UFRGS, 2008).



Cena 1

A SAÚDE COLETIVA

A Saúde Pública tradicional representa o modo hegemônico de se produzir saúde no Brasil e, constituiu-se a partir do modelo biomédico, tendo como objeto de trabalho as doenças e os corpos doentes fragmentados em órgãos, compreendendo a saúde como a ausência de doenças. Com métodos de trabalho inspirados na teoria de sistemas e no paradigma mecanicista, o trabalho é organizado de forma fragmentada, hierárquica, especializada, individual. A atuação tem como foco a perspectiva biológica do processo saúde-doença, tem o médico e o hospital no centro da atenção em saúde, e a atenção prevê um grande consumo de consultas e exames e é marcada pelo predomínio das tecnologias duras e leve-duras (CAMPOS, 2000; CECCIM, 2009; MERHY, 2000,2006).

No Brasil, durante a década de 70, o sistema de saúde apontava uma grave crise no modelo biomédico vigente, revelando características como: desigualdade nos acessos às ações e aos serviços de saúde; centralização na esfera federal de todas as decisões importantes à saúde pública ou à assistência médico-sanitária; separação entre as ações curativas e as de prevenção e promoção da saúde; concentração dos recursos nas atividades destinadas à assistência hospitalar e disputa orçamentária entre saúde e previdência social. (ARMANI, 2007, p. 42)

A área da saúde no Brasil identifica, nos anos 70, uma “crise na saúde pública” que envolvia questões financeiras, políticas e de legitimidade. Esta crise disparou um debate teórico, empírico, paradigmático e político dentro das instituições acadêmicas e deu origem a discussão sobre uma “nova saúde pública”. Esses movimentos acadêmicos e sociais formularam e executaram um conjunto de mudanças propostas e identificadas como Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que se tratou de um movimento político de luta pela redemocratização país, travando uma luta contra hegemônica ao modelo instituído de saúde no Brasil (PAIM, 1998, 2000).

A luta da RSB foi a favor da emancipação dos atores sociais, da reconfiguração do objeto de trabalho para a saúde, da reinvenção das práticas profissionais que para identificar os problemas sociais de saúde, defesa da busca de soluções singulares e de espaços institucionais abertos para relações sociais orgânicas, através de uma organização de trabalho mais dinâmica onde os trabalhadores mobilizassem suas subjetividades através de

ações transformadoras e emancipatórias. Assim, a RSB ao elaborar uma proposta para enfrentar a crise na saúde pública acabou propondo uma mudança conceitual que foi denominada como Saúde Coletiva, deslocando assim, as ênfases de compreensão do processo saúde-doença, das estruturas, dos atores, do corpo, do processo de trabalho, entre outros (CAMPOS, 2000; PAIM, 1998, 2000, 2008).

A Saúde Coletiva integrou, ao mesmo tempo, uma corrente de pensamento e um movimento social como resultado da crítica aos diferentes movimentos e projetos de reforma em saúde ocorridos nos países capitalistas no século XX e do diálogo com a produção internacional. (ARMANI, 2007, p.40).

Como resultado desta luta, a Constituição Federal Brasileira de 1988 (CF 88) incorporou algumas mudanças na compreensão de saúde e propôs uma nova forma de organização, tais como: mudança conceitual e doutrinária, compreendendo a saúde como qualidade de vida e não somente como ausência de doenças; mudança política, compreendendo a saúde como um “direito de todos” e “dever do Estado” e; mudança estratégico-operacional, propondo um novo desenho de organização do sistema de saúde, tendo comando único em cada esfera de governo, através de uma rede regionalizada e hierarquizada, inserindo o controle social, e priorizando a Atenção Básica como porta de entrada dos serviços (ARMANI, 2007; BRASIL, 2016a; PAIM, 2000).

O SUS é organizado com base nos princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social, e incorpora na sua gestão princípios como a flexibilização, a descentralização dos processos de decisão do trabalho e o controle de resultados com ênfase na qualidade e eficiência dos serviços prestados. É um sistema policêntrico, organizado em redes de serviços compostos por equipes multiprofissionais, que utilizam a integralidade como eixo norteador do cuidado em saúde, colocando o sujeito-cidadão-usuário no centro da atenção, considerando o contexto singular de cada ação, a construção de vínculo, de espaços de diálogo, de projetos terapêuticos singulares e a construção coletiva de soluções em saúde (BRASIL, 2016a; FEUERWERKER, 2011; VAISTMAN, 2000 e 2001; SILVA, 2014).

É preciso salientar que, embora o SUS tenha sido criado a partir da ideia de Saúde Coletiva, não houve um momento de transição formal de uma concepção para a outra, nem uma superação, nem uma ruptura. Muito menos podemos compreender Saúde Pública

como dual a Saúde Coletiva, uma vez que ambas concepções possuem divergências, mas também possuem muitas confluências e convergências. Ambas as concepções coexistem e estão vigentes no cotidiano dos serviços e sistema de saúde e, disputam espaço, imaginário, práticas e modo de produzir saúde (CHIAVENATO, 2011; OLIVEIRA, 2009).

A Saúde Coletiva desloca o objeto de trabalho da área da saúde, passando das doenças/ausência de doenças para as necessidades de saúde da população, compreendendo a saúde como qualidade de vida e processo social.

Define-se, então, a Saúde Coletiva como uma área do saber que toma como objeto as necessidades sociais de saúde (e não apenas as doenças, os agravos ou os riscos) entendendo a situação de saúde como um processo social (o processo saúde-doença) relacionado à estrutura da sociedade e concebendo as ações de atenção à saúde como práticas simultaneamente técnicas e sociais. (SOUZA, 2014, p.11).

Com este deslocamento, a Saúde Coletiva preconiza que o trabalho em saúde seja vivo em ato, realizado nos encontros entre sujeitos com o uso predominante de tecnologias leves (MERHY, 2000). Assim, passa a se preconizar que o trabalho em saúde seja feito em equipes multiprofissionais e multidisciplinares como uma estratégia de integrar conhecimentos para compreender as distintas realidades dos usuários e territórios e se comprometer com ações e forças capazes de modificar essa realidade (PAIM, 1998).

A proposta da Saúde Coletiva para pensar a produção de cuidado e de saúde de outra forma acaba impactando no modo de se fazer a clínica. O modelo predominante da clínica é individual, feita com o *outro* e através de um contrato singular, baseado no modelo cartesiano, portanto, fragmentada, sistêmica, hierarquizada, especializada, etc. e; tem como marca uma compreensão dualista do homem, onde a matéria e espírito são dicotômicos. Nesta clínica, a doença é vista como um problema político e é exercida especialmente nos hospitais (FOUCAULT, 2010). A clínica instituída é um espaço para as doenças, espaço onde impera os discursos de adoecimento, onde o biopoder dita o que é ser saudável ou não, e disciplina os corpos doentes e saudáveis. Uma clínica onde as tecnologias leves não têm espaço, porque o encontro dos profissionais de saúde com os usuários é um espaço fechado e protegido e serve para compor o indivíduo em um conjunto de sintomas. É uma clínica onde a terapêutica é prescrita pelo profissional, que ocupa o lugar de detentor de conhecimento, uma clínica que se efetua com o alto consumo de consultas, receitas, exames (FOUCAULT, 2001).

[...] A clínica aparece para a experiência do médico como um novo perfil do perceptível e do enunciável: nova distribuição de elementos discretos no espaço corporal, [...] reorganização dos elementos que constituem o fenômeno patológico, [...] definição das séries lineares de acontecimentos mórbidos [...], articulação da doença com o organismo [...]. Toda a relação do significativo com o significado se redistribui, e isto em todos os níveis da experiência médica: entre os sintomas que significam e a doença que é significada, entre a descrição e o que é descrito, entre o acontecimento e o que ele prognostica, entre a lesão e o mal que ela assinala, etc. (FOUCAULT, 2001, p.7).

Na clínica vigente, os diagnósticos são feitos a partir da análise de discurso, a partir do que os profissionais de saúde, em especial os médicos, compreendem como significativo e significado do processo de saúde e doença, sem considerar as possibilidades de discursos de adoecimento e, menos ainda, as experiências de adoecimento dos usuários. Deste modo, é uma clínica onde se repete valores, normas e signos já instituídos sobre a doença, uma clínica que reproduz paixões tristes⁵, é uma clínica conservadora (FOUCAULT, 2001).

A clínica proposta pela Saúde Coletiva é uma clínica que tem como foco a saúde, ela é coletiva, ela é um espaço para a saúde acontecer. É importante destacar que por coletivo não se trata de uma consulta em grupo, mas sim de uma nova arquitetura, de um novo olhar para o usuário/sujeito. A clínica da Saúde Coletiva é uma clínica monista, que compreendem a matéria e o indivíduo como uma coisa só e, assim, preconiza a integralidade do sujeito, considera a sua subjetividade, colocando-a em cena. É uma clínica que coloca a saúde e o sujeito em cena. A clínica da Saúde Coletiva tem um saber problematizador da realidade. É uma clínica onde o profissional de saúde reconhece o saber do outro, faz uma escuta qualificada e se coloca em alteridade no momento de encontro com o outro (BRASIL, 2005). As tecnologias leves invadem este momento de encontro, produz relação e interação, e assim, profissionais e usuários produzem mistura de corpos, produzem a diferença, produzem novos afetos, produzem movimentos e conseguem produzir coletivamente um projeto terapêutico singular.

⁵ No encontro, quando os corpos se afetam, eles produzem paixões que podem ser tristes ou alegres. As paixões tristes são aquelas que sustentam a posição atual dos corpos, sem produzir diferença e que não colocam a potência de agir, paralisando e domesticando o desejo. Já as paixões alegres são aquelas produzem movimentos, fazendo com que o desejo e o pensamento se expandam, colocam a potência de agir, aumentando o afeto e expandindo a potência (DELEUZE, 2011c).

Trabalhar com as necessidades sociais de saúde convida os trabalhadores de saúde a se colocarem nos encontros com os outros (profissionais e usuários) com alteridade, para que possam de fato conhecer o usuário de forma singular, identificando as suas crenças, sua cultura, suas intenções, para que ele conheça as complexidades e o contexto social do território em que está inserido. Somente fazendo problematizações a partir de cada usuário e território é que o trabalhador de saúde conseguirá fazer uma clínica usuário-centrada que tem como foco de atenção e prática as necessidades sociais de saúde do usuário (CECCIM, 2009; PAIM, 2000).

Minha intenção aqui é sinalizar que a Saúde Coletiva convida para uma outra clínica, uma clínica com outras práticas profissionais, com uma *práxis* que borra a fronteira entre o biológico e o social, que incorpora o complexo promoção-saúde-doença-cuidado, que visa a produção de saúde e que preconizando novos modos de produção em saúde (PAIM, 2000). Entendo que o campo da Saúde Coletiva faz um convite para que o trabalhador atue como um “técnico de necessidades de saúde e um gerente de processos de trabalho em saúde, comprometido com os valores de solidariedade, igualdade, justiça e democracia. É, portanto, um militante sociopolítico da emancipação humana” (SOUZA, 2014, p.18).

Na clínica da Saúde Coletiva, os trabalhadores de saúde são convidados a mobilizar na cena do trabalho em saúde mais do que os seus saberes técnicos e científicos específicos de sua profissão e formação e da carga de trabalho física; os trabalhadores de saúde são convidados a mobilizarem as suas subjetividades para disputar as práticas e organizar a produção do trabalho. Os trabalhadores de saúde são convidados a participarem ativamente dos processos de trabalho em saúde, levando para a cena o seu modo de agir, suas afecções e afetações, suas intencionalidades, sua cultura, suas visões de mundo, suas necessidades, sua criatividade, etc. (CECCIM, 2009; PAIM, 2000).

E para trabalhar neste contexto, o profissional de saúde precisa trabalhar em equipe; construindo coletivamente os conhecimentos, ações, intervenções e soluções; com governabilidade para modelar os processos de trabalho de acordo com as necessidades apreendidas em cada território, reinventando as práticas de saúde; com responsabilidade e autonomia para interferir nas regras, protocolo; participando da gestão e planejamento, contribuindo com as decisões políticas; fazendo a gerência estratégica de recursos; fazendo pactuações e acordos; borrando as fronteiras de suas práticas e incorporando em sua

atuação o plano político, compreendendo e mobilizando a dimensão micropolítica presente nas complexidades do mundo do trabalho em saúde (CECCIM, 2009; MERHY, 2014; PAIM, 2000).

A Saúde Coletiva convida os trabalhadores de saúde para uma atuação viva em ato, para uma atuação em devir⁶. Uma atuação profissional em devir significa que a cada encontro e a cada nova cena, a atuação é diferente, é singular, é uma atuação feita com a função radar e com o corpo vibrátil do trabalhador. É uma atuação que produz movimentos, cria e articula fluxos, faz novos arranjos e novos desenhos, imprime novas cores, é criadora e inventiva; dá novos sentidos, constrói novos territórios⁷ de existência; propõe outras práticas e fazeres possíveis; abre fissuras; faz dobras e conexões rizomáticas, produz sentido para as vivências e experiências, fabrica mudanças; potencializa as existências que pedem passagem pela saúde.

Se há uma reversão de pensamento sobre o sistema de saúde, igualmente deve haver uma reversão de pensamento na formação. Uma formação de sanitaristas para um sistema de saúde ou para diagramas singulares? Para uma nova exigência de formação cabe pensar não o que é ou o que deve, mas o que pode uma formação: buscar potência, levantando questões, investigando realidades e interrogando paisagens, na perspectiva de uma aprendizagem de si, dos entornos e dos papéis profissionais. (ARMANI, 2007, p.60)

Penso que a nova *práxis* profissional proposta pela Saúde Coletiva e este convite subliminar para uma atuação em devir acabam indiretamente estabelecendo um modelo ideal de profissional para a Saúde Coletiva. Este modelo ideal acaba orientando a formação

⁶ O devir não é evolução, correspondência de relações, semelhança, imitação, identificação, progredir ou regredir, não é produção, não é filiação, imaginação, sonhos ou fantasmas, também não tem sujeito e nem termo. Deleuze e Guattari (2011a) consideram que o ser não possui um Uno original, e assim sendo, o devir seria como um movimento de constituição e desaparecimento das singularidades e o surgimento das multiplicidades. Nesta compreensão, o devir é a multiplicidade, é o real, é um rizoma, um verbo, a produção dele próprios, é um processo de desejo e vida, é uma zona de vizinhança, é aliança, é o entre, é a potência de acontecer em ato, é o conteúdo do próprio desejo, é quando o desejo é preenchido em ato por aquilo que acontece. É uma realidade e experimentação (DELEUZE, 2011a; FUGANTI, 2012; VASCONCELLOS, 2005).

⁷ O território é a expressividade de um conjunto de elementos que ordenam e constituem o sujeito, formam projetos e representações, é uma dimensão subjetivante do agenciamento. É sinônimo de apropriação e subjetivação. Territorializar é o ato de tornar expressivo estes elementos. Desterritorializar é o movimento de deixar o território em que se encontra, criar rupturas, linhas de fuga que remetem a outros territórios possíveis. Reterritorializar é um movimento sempre por vir a ser construído sobre o território. É uma tentativa de recomposição de um território. Territorializamos, desterritorializamos, reterritorializamos (inclusive sobre a própria desterritorialização) (ZOURABICHVILI, 2004).

dos profissionais na área, em especial; diz das expectativas sobre a formação e atuação profissional dos BSC. Assim, apreendo que este modelo ideal de trabalhador de saúde constitui um imaginário sobre o que é ser um BSC-Sanitarista e, este imaginário recomenda uma conduta de atuação, uma forma de agir e uma prática específica de atuação do BSC. Este modelo ideal constitui um indivíduo fixo, um modo de existência, uma identidade prévia sobre o que se espera de um sanitarista.

Para pensar nesta atuação profissional, também é necessário compreender que os saberes e práticas são organizados e institucionalizados através de núcleos e campos. Segundo Armani (2007), “o núcleo demarcaria a identidade de uma área de saberes e de práticas profissionais, e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscaria em outro apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (ARMANI, 2007, p.45). A Saúde Coletiva é um campo interdisciplinar e multiprofissional e, assim, o seu núcleo não é fechado e fixo em uma identidade única, ele possui fronteiras borradas e imprecisas. Na área da Saúde Coletiva,

[...] tanto o núcleo quanto o campo seriam, pois, mutantes e se interinfluenciariam, não sendo possível detectar-se limites precisos entre um e outro. Contudo, no núcleo, haveria uma aglutinação de saberes e práticas, compondo uma certa identidade profissional e disciplinar. Metaforicamente, os núcleos funcionariam em semelhança aos círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada. O campo seria a água e o seu contexto. (CAMPOS, 2000, p.221)

Podemos compreender que tanto o campo como o núcleo da Saúde Coletiva não possuem fronteiras precisas e bem delimitadas e, que o núcleo como constitutivo de uma identidade profissional, este núcleo e identidade referem-se ao imaginário e ao modelo ideal de trabalhador da Saúde Coletiva. Deste modo, a Saúde Coletiva não é compreendida nesta pesquisa-espetáculo como um *programa* que fala sobre um campo de saber já constituído, como uma identidade fixa, como um plano de formas e representações, mas compreendo a Saúde Coletiva como um *projeto* que fala sobre a processualidade da construção deste saber enquanto ainda não capturado pelas disciplinas, como plano de forças intensivo, como produção de movimento (GUIMARÃES, 2015).

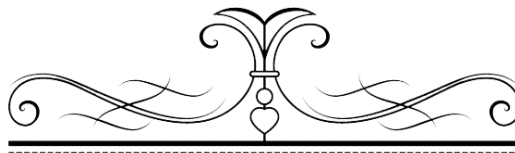
Deste modo, vale ressaltar que o coletivo da Saúde Coletiva não diz sobre uma práxis e clínica feita com uma *população* que remete à ideia de público ou como uma parte de técnica de governo da democracia; tampouco este coletivo pode ser compreendido como

sociedade civil que remete à ideia de movimentos sociais enquanto mediadores dos interesses homogêneos do mercado e das necessidades sociais; nem como *grupo* que pode ser compreendido como um conjunto, como uma “mente coletiva” oposta à ideia de individual, mas compreendida como totalidade. O coletivo da Saúde Coletiva é inespecífico (o que não significa vazio de sentidos), é compreendido como um espaço carregado de potência, uma vez que é sobre esse plano que diferentes forças disputam e cooperam para a construção de um projeto comum (GUIMARÃES, 2015).

É exatamente como potência que o coletivo entra para compor a minha compreensão sobre a Saúde Coletiva. O coletivo entendido como potência fala sobre a processualidade, é uma dimensão intensiva de diferentes forças, é potente justamente por produzir movimentos nestas forças, por constituir subjetividades, por dar expressão e composição para as singularidades. Este coletivo oportuniza que a imaginação, compreendida como resultado das paixões alegres e tristes produzida pelos afetos no encontro dos corpos, dispute e coopere na composição de noções comuns enquanto singularidades produzidas nas diferenças, abrindo os corpos para os devires, trocas e a construções coletivas de conhecimentos, aumentando a capacidade de ação dos sujeitos (GUIMARÃES, 2015).

Esta produção de singularidades pela diferença permite explorarmos a variação enquanto atributo da potência que dispara a imaginação, produzindo movimentos nos desejos, razões e resistências para composições singulares e de noções comuns. Deste modo, apreendemos que “a força do coletivo está na característica de variação” (GUIMARÃES, 2015, p.88) e que o coletivo torna-se potência ao mobilizar a imaginação para compor noções comuns e, assim, fabricar essas singularidades.

Somente considerando a saúde como um conceito ampliado e compreendendo o coletivo como potência, é que se torna possível fazer uma clínica em ato, com uma *práxis* singular em cada atuação profissional. Porque é somente no campo de forças, na produção de movimentos constituintes e na variação que se efetua, que se faz possível instaurar e atuar em devir.



Cena 2

A FORMAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

As formações de profissionais em saúde no Brasil foram/são influenciadas pelo paradigma mecanicista que acabam engendrando profissionais assistencialistas, com olhar técnico e especialista. A formação de sanitaristas surge no Brasil, em 1920, como uma especialidade médica (exclusiva aos médicos), a fim de formar um profissional com uma visão mais generalista na área. Ao longo dos anos, a formação passou por transformações e, na segunda metade do século passado, a pós-graduação deixou de ser exclusiva aos médicos e começou a ser ofertada para todos os profissionais, inclusive fora da área da saúde, constituindo-se assim como uma pós-graduação multiprofissional (BELISÁRIO, 2013; RUELA, 2013).

Os sanitaristas assumiram diferentes práticas profissionais e passaram por diversas transformações em sua formação ao longo dos anos. Ora atuaram como campanhistas e desenvolvimentistas, ora como vigilantes que conheciam todos os territórios, ora como diplomatas de saúde que não possuíam capacidade de intervenção, ora como racionalizadores/modernizantes, ora como dirigentes, ora como médicos-sociais, ora como epidemiologistas, ora como políticos, ora como técnicos, ora como gerencialistas, ora como generalistas (RUELA, 2013).

A atuação do sanitarista ficou fortemente marcada por seu caráter gerencial e atuação nas unidades de administração e gerenciamento centrais, o que reforçou a ideia de complementar uma graduação com a pós-graduação em Saúde Coletiva. Com a RSB surgiu a necessidade de organizar a formação em Saúde Coletiva em três eixos estruturantes: 1- epidemiologia, 2- ciências sociais, e 3- planejamento e administração em saúde. Para contribuir com a consolidação do campo da Saúde Coletiva e com a inclusão de conteúdos específicos da área dentro das graduações de saúde, foi criada, em 1979, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), atualmente denominada Associação Brasileira de Saúde Coletiva (SOUSA, 2015). Com estas mudanças na formação dos sanitaristas, surge o debate no campo da Saúde Coletiva, que a formação destes profissionais era “por vezes mais generalista, outras mais semi-especialistas (vigilância,

epidemiologia, etc.)” (ARMANI, 2007, p.112) e que era necessária uma formação de perfil mais singular, múltiplo e generalista.

[...] Coloco o trabalho e a educação em um tramado de múltiplos nós entre exercício e formação profissional; coloco a identidade sanitaria, como na história se inventou a Saúde Coletiva, e submeto esse ator e sua educação à alteridade com uma nova subjetividade em estado nascente, um *sócius* em estado mutante e um meio ambiente no ponto em que pode ser reinventado: ressingularização do sanitaria. (ARMANI, 2007, p.112)

Os debates evidenciaram que a formação de sanitarias “na modalidade pós-graduada não responde suficientemente, em volume e agilidade, à crescente demanda por profissionais de Saúde Coletiva no Brasil” (BELISÁRIO, 2013, p.1626), assim como “se evidenciou a necessidade da formação de um profissional com identidade específica, diferente daquela propiciada por outras graduações” (BELISÁRIO, 2013, p.1626).

Nos anos 2000, surge o debate sobre os Cursos de Graduação em Saúde Coletiva (CGSC) no Brasil. Atualmente, a oferta de formação de sanitarias se dá em três distintas modalidades: especialidade médica, pós-graduação multiprofissional e bacharelado (RUELA, 2013).

A justificativa para a criação dos CGSC se basearam em três principais argumentos. O primeiro deles é que com a criação do SUS, a Atenção Básica surge como a porta de entrada do sistema de saúde e; para ofertar esta nova organização do sistema, a municipalização, a regionalização e a descentralização surgiram como estratégias para garantir a expansão da rede de serviços de saúde ofertados para a população. Assim, o SUS necessitava de profissionais com formação específica para implementar a mudança do modelo de atenção à saúde (BELISÁRIO, 2013; CEZAR, 2015; RUELA, 2013).

A criação dos CGSC foi uma decisão ancorada, principalmente, no atendimento a uma demanda reprimida por parte dos gestores do SUS de preencher os vazios de profissionais em muitas localidades e serviços. Essa realidade vinha sendo problematizada há muito tempo pelo Ministério da Saúde, juntamente com os gestores dos Estados e Municípios. Portanto, antecipar a formação do sanitaria é considerado uma estratégia importante para a mudança no modelo de atenção à saúde no país e criação de um novo ator em defesa da RSB e do SUS. (PAIM, 2013, p.16)

Ou seja, a RSB e o SUS fizeram emergir a necessidade de redefinir os perfis dos profissionais de saúde através de uma formação que contemplasse a diversidade de inserções e atuações propostas pelo SUS. Além disso, o segundo argumento refere-se ao

fato de que, para garantir a consolidação da RSB e do SUS através da ampliação da rede de serviços, novos postos de trabalho estavam sendo abertos e eram necessários profissionais qualificados para ocuparem estes diversos cargos dentro do sistema de saúde, em especial, nas áreas de gestão. Os profissionais que ocupavam e ocupam estes cargos são os sanitaristas formados na pós-graduação (BELISÁRIO, 2013; CEZAR, 2015; RUELA, 2013).

O terceiro argumento surge do fato de que a formação de sanitaristas na pós-graduação é demasiadamente longa e subordinada a concepção de saúde biomédica. Longa uma vez que o profissional precisa ter uma graduação anterior e, normalmente, esta formação anterior está subordinada a concepção tradicional de medicina: médica-doença-hospitalocêntrica. Deste modo, formar sanitarista no nível de graduação anteciparia a formação deste profissional e também poderia corrigir o perfil profissional desejado para esta formação (BELISÁRIO, 2013; CEZAR, 2015; RUELA, 2013).

O Projeto Político Pedagógico (PPP) da UFRGS ressalta ainda que o BSC-Sanitarista pode contribuir para evitar a “reprofissionalização” na pós-graduação, uma vez que a formação destes

[...] profissionais [BSC-Sanitaristas] cujo investimento público seja mais consequente na esfera da educação superior básica (bacharelado), reservando a pós-graduação para as áreas de real especialidade ou para o desenvolvimento da pesquisa, racionalizando e otimizando a oferta de subespecialidades e formando, no âmbito do *stricto sensu*, para o desenvolvimento da ciência, tecnologia e inovação em saúde (UFRGS, 2008, p.13).

Outro destaque que o PPP da UFRGS faz é ao fato de que na grande área da saúde da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES) a Saúde Coletiva era a única área que não havia profissionalização (UFRGS, 2008).

O principal argumento contrário à criação dos CGSC era que o SUS não precisaria de uma outra categoria profissional, mas de profissionais de saúde com o perfil adequado para atuarem no sistema de saúde e, que o movimento para a formação destes profissionais foi iniciado através da criação de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a área da saúde. Este argumento foi refutado com a justificativa que somente a reorientação da formação dos profissionais de saúde não garantiam as mudanças do modelo médico hegemônico tradicional para o modelo da Saúde Coletiva (RUELA, 2013).

O processo de criação e consolidação dos CGSC, é um processo histórico e contraditório. Histórico,

[...] porque a formação de sanitaristas não se inicia com esta nova modalidade proposta e, sendo produto da ação humana, está em constante transformação, não é eterna nem neutra, expressa sempre um determinado sentido. Totalidade, porque, enquanto fenômeno histórico, os CGSC precisam ser analisados e compreendidos em mediação com as mudanças que se dão na produção e na cultura, no conjunto da vida social (RUELA, 2013, p.57)

Os CGSC não são somente uma realidade brasileira, existem formações semelhantes em países como o México e Espanha (ARMANI, 2007). No Brasil, a formação em Saúde Coletiva na graduação é um projeto de profissionalização quem tem em vista o Sistema Único de Saúde, por esta razão, é transversal às políticas públicas e tem como centro

[...] a produção de subjetividades e a problematização de conhecimentos, cuja relevância não estivesse na transmissão de conteúdos, mas nas operações de si e de interferência no trabalho que o conhecimento e o desenvolvimento de si permitem realizar, necessariamente articulados com as necessidades sociais de saúde, para assegurar a contextualização na realidade a conhecer, mudar, escutar e corresponder. (ARMANI, 2007, p.23)

No contexto dos debates teóricos e políticos nos diferentes cursos, é possível afirmar que a formação do BSC-Sanitaristas não visa à prescrição de um perfil ou de uma identidade fixada em competências e habilidades, não prescreve um heterogêneo, nem uma única prática específica, tampouco possui um currículo focado nos conteúdos e cargas horárias (ARMANI, 2007). A formação dos BSC-Sanitaristas é uma formação que visa a pensar a saúde; é uma formação que acontece em movimento, engendrada com as políticas públicas e com os territórios e usuários de inserção; é uma formação que agencia novas percepções de mundo, que agencia a construção e produção de mundos e de vida, que agencia a subjetivação dos profissionais para a defesa da vida (ARMANI, 2007). O processo de formação do BSC-Sanitarista é uma travessia e borramento de fronteiras, é um processo educativo que propõe o constante debate e reflexão sobre a tensão instituído e instituinte na saúde, assim, estes profissionais tendem a ter um olhar inquieto e uma atuação que produz dobras, movimentos, rupturas (CECCIM, 2009).

No momento, existem 21 CGSC no Brasil, sendo dois deles em universidades privadas e os demais em universidades públicas. Estes 21 cursos possuem nomenclaturas divergentes - Saúde Coletiva, Saúde Pública, Gestão em Saúde, Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde,

Saúde Ambiental, etc. – situação essa que reflete não só a multiplicidade e singularidades dos cursos, como também indica que o processo de criação e consolidação dos CGSC ainda está em andamento. Existe um movimento e articulação entre os cursos para a convergência de nomenclatura para Saúde Coletiva. A maior parte destes cursos funcionam no período noturno, conforme recomendação do Programa do Governo de apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais Brasileiras (REUNI), de onde a maior parte dos cursos é oriunda, o que é um desafio para estes cursos viabilizarem cenários de práticas, estágios, disciplinas optativas, participação em pesquisa e extensão, etc., uma vez que, a grande maioria de seus alunos são trabalhadores (ABRASCO, 2011; CEZAR, 2015; LORENA, 2016b).

Desde o começo do processo de criação dos CGSC há o debate sobre o referencial teórico do curso e a tentativa de expressá-lo através das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). As DCN é o documento que serve de base para a elaboração dos currículos adotados pelas Instituições de Ensino Superior e que, conforme orientações do Ministério da Educação, devem conter o perfil do egresso, temas e ambiente de atuação e infraestrutura. Em 2009, foi criado o Fórum de Graduação em Saúde Coletiva (FGSC) da Abrasco, que tem como um de seus objetivos o debate e construção de uma minuta das DCN do Bacharelado em Saúde Coletiva⁸. A construção destas DCN foi feita nacionalmente, com a participação de docentes, discentes e egressos, que enviaram sugestões e contribuições para o FGSC, que após analisa-las e sistematiza-las, constituíram a minuta das DCN. Esta minuta foi apresentada e aprovada durante o 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (2015) e atualmente encontra-se em trâmite de aprovação nos Ministérios da Saúde e Educação e Conselho Nacional de Saúde.

As DCN da Saúde Coletiva colocam em cena alguns aspectos da formação de BSC, tais como atributos, currículo, linhas de formação, áreas de atuação, etc. Em relação as áreas de atuação, não há um consenso sobre a compreensão do público-estatal e privado-complementar como únicos. É possível identificar algumas resistências e ponderações entre

⁸ A proposta de minuta das DCN da Graduação em Saúde Coletiva está disponível através do sítio do FGSC – Abrasco: <<http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/06/DCN-CGSC-versao-junho-2015.pdf>>.

egressos, docentes e discentes (RUELA, 2013). As DCN da Saúde Coletiva apontam para esta compreensão única do SUS e reforçam que a atuação pode se dar em todos os níveis de atenção, gestão e educação em saúde e nos âmbitos de serviços locais, regionais, nacionais e internacionais (ABRASCO, 2015). Deste modo, é possível identificar a suma importância das DCN da Saúde Coletiva porque são elas que definem o perfil dos profissionais, a estrutura que os cursos precisam para a formação, os componentes curriculares básicos, a organização e avaliação dos cursos e o propósito da atuação profissional.

O CGSC da UFRGS foi criado em 2008 com o ingresso da primeira turma de discentes em 2009/1. Seu currículo e Projeto Político Pedagógico (PPP) possuem algumas divergências com esta proposta de minuta das DCN da Saúde Coletiva que está em processo de aprovação. Para corrigir estes aspectos, a Comissão de Graduação (COMGRAD) do curso propôs a 1ª Semana Pedagógica da Saúde Coletiva (em agosto de 2016) para discutir as questões divergentes e elaborar mudanças no currículo e PPP da UFRGS.

O CGSC da UFRGS inicialmente chamava-se “Análise de Políticas e Sistemas de Saúde – Bacharelado em Saúde Coletiva”. A escolha por esta nomenclatura inicial deve-se a compreensão que o profissional de Saúde Coletiva atenderia as necessidades de análise de políticas e sistemas de saúde (UFRGS, 2008).

No Brasil, o profissional em saúde pública é designado por Sanitarista, título atualmente utilizado por todos os egressos da especialização em Saúde Pública ou em Saúde Coletiva. [...] A designação “analista/sanitarista” buscada em nossa proposta foi examinada no confronto entre profissões, ocupações e empregos. Nessa linha, observamos que a orientação vocacional e a escolha profissional não resultam mais das profissões regulamentadas, mas do potencial de empregabilidade e chances de remuneração. [...] No mundo das ocupações, o cargo de “analista” está presente numa ampla diversidade de concursos públicos e de processos seletivos empresariais nas áreas da saúde, da educação, da assistência social e da ciência e tecnologia. [...] A demanda aquilatada à nova formação não é a da adequação de perfil, como se poderia supor às profissões já existentes e às especializações já existentes, é a superação do cruzamento de uma profissão com uma especialização para chegar a um generalista intensamente demandado pelas políticas públicas setoriais, pelo mundo do trabalho e pelo mercado de empregos (UFRGS, 2008, p.11-12).

Logo no começo do funcionamento do curso (em 2013) há a troca de nome de “Análise de Políticas e Sistemas de Saúde” para “Saúde Coletiva” em função do movimento das IES para a convergência de nomenclatura. O CGSC da UFRGS é um curso noturno,

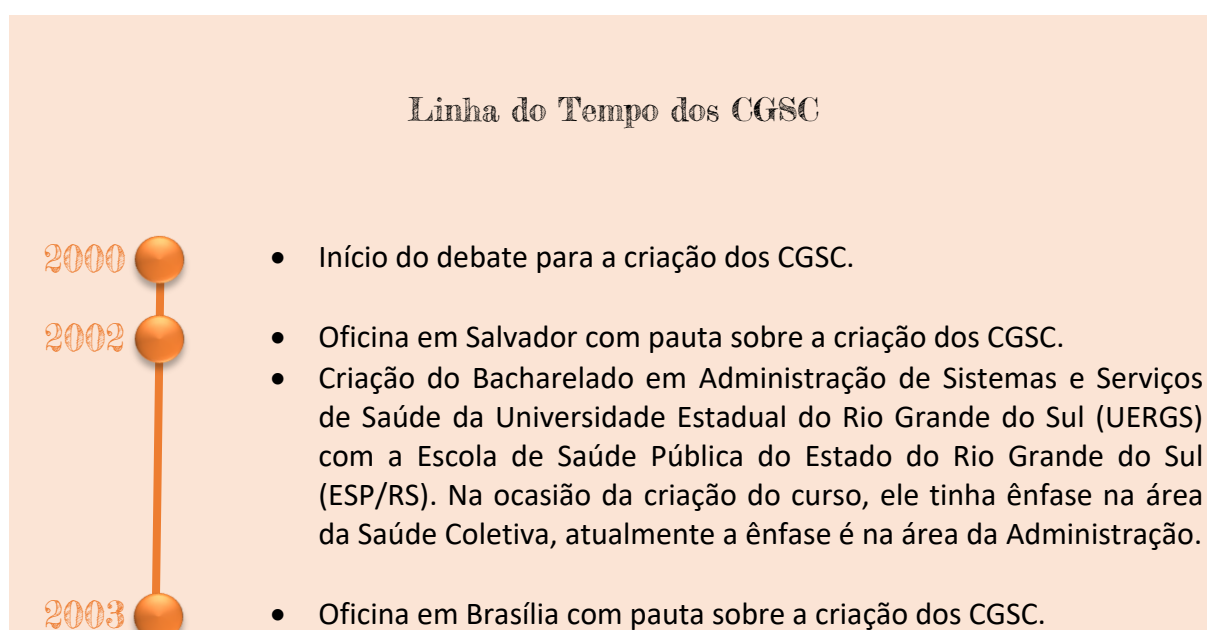
situado na Escola de Enfermagem, conta com ingresso semestral de 30 alunos (60 alunos anualmente), tem carga horária total de 3.000 horas mais 12 créditos complementares, sendo 600 horas dedicadas para estágio obrigatório curricular (300 horas em cada um dos eixos de formação). No ano de 2013, foi avaliado com nota máxima (5) pela Comissão de Avaliação do Ministério da Educação (MEC) (UFRGS, 2008, 2016a).

O currículo do CGSC da UFRGS é dividido em dois eixos de formação: Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde e Promoção, Vigilância e Educação da Saúde e está organizado em oito Unidades de Produção Pedagógicas (UPPs): Políticas Públicas e Sistemas de Saúde; Unidade de Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde; Saúde, Sociedade e Humanidades; Análise de Situação de Saúde e Vigilância à Saúde; Pesquisa em Saúde e Bioestatística; Promoção e Educação da Saúde; Tópicos Integradores em Saúde Coletiva; Tutoria.

A COMGRAD da Saúde Coletiva da UFRGS sempre foi uma das incentivadoras da mobilização estudantil do curso, garantindo quinzenalmente, desde o segundo semestre de 2009, um espaço para o Fórum de Estudantes da Saúde Coletiva na grade curricular. O Fórum de Estudantes é o espaço de maior representação discente, com autonomia para organização dos encontros, pautas, demandas.

Para encerrar esta cena sobre a formação de BSC-Sanitaristas, construo abaixo uma rápida linha do tempo com os principais marcos da criação dos CGSC, sua implementação, movimentos sociais, etc.

Imagem 1: Linha do Tempo dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva



2007

- Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni) preconiza o aumento de vagas de ingressos noturnos e determina a diversificação de modalidades de graduação.

2008

- Aprovado e criado os primeiros CGSC em seis Instituições de Ensino Superior (IES): Universidade Federal do Acre (UFAC), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal de Brasília (UnB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade Federal do Paraná (UFPR) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
- Primeiras turmas de ingresso dos CGSC na UFAC e UnB (IES possuem ingresso vestibular de inverno).
- Realizadas 3 reuniões nacionais dos CGSC - Belo Horizonte, Salvador e Porto Alegre – com pauta sobre a criação dos CGSC.

2009

- IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em Recife com pauta sobre os CGSC e inserção do novo ator na área da saúde coletiva. Neste congresso, Abrasco assume compromisso de criar o Fórum de Graduação em Saúde Coletiva (FGSC).
- Início da organização estudantil com a I Assembleia Geral de estudantes realizadas durante o congresso.

2010

- É criado o FGSC durante o 1º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde em Salvador
- 1ª Reunião Nacional do FGSC.
- Reunião Nacional dos CGSC.
- Pré-Encontro Nacional de Estudantes de Saúde Coletiva em Brasília.

2011

- 2ª Reunião Nacional do FGSC – São Paulo (V Congresso Brasileiro de ciências Sociais da Abrasco)
- 6ª Reunião Nacional do CGSC – São Paulo (V Congresso Brasileiro de ciências Sociais da Abrasco)
- 3ª Reunião Nacional do FGSC – São Paulo (VIII Congresso Brasileiro de Epidemiologia da Abrasco)
- Mudança de nome da Abrasco de Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva" para "Associação Brasileira de Saúde Coletiva", durante o I Mini Congresso da ABRASCO.
- Realizados os primeiros Encontros Regionais dos Estudantes de saúde coletiva (ERESC)
- I Encontro Nacional de Estudantes de Saúde Coletiva (ENESC) no Rio de Janeiro com o tema “Construindo a Graduação”
- Criada a Coordenação Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva (CONESC)

2012

- 4º Reunião Nacional do FGSC no Rio de Janeiro (X Congresso Internacional da Rede Unida)
- 5º Reunião Nacional do FGSC (X Congresso Internacional da Rede Unida)
- X Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da Abrasco em Porto Alegre
- ERESC e II ENESC em Esteio/RS com a pauta sobre “Graduação em Saúde Coletiva: formação, carreira e profissão”
- Primeiras turmas de egressos do CGSC.

2013

- 6º Reuniões Nacionais do FGSC (teleconferência)
- ERESC e III ENESC em Cuiabá com o tema “Efervescência Estudantil: das mobilizações à saúde que queremos”

2014

- 7º Reuniões Nacionais do FGSC (teleconferência)
- 11º Congresso Internacional da Rede Unida que teve oficina e rodas de conversas com a discussão sobre a formação dos novos sanitaristas.
- ERESC e IV ENESC no Acre com o tema “O reconhecimento social das graduações em saúde coletiva: de onde viemos e para onde vamos?”
- Ministério da Educação e Cultura (MEC) aprova a inclusão dos BSC como uma das profissões que pode integrar as Residências Multiprofissionais em Saúde.

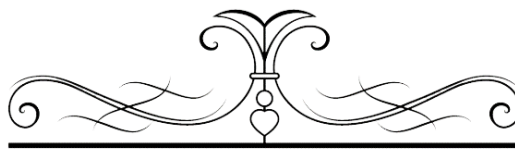
2015

- 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, com oficina que discutiu a comunicação e educação em saúde nos CGSC e com mesa que discutia a inserção profissional dos egressos dos CGSC. Durante esta mesa, os egressos presentes questionaram a ausência de egressos na composição desta mesa e nos debates sobre a inserção profissional e, a partir deste questionamento, foram convidados a terem representações no FGSC.
- 8ª Reunião Nacional do FGSC com destaque para a aprovação da minuta das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).
- 1º Reunião de Egressos do CGSC Nacional durante o 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva com escolha dos representantes para comporem o FGSC e do coletivo mobilizador nos egressos nacionais.
- 1º Encontro Nacional do Coletivo Mobilizador dos Egressos do CGSC com discussão sobre as DCN, Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) e campanha de articulação nacional (durante o Encontro Regional Nordeste I do 12º Congresso Internacional da Rede Unida).
- ERESC e V ENESC em Brasília com o tema da “Inserção do Sanitarista: os desafios do reconhecimento institucional”.
- Encaminhamento do pedido de CBO do sanitarista pelo Ministério

2016

da Saúde para o Ministério do Trabalho

- Lançamento da campanha “Sou sanitaria, Sou SUS” criada pelos egressos do CGSC.
- 12º Congresso Internacional da Rede Unida com a participação dos egressos do CGSC como convidados e proponentes de oficina, mesas e távulas que discutiram a formação do BSC, o mercado de trabalho e o escopo de práticas profissionais.
- Oficina de construção do escopo de atuação do sanitaria para o CBO.
- Criação da Comissão do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) para detalhamento do processo de avaliação dos CGSC.



Cena 3

A INSERÇÃO PROFISSIONAL DOS BACHARÉIS EM SAÚDE COLETIVA

O que eu sinto eu não ajo.
O que ajo não penso.
O que penso não sinto.
Do que sei sou ignorante.
Do que sinto não ignoro.
Não me entendo
E ajo como se
Me entendesse.
Clarice Lispector

Ao abrir as cortinas desta pesquisa-espetáculo, colocamos em cena o quanto os egressos dos CGSC são pioneiros não só em sua formação, como também na atuação profissional. O mercado de trabalho surge paralelamente a formação dos BSC, sendo produzido e construído conforme a inserção destes profissionais. Ao desbravarem oportunidades de emprego, descobrirem cenários de práticas, articularem possibilidades de inserção e atuarem no SUS, os BSC-Sanitaristas têm enfrentado alguns desafios como a ausência de reconhecimento profissional, a falta de vagas de emprego no mercado de trabalho, e alguns entraves burocráticos e administrativos como a regulamentação profissional.

Por terem uma formação ideológica para a defesa do SUS, os egressos dos CGSC têm procurado postos de trabalho no setor público, porém, “ainda é tímida a inserção destes profissionais no mercado de trabalho público, local prioritário para atuação” (CEZAR, 2015, p.68), pois os concursos públicos são a principal oportunidade para aqueles que desejam atuar no SUS, e estes, não privilegiam o graduado em Saúde Coletiva. Além dos concursos, há possibilidades de inserção profissional através de profissionais de carreira, contrato por Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e contratos temporários como bolsistas e consultorias. Porém, a realidade de inserção dos BSC é que a sua maioria ainda está atuando fora da área de formação (CEZAR, 2015). Na UFRGS 76,19% dos BSC não estão trabalhando em sua área de formação (SILVA, et al., No prelo), enquanto no Brasil, são 42,4% dos egressos trabalhando fora da área de formação (LORENA et al., 2016).

Uma alternativa que os BSC têm buscado para enfrentar o difícil mercado de trabalho é realizar cursos de pós-graduação que oferecem bolsas de estudo. Esta é uma estratégia que permite que estes profissionais se mantenham na área de formação, se aproximem dos serviços de saúde (no caso de formações em serviço), qualifiquem a formação e obtenham recursos financeiros. Os BSC manifestam preocupação com esta estratégia, pois as bolsas de pós-graduação possuem um período de vigência, ou seja, não são soluções permanentes para a dificuldade de inserção no mercado de trabalho (SILVA et al., No prelo).

Vimos anteriormente que uma das razões para a criação dos CGSC foi uma suposta demanda destes profissionais pelo mercado de trabalho. Paim (2013) traz à cena que as “necessidades de determinados agentes de práticas de saúde para uma dada sociedade não podem ser reduzidas às demandas conjunturais de um suposto mercado de trabalho” (PAIM, 2013, p.19). Deste modo, podemos compreender que a RSB e o SUS até criaram a demanda de um profissional que estivesse comprometido com a defesa da Saúde Coletiva e com as práticas profissionais em sintonia com esta ideologia e que a expansão da rede de serviços abriu novos postos de trabalho na área da saúde.

Chiavegato Filho (2012) conceitua emprego como a inserção do profissional em um posto de trabalho em um setor e/ou área do mercado de trabalho, deste modo o emprego se refere a um posto de trabalho em si e não no indivíduo. Pensando a empregabilidade dos BSC e analisando “a demanda agregada por um conjunto determinado de postos de trabalho e respectivas inserções institucionais no mercado de trabalho” (FILHO, 2004, p.142), é possível depreender que a expansão da rede de serviços do SUS abriu novos postos de trabalho, porém, estes postos de trabalho, cargos e vagas de empregos já estavam/estão sendo ocupados por outros profissionais da área da saúde e assim, não há postos de trabalho em aberto. Como esta demanda já foi preenchida, hoje ela gera um desemprego por superpopulação para os BSC-Sanitaristas.

Neste cenário, despontam duas possibilidades para a inserção profissional dos BSC. A primeira delas é a abertura de novos postos de trabalho e emprego, uma vez que hoje temos a oferta de trabalho para estes serviços; mas não há uma demanda por parte das instituições que formam o mercado de trabalho e o cenário político, o que dificulta a abertura de novos concursos públicos. A segunda opção, é disputar junto aos sanitaristas formados na pós-graduação e demais profissionais de saúde estes postos de trabalho, situação que justifica a

resistência de muitos profissionais de saúde em relação a inserção dos BSC-Sanitaristas no mercado de trabalho.

Mas, se estes postos de trabalho já estavam sendo ocupados por outros profissionais, porque criar uma nova profissão? Para entender essa divergência é preciso compreender a diferença entre profissão e ocupação. Ocupação refere-se as atividades e práticas que realizamos no cotidiano do trabalho, já a profissão é uma ocupação que exercemos e que exige uma formação específica, conhecimentos e habilidades especializados (BRASIL, 2002). Compreendo assim, estes postos de trabalho hoje são ocupados por alguém que exerce a ocupação de sanitarista, mas que não necessariamente possuem formação em Saúde Coletiva, ou seja, estes postos de trabalho são postos ocupacionais. Esta situação demarca a importante diferença entre a ocupação de sanitarista e a profissão de BSC-Sanitarista e também nos indica a necessidade de discutirmos carreiras e cargos no SUS.

Além da dificuldade de abertura de postos de trabalho, outra dificuldade encontrada pelos BSC-Sanitaristas é que algumas vagas de emprego, em especial em concursos públicos e em hospitais, têm exigido registro em conselho profissional. Esta situação tem pressionado os BSC a regulamentarem a profissão. Diante desta situação, não são poucas as vezes que ouvi: “e quando os egressos vão se mobilizar para criar um conselho?” Compreendi que por trás destas falas e questionamentos, estava o desconhecimento sobre o processo de regulamentação de uma ocupação e profissão e, como os profissionais desconhecem que o processo é burocrático, administrativo e político, acreditam que para a criação de um conselho profissional necessitava somente a mobilização e articulação entre os egressos dos CGSC.

Ademais, apreendi que o desconhecimento sobre o processo de regulamentação e regulação ocupacional e profissional, faziam com que o conselho profissional fosse a “única” alternativa conhecida para enfrentar a dificuldade de inserção no mercado de trabalho. Os conselhos profissionais constituem ainda, um certo imaginário que seriam a instituição a fazer o papel de abrir novos postos de trabalho. Apreendi que alguns egressos e alunos estão impelidos a desejarem o conselho profissional em função da emergência de inserção no mercado de trabalho e pelo desconhecimento do processo de regulamentação em si e das funções do conselho profissional.

Compreendo que a real demanda dos sanitaristas é pela abertura de postos de trabalho e não pela regulamentação e regulação profissional. Por vezes, narrei aos meus interlocutores o processo de regulamentação e a função de conselho profissional, com o intuito de contra argumentar com o discurso e imaginário que alguns alunos e egresso do BSC fazem de que é “*só criar um conselho profissional para entrar no mercado de trabalho*”, o que fica evidente que não se trata de uma realidade. Primeiro porque o processo de criação de um conselho profissional é uma das etapas do processo de regulamentação profissional, e este é um processo burocrático e demorado; segundo porque as funções dos conselhos profissionais são de controle do exercício das práticas e proteção da população. Não é função dos conselhos profissionais a abertura de vagas de emprego, o tensionamento para a realização de concursos públicos, a criação da carreira de sanitarista e a incorporação do profissional BSC-Sanitarista no mercado de trabalho. Sendo assim, a criação do conselho profissional não me parece ser “a solução” que os BSC procuram para se inserirem no mercado de trabalho (GIRARDI, 2000, 2002).

Outra questão que se coloca em função ao modo instituído de regulamentação profissional, é que este processo decorre das disputas por práticas profissionais exclusivas e para reserva de mercado. Durante o 12º Congresso Internacional da Rede Unida, os BSC realizaram uma oficina para discutir o seu escopo de práticas profissionais (debate também colocado em cena pelo grupo-pesquisador desta pesquisa-espetáculo). Durante esta atividade, os BSC identificaram que suas práticas profissionais não são exclusivas da profissão de sanitarista, mas são práticas profissionais compartilhadas. “*A gente não faz nada diferente dos outros, além de não prestar assistência diretamente, as coisas que a gente faz estavam sendo desempenhados por outros profissionais.*”

Pierantoni (2014) coloca ainda que é

[...] fundamental também, refletir sobre a questão das novas ocupações, sobre a mudança dos campos de práticas das profissões existentes, considerando o fator de serem impossível de mudar, incorporar novas atividades, pensando, exclusivamente, em si mesmo, ou legislando em função do outro, afirmando que uma categoria pode fazer determinada atribuição e outra não pode. (PIERANTONI, 2014, p.9)

A regulamentação e regulação profissional são processos bastante burocráticos e que não temos autonomia para discutir abertamente os escopos de práticas. São processos que engessam as práticas profissionais dizendo o que podemos ou não fazer, o que pode

representar uma perda de autonomia para os BSC que se propõem a ter uma atuação generalista e com práticas multidisciplinares.

A formação dos BSC aposta na atuação centrada no campo da Saúde Coletiva e não no núcleo profissional (identidade e práticas exclusivas). “Não acho que temos núcleos, somos a-nucleados”, “nós somos o tal borramento de fronteiras”. Para trabalhar dentro do imaginário e modelo ideal de trabalhador da Saúde Coletiva, para ter uma atuação mais generalista e com práticas multidisciplinares, a atuação do BSC não pode ficar restrita a um núcleo, é necessário abrir mão da identidade, do conjunto de práticas teóricas e exclusivas de uma profissão. Assim, me parece que a regulação e regulamentação profissional da forma instituída que conhecemos não é a mais coerente com as práticas profissionais de um trabalhador da área da Saúde Coletiva e do SUS.

É impossível ter um sistema de saúde universal, capaz de comportar todas as diferenças como as contempladas pelo SUS, se os campos de práticas são revisados exclusivamente pelos próprios profissionais de cada categoria, uma prática que engessa a capacidade de diálogo e fortalece a perspectiva corporativa presente de autorregulação. (PIERANTONI, 2014, p. 9)

Pierantoni (2014) coloca em cena que se quisermos ser coerentes com a proposta do SUS, com o modelo de trabalhador ideal pensado para este sistema e com o imaginário e currículo de formação dos BSC, é necessário pensarmos em outros modos de regulamentação profissional. Para isto, podemos observar outras experiências, como a

[...] experiência do Canadá que vem mudando o paradigma de regulação profissional do antigo modelo de regulação profissional, baseado na assignação de direitos exclusivos de prática (atos privados) a grupos profissionais, vem se transitando em direção a um modelo baseado em atos compartilhados sob uma legislação “guarda-chuva” que envolve o conjunto das profissões a atividades de saúde. (PIERANTONI, 2014, p.3)

As atividades desenvolvidas pelos BSC são atividades-meio e, além disso, o exercício de uma profissão é livre no Brasil e não há a obrigatoriedade de regulação das profissões e ocupações (BRASIL, 2016a). Cesar et al. (2015) ao abordar que a exigência pelo conselho profissional é o que mais tem dificultado a inserção dos BSC no mercado de trabalho, destacam que

[...] a possibilidade de regulação do exercício profissional [pode] ser realizada pelo próprio SUS, cabe questionar a necessidade de Conselho Profissional para esta futura profissão, visto que para o desenvolvimento de

muitas carreiras, como a de gestor público, não se faz necessária a apresentação de Conselho. (CEZAR, 2015, p.72)

É preciso entender que a “exigência” de alguns postos de trabalho pelo conselho profissional do BSC é reflexo da área da saúde, marcada pela forte regulamentação das profissões e, fazem parte de um movimento de bloqueio da desregulação profissional e ocupacional por parte destas instituições. Girardi (1999) destaca que essa exigência

[...] não se trataria mais apenas de uma proteção ao público, que só teria seu interesse contemplado indiretamente, mas da proteção direta de um ator econômico extremamente poderoso, as terceiras partes, que – paradoxo interessante – se em outras esferas reclama da regulação e entoa a cantilena dos mercados, nesta esfera, do exercício profissional, reclama por regulamentação. (GIRARDI, 1999, p.19).

A exigência e tensionamento dos empregadores por um conselho profissional trata-se de uma estratégia de proteção a si, para se protegerem de possíveis processos, ações judiciais e outras situações. Porém, “apesar do movimento da Saúde Coletiva ser contrário a esta criação [conselho], parece que a coisa já está dada.” Neste cenário, os BSC vivenciam uma situação conflitante, já que tendem a não desejar o processo de regulamentação profissional para estar coerente com a proposta do SUS e da Saúde Coletiva; e em parte, passam a desejar a regulamentação e a regulação por conselho profissional porque os empregadores tensionam este movimento.

Os BSC produziram alguns movimentos que vão ao encontro da regulamentação da ocupação e profissão de BSC-Sanitarista. Um dos primeiros movimentos, foi a inclusão de representantes de egressos dos CGSC no FGSC, que permitiu que os BSC participassem da construção das DCN da Saúde Coletiva. AS DCN avançam no sentido de definir o sistema formal de formação destes profissionais, etapa importante para o processo de regulamentação, uma vez que estabelece os padrões de formação, práticas e perfil profissional e, que padroniza as credenciais educacionais para as IES registrarem e validarem os títulos profissionais necessários ao exercício da profissão de BSC-Sanitarista (GIRARDI, 2002). Podemos compreender assim, que tanto a definição das DCN como a participação das universidades e do FGSC/Abrasco não estão fora do mercado de trabalho, estes atores e diretrizes também fazem parte do processo de regulamentação profissional.

Em 2013, a portaria nº 256, que fala sobre as novas regras de cadastramento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) da Estratégia de Saúde da Família (ESF), incluiu

o sanitaria formado no âmbito da graduação como um dos profissionais que podem compor esse núcleo. A inclusão do sanitaria foi possível através de uma Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) provisória de nº 1213-C1 (BRASIL, 2016b; RUELA, 2013). Como a CBO provisória permitiu a inserção de alguns BSC no SUS por terem um número de registro profissional, estes profissionais fizeram diferentes movimentos, solicitando apoio ao Ministério da Saúde (MS) para encaminharem ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) o pedido de regulamentação da CBO de Sanitaria. O MS enviou o pedido ao MTE, que iniciou o movimento para a criação da classificação de sanitaria. A Fundação Instituto de Pesquisa Econômica (FIPE) foi o órgão responsável por realizar a pesquisa e definir o escopo de práticas do sanitaria. Para isso, o grupo responsável pela pesquisa mapeou os BSC inseridos no mercado de trabalho e realizou uma entrevista. Deste primeiro contato, foram selecionados 6 sanitarias, 4 BSC e 2 de pós-graduação, que participaram de uma oficina (junho de 2016) que discutiu, descreveu e definiu o escopo de práticas dos sanitarias. Deste modo, a CBO de sanitaria já é uma realidade e deverá ser publicada no começo de 2017.

Nesse processo de definição da CBO de sanitaria, ficou definido que serão considerados sanitarias os bacharéis e pós-graduados em Saúde Pública e/ou Saúde Coletiva. Este pré-requisito deverá pressionar para que todos os CGSC façam a convergência de nomenclatura para Bacharelado em Saúde Coletiva. Além disso, a CBO de sanitaria possui um conjunto de práticas profissionais descritas e que serão entendidas como práticas profissionais da alçada de atuação de um sanitaria. Porém, algumas práticas que os BSC acreditam que são de sua alçada de atuação, como por exemplo as práticas alusivas ao apoio institucional, ficaram de fora desta classificação. Deste modo, compreendo que o BSC pode atuar como sanitaria, mas que seu leque de atuação não estará restrito às práticas profissionais descritas na CBO de sanitaria. O BSC também pode atuar como apoiador institucional, gestor em saúde, professores e instrutores, pesquisadores e outras atividades que possuem outro registro na CBO. Por esta razão, para não correr o risco de reduzir a

atuação deste profissional à ocupação de sanitarista, neste trabalho utilizarei a nomenclatura BSC⁹ para me referir aos egressos do CGSC.

⁹ Utilizo preferencialmente a nomenclatura Bacharel em Saúde Coletiva (BSC) para falar dos profissionais egressos dos CGSC, porém, também está presente a nomenclatura sanitarista, uma vez que os egressos ainda se identificam através desta nomenclatura e que parte desta dissertação (campo de pesquisa e intervenção teatral) foram produzidas anteriormente a reunião de definição da CBO de sanitarista.



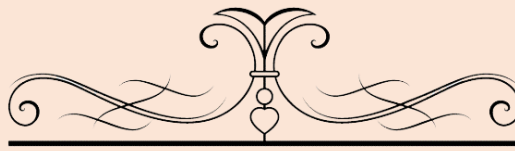
Ato 2

**CAMINHOS DE UMA
PESQUISA IN-MUNDA**



- Dificil de entender, me dizem, é sua poesia, o senhor concorda?
- Para entender nós temos dois caminhos:
O da sensibilidade que é o entendimento do corpo;
E o da inteligência que é o entendimento do espírito.
Eu escrevo com o corpo.
Poesia não é para compreender mas para incorporar.
Entender é parede: procure ser árvore.

Manoel de Barros



ATO 2: CAMINHOS DE UMA PESQUISA IN-MUNDA

*Pensar é um ato. Sentir é um fato.
Clarice Lispector*

Ao ingressar no Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da UFRGS, uma das minhas primeiras tarefas como pesquisadora era pensar e elaborar o meu projeto de pesquisa científica. Minayo (2010) diz que o objetivo de toda pesquisa científica é a construção de conhecimentos (MINAYO, 2010). Foi na fase exploratória desta pesquisa, nos bastidores da construção do meu projeto, que me questionei sobre qual “conhecimento” eu queria produzir. Fui então, em busca da melhor abordagem metodológica para operacionalizar a pesquisa que desejava fazer. Aprendi que produzimos conhecimentos a partir da forma como estamos inseridos, vemos e compreendemos o mundo e, a partir de um paradigma. Cada paradigma possui um conjunto de metodologias, abordagens, teorias, conceitos, métodos particulares, ética, ontologia, relação do sujeito com o objeto, a natureza e finalidade da pesquisa, os critérios de validação, o desenho metodológico, etc.

Não foi difícil apreender que a grande maioria das metodologias enaltecem a racionalidade científica e recomendam o rigor metodológico como única e legítima forma de validar a produção de conhecimentos. Nestes casos, a obediência do pesquisador em relação aos métodos preconizados é o que garante ou não que a pesquisa seja validada e creditada pela comunidade científica. Neste tipo de racionalidade, para se obter um conhecimento “puro” e objetivo, o pesquisador – sujeito ideal de conhecimento – precisa ser neutro e excluir de seu trabalho todos os aspectos de ordem pessoal, deixando de fora os seus interesses, desejos, vontades, experiência, afetos, temporariedade; porque estas questões influenciariam o fator de percepção do pesquisador, deturpariam e distorceriam o conhecimento produzido (MINAYO, 2010).

Confesso que essa postura do pesquisador em relação ao seu objeto de pesquisa me inquieta bastante e me deixa com a sensação de que o trabalho de um pesquisador neste tipo de abordagem, é uma tarefa um tanto solitária e pretensiosa. Pretensiosa porque ao pesquisador cabe a função de produtor de verdades que descreve, explica, controla e interpreta dados e informações. Estava definitivamente desconfortável com essa concepção.

Eu saberia fazer minha pesquisa assim? Não. Com certeza não. A BSC-pesquisadora não saberia produzir pesquisa assim.

Sabia que a minha tarefa como pesquisadora era produzir conhecimentos sobre um determinado tema, então fui buscar a etimologia (latina) da palavra conhecimento - *cum nascere* - que significa nascer junto (MAFFESOLI, 2011). Isso sim me produziu algum sentido. Algumas metodologias de pesquisa propõem incluir os sujeitos de pesquisa de tal modo, que nos encontros com estes sujeitos, no momento que o pesquisador entra em campo e se encontra com os sujeitos, é onde se dá a produção de conhecimento. Desse modo, o conhecimento, “produto” desta pesquisa, *nasceria junto*, nasceria no encontro do pesquisador e sujeito de pesquisa, e assim, o trabalho de pesquisar seria um trabalho vivo em ato. Considerando que a produção de dados e de conhecimentos é um trabalho vivo em ato, realizada no momento de encontro do pesquisador com o sujeito de pesquisa, então ambos atores não são sujeitos neutros na produção deste conhecimento. Existem micropolíticas e afetos presentes no campo de pesquisa (MERHY, 2014).

De agora em diante, senhores filósofos, guardemos bem contra a antiga, perigosa fábula conceitual que estabelece o “puro sujeito do conhecimento, isento de vontade, alheio à dor e ao “tempo”, guardemo-nos dos tentáculos de conceitos contraditórios como “razão pura”, “espiritualidade absoluta”, “conhecimento em si”; - tudo isso pede que se imagine um olho que não pode absolutamente ser imaginado, um olho voltado para nenhuma direção, no qual as forças ativas e interpretativas, as que fazem com que ver seja ver-algo, devem estar imobilizadas, ausentes; exige-se do olho, portanto, algo absurdo e sem sentido. Existe apenas uma visão perspectiva, apenas um “conhecer” perspectivo; e quanto mais afetos permitirmos falar sobre uma coisa, e quanto mais olhos, diferentes olhos, soubermos utilizar sobre esta coisa, tanto mais completo será o nosso “conceito” dela, nossa “objetividade”. Mas eliminar a vontade inteiramente, suspender os afetos todos sem exceção, supondo que o conseguíssemos: como? - não seria castrar o intelecto? (NIETZSCHE, 2009, p.132).

Nietzsche ao fazer uma crítica ao ideal de conhecimento objetivo, propõe um contra modelo que inclui a valorização dos afetos. Nesta concepção, os afetos, desejos, vontades e experiências não são fatores de distorções do conhecimento produzido. Esses fatores conferem ao conhecimento produzido um caráter perspectivado, coletivo, múltiplo, que torna possível a objetividade. Ou seja, quanto mais afetos, múltiplos e coletivos forem, mais será objetivo e perspectivado o conhecimento produzido (NIETZSCHE, 2009).

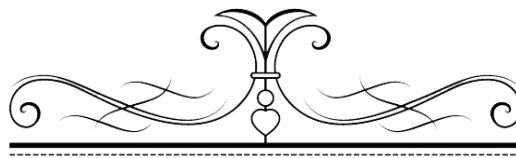
Quando li o texto “*O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido*” do *Émerson Merhy*, consegui compreender que não precisava fazer a minha pesquisa científica sozinha e que eu poderia contar com os sujeitos da pesquisa. Foi nessa leitura que consegui assimilar que a relação entre pesquisador e sujeito da pesquisa pode ser uma relação intercessora (coisa que minha intuição já sinalizava) já que eu produzo conhecimentos e resultados da pesquisa no momento em que consumo os dados e, que esse produzir e consumir poderia ser feito por todos os atores envolvidos no processo. A leitura ficou reverberando em mim e me deixou sensível para perceber que eu desejava fazer uma pesquisa com os outros, uma pesquisa com potencial de mudança, de produzir conhecimentos com meu compromisso militante e participativo, uma pesquisa com valores construídos durante o processo de pesquisar. Percebi que acredito na potência da pesquisa científica quando ela coloca o pesquisador em encontro com o sujeito e campo, quando ela considera as relações e afecções, quando ela considera a sua implicação (MERHY, 2004).

Todo pesquisador [...] além de sujeito epistêmico, ou seja, portador de teorias e métodos que lhe permitem debruçar e estudar certos objetos da ciência, é um sujeito ideológico, um sujeito “cultura”, ou seja, um sujeito interessado que dá valor a certas coisas e não outras, que tem certas opções e não outras, que tem certas concepções ideológicas e não outras. [...] Além de um sujeito interessado, você é um sujeito implicado. Você, o pesquisador e o pesquisado. E, assim, o analisador e o analisado. Você é um sujeito militante que pretende ser epistêmico e os desenhos de investigação que temos como consagrados no campo das ciências não dão conta desse tipo de processo. (MERHY, 2004, p.2)

Fazer pesquisa com esse olhar me produzia sentido. Queria que a minha pesquisa fosse feita *com* os sujeitos de pesquisa, de modo que esses participassem ativamente na construção do conhecimento, e que ela considerasse as minhas implicações e afetos. Para isso, eu não poderia apostar em metodologias científicas tradicionais porque elas iriam capturar e engessar o meu trabalho de pesquisadora. Para fazer a pesquisa da forma que eu estava pensando, era necessário que eu encontrasse métodos de pesquisa e ferramentas que estivessem coerentes com a prática de pesquisa que eu estava me propondo a fazer.

Pronto. Eu já sabia o modo como queria construir conhecimentos com a minha pesquisa. Eu queria uma pesquisa com afetos, experiências, movimentos, com o outro... Eu queria uma pesquisa in-munda!

A primeira in-mundação da minha pesquisa aconteceu durante a minha banca de qualificação. Foi um encontro alegre, que despertou as minhas potências e devires, me provocou, sugeriu, contribui. Os membros da minha banca de qualificação não só toparam a aposta no teatro como me incentivaram a ousar ainda mais teatralmente, me recomendaram adotar a cartografia como caminho metodológico, me incentivaram a falar do trabalho do BSC. E ao adotar a cartografia, uma “nova” pesquisa estava por vir, uma pesquisa que teve muito mais a minha cara e foi muito prazerosa de realizar. Foi a cartografia que me permitiu colocar o meu corpo vibrátil em cena e apreender as pistas que pairavam no território que eu já habitava.



Cena 4

INVENCIONANDO A PESQUISA

Quem não tem ferramentas de pensar, inventa.
Manoel de Barros

4.1. INSPIRAÇÕES TEÓRICAS

Desde o começo do mestrado, percebi que tinha algumas inspirações teóricas para compor a minha pesquisa científica: eu faria uma pesquisa a partir de uma perspectiva construtivista de conhecimento, colocaria os afetos e a experiência em cena e utilizaria o teatro para explorar a fundo o “caráter inventivo [que] coloca a ciência em constante movimento de transformação, não apenas refazendo seus enunciados, mas criando novos problemas e exigindo novas práticas originais de investigação” (PASSOS, 2012, p.56). E assim, minha pesquisa científica virou uma cartografia sociopoiética.

A cartografia vai ao encontro de duas posições epistemológicas minhas enquanto pesquisadora: a ideia de que o mundo fornece informações que podemos apreender; e que podemos engendrar o mundo junto com os agentes de conhecimento. A cartografia faz uma inversão de sentido no modo tradicional de se pensar uma pesquisa. Ao invés de escolhermos metas e ir em busca de um caminho (método) para alcançar estas metas, a cartografia preconiza um *hódos-meta*, *hódus* compreendido como caminho e direção e *meta* como reflexão, raciocínio e verdade. Ou seja, as pistas cartográficas constituem certas diretrizes que orientam o caminho que a pesquisa vai seguir, mas este caminho se dá no ato e processo de pesquisar (PASSOS, 2012). *Poises* (grego) significa criação e nesta perspectiva, a sociopoiética entra nesta pesquisa como uma abordagem que visa a criação de técnicas e procedimentos múltiplos para a produção de dados e construção coletiva do conhecimento através de um acontecimento poiético; ou seja, a produção de dados feita através da arte (PETIT, 2005).

E assim se fez o casamento da abordagem cartográfica com a abordagem sociopoiética em minha pesquisa. Este casamento só foi possível porque ambas abordagens metodológicas compartilham de posições epistemológicas que me constituem como pesquisadora. Este casamento abriu a possibilidade de fazer uma pesquisa com o meu corpo

vibrátil, colocar em cena os afetos, os encontros, a construção compartilhada de conhecimentos, possibilitou intervir e criar. Os conceitos e posições epistemológicas compartilhadas pela cartografia e pela sociopoiética, orientaram toda a minha prática durante o processo de pesquisa.

Como acompanhar a inserção dos BSC se ela está se dando neste exato momento? Como pesquisar “um passado em movimento que nos atravessa e transforma o futuro a cada instante” (PASSOS, 2012, p.60)? A cartografia sociopoiética permite *acompanhar processos*, conhecer o que produziu este processo e o que o move. Permite olhar para esse movimento permanente, compreendendo que o conhecimento produzido pela pesquisa vai se construindo/constituindo durante o processo de pesquisar. Durante o processo, conforme este nos toca e afeta, também vai se constituindo o coletivo e a produção de mundos e sentidos. O processo de pesquisar é que vai dizer sobre os movimentos da inserção dos BSC (PASSOS, 2012).

Acompanhar processos pressupõe habitar um território, um movimento não só de criar um território de observação, como também um campo de pesquisa onde se participa e se está junto, onde se compartilha um território existencial onde todos os atores envolvidos na pesquisa (pesquisador e sujeitos de pesquisa) se relacionam. Para o pesquisador, é importante estar aberto ao encontro, conservar uma receptividade do campo, compor junto com o campo de pesquisa. Existem distintas formas de constituir o campo pesquisado (PASSOS, 2012), e independente de qual for o espaço onde a pesquisa irá acontecer, é necessário que seja um espaço de encontro, um espaço aberto para os afetos, às rupturas, às marcas, para as composições que os egressos estão vivenciando. Só assim, estará aberta a oportunidade de produzirmos novos encontros e construir, inventar e criar novas possibilidades.

Na cartografia sociopoiética, os sujeitos de pesquisa não são tratados apenas como objetos de pesquisa e participantes, eles saem da posição passiva de participação para assumirem um papel ativo como co-pesquisadores, atuando assim, em todo o processo de pesquisa, desde o planejamento do campo, a construção de dados, a análise e produção de conhecimentos, socialização da pesquisa, etc. O conjunto de sujeitos de pesquisa constituem um grupo-pesquisador, que nada mais é do que um dispositivo temporal e espacial, heterogêneo e singular (PASSOS, 2012, PETIT, 2005). A sociopoiética traz o exemplo do

Teatro do Oprimido de Augusto Boal para exemplificar esta posição dos sujeitos da pesquisa, já que o Teatro do Oprimido nos convida para sairmos da condição passiva de espectadores-plateia e, por meio da dramatização, ensaiar e experimentar atuar enquanto ator social e político (BOAL, 2013).

Deste modo, quando escolhi os meus colegas egressos do CGSC da UFRGS como sujeitos co-pesquisadores desta pesquisa-espetáculo, em todos os meus encontros com eles (movimento de articulação dos egressos da UFRGS e nacional, projeto de extensão Divulga Saúde Coletiva da UFRGS, encontros informais e em eventos científicos da área como o Abrascão e Rede Unida, convites para participações em eventos, etc.), eu fazia anotações em meu diário de campo, anotava as questões que surgiam na cena, as inquietações e como me afetava. Não povoei estes encontros somente como colega, amiga e profissional, também habitei estes espaços como pesquisadora.

Como os participantes da pesquisa atuam ativamente no processo de pesquisar, o pesquisador não pode impor um recorte da temático ou trazer um direcionamento prévio, ele precisa estar aberto, durante o processo de pesquisa, para as temáticas que serão discutidas e para as múltiplas formas de compreensão e problematização dessa. É o grupo-pesquisador, que a partir de um tema gerador, faz o debate trazendo para a cena todos os elementos que julgam relevante, eles vão ofertando as pistas sobre as questões mais relevantes ao grupo (PETIT, 2005). Deste modo, nos meus encontros com os BSC, fiquei pairando como um anfíbio voador, nas conversas e diálogos, registrando as minhas percepções e sensações sobre as coisas que compartilhávamos e que nos afetavam. Quase sem me dar conta, a cartografia ia sendo tecida. Nas abordagens cartográfica e sociopoiética, os dados não são coletados pelo pesquisador, eles são produzidos coletivamente pelo grupo-pesquisador. Abandonamos assim, o status de poder do pesquisador e entendemos como fundamentais e imprescindíveis a participação e colaboração dos sujeitos de pesquisa em todas as etapas do processo da pesquisa. A pesquisa não existe sem os atores envolvidos. Vale a pena ressaltar, que os dados não enunciados apreendidos no campo de pesquisa também compõem os dados da pesquisa (GAUTHIER, 2004).

A afecção que marca a disponibilidade ao território é experimentada inicialmente como um chamamento pouco esclarecido ou até mesmo

confuso. A inteligência, não acostumada a esse tipo de experiência, sente a necessidade de explicar ou entender o que acontece. (PASSOS, 2012, p.142)

Nesta cartografia sociopoiética, a produção de dados não inclui somente a racionalidade, ela também coloca os afetos em cena. E, para colocar os afetos em cena é preciso que o cartógrafo-pesquisador crie momentos de encontros onde as intensidades e os afetos possam falar; é preciso que o pesquisador use seu corpo na prática de pesquisa e atue com imaginação, afetividade, intuição e interação com os demais corpos (PETIT, 2002, 2005).

Para fazer uma pesquisa com o corpo, é necessário que o pesquisador tenha uma escuta sensível e uma atenção sempre à espreita para apreender o material de falas e afetas que circulam, e que, no primeiro momento, parecem desconexos e fragmentados. Essa capacidade pede que o cartógrafo sociopoiético não dirija a atenção a uma questão específica, mas mantenha sua escuta e atenção suspensas, mantendo-se aberto ao encontro. O pesquisador rastreia as principais afetações e questões que circulam no território e pesquisa, sem produzir imediatamente uma compreensão, e deste rastreamento ele obtém as pistas que o campo de pesquisa oferta sobre a temática de estudo. No próximo passo, é necessário que se explore e constitua conhecimentos sobre estas pistas, podendo construir um caminho multidirecional e com diversas entradas. Após esta etapa, denominada tato, entramos na fase de pouso, onde o cartógrafo coloca a sua atenção nas questões e pistas apreendidas, variando a sua atenção, realizando um reconhecimento atento. Todas essas etapas, dizem respeito sobre a complexidade de lançar-se em um plano de intensidades e afetos, abrir-se aos movimentos do território e, da densidade de produção de dados em uma pesquisa construtivista (PASSOS, 2012; PETIT, 2005).

Colocar o corpo para pesquisar não é algo que fazemos automaticamente. Normalmente os nossos corpos estão mecanizados e automatizados com as nossas práticas, rotinas, cotidiano, culturas (BOAL, 2015; PETIT, 2002). É neste momento que a arte entra em cena como dispositivo analisador capaz de desencadear a potência criadora, explorar a imaginação e desmecanizar os corpos, “gerando um conceito de cientificidade mais humano” (PETIT, 2002, p.14). Deleuze diz que “a arte cria sensações – perceptos e afetos” (DELEUZE, 2010, p.8), e sendo assim, pesquisar com o corpo utilizando a arte torna possível experimentar as sensações e afetos, colocar o corpo vibrátil em cena, construir e transmitir conhecimentos através dos sentidos, criando uma esfera criadora (BOAL, 2015).

Considerando que conhecer e fazer, pesquisar e intervir são inseparáveis; que a pesquisa é um processo que está em curso e, que os sujeitos de pesquisa e pesquisador constroem coletivamente o conhecimento produto da pesquisa, então não podemos ignorar que, durante o processo de pesquisar, estão em cena um jogo de forças que tencionam valores, sentimentos, interesses, motivações, compromissos, expectativas, reflexões, etc. Assim, não há neutralidade na postura do pesquisador e dos sujeitos de pesquisa. A experiência coletiva de pesquisar é carregada de implicações e, devemos considerar e analisar esses atravessamentos durante o processo da pesquisa, fazer uma reflexão crítica sobre a participação dos pesquisadores neste processo (PASSOS, 2012; PETIT, 2005).

4.2. INSPIRAÇÃO ARTÍSTICA

Entre todas as artes possíveis, escolhi o teatro. Não só porque ele é o meio artístico pelo qual costumo me relacionar com o mundo, mas porque acredito que ele tem grande potência de agenciar. A palavra teatro é rica de significados, ela pode dizer sobre um lugar, pode significar todo o processo de produção teatral, pode dizer sobre acontecimentos cômicos, trágicos e sociais, pode dizer sobre as ações da vida cotidiana (BOAL, 2015). Boal define teatro, em seu sentido mais arcaico, como

[...] a capacidade dos seres humanos, ausente nos animais, de se observarem a si mesmos em ação. Os humanos são capazes de se ver no ato de ver, capazes de pensar suas emoções e de se emocionar com seus pensamentos. Eles podem se ver aqui e se imaginar adiante, podem ver-se como são agora e imaginar-se como serão amanhã. É por isso que os seres humanos são capazes de *identificar* (eles mesmos e os outros) e não somente *reconhecer*. (...) *Identificar* é a capacidade de ver além daquilo que os olhos olham, de escutar além daquilo que os ouvidos ouvem, de sentir além daquilo que toca a pele e de pensar além do significado das palavras. (BOAL, 2015, p.20)

Pesquisar com o teatro é pesquisar com o corpo, com os sentidos. É uma forma de pesquisar que nos provoca um certo estranhamento, e esse estranhamento nos permite percebermos coisas que até então nos passariam despercebidas e que não nos produziriam sentido (PETIT, 2005). Mais do que valorizar a emoção e a afetação, a linguagem teatral nos permite - através de jogos e exercícios - encenação de situações cotidianas, nos permite desmecanizar o nosso corpo, os nossos gestos, as nossas ações (BOAL, 2015). A possibilidade que o teatro nos dá, de vermos a nós mesmo, de vermos a forma como enfrentamos a vida real, como nos familiarizarmos com os argumentos, dilemas e desafios que enfrentamos na

vida profissional como BSC-Sanitaristas é muito potente. O teatro não só abre a possibilidade de ensaiarmos uma ação na vida real, como também produz estímulo para criar a possibilidade de fazer diferente, de construir uma nova realidade, de produzir interação.

Por ser uma linguagem apta para ser falada por qualquer pessoa, com habilidades artísticas ou não, o teatro nos permite falar de todos os temas e conhecer melhor uma situação. A linguagem teatral põe em cena mais do que a simples oratória, ela coloca em cena os gestos, os movimentos, as expressões corporais, nos permite variar a velocidade, o modo de comunicar, a intensidade do que é dito (BOAL, 2015; DELEUZE, 2010).

É importante reforçar que o teatro utilizado nesta pesquisa não é só uma questão de metáfora, linguagem ou uma forma mais leve e bonitinha de se fazer ciência. Esta pesquisa considera o caráter político do teatro. Ao realizar uma peça teatral que fale da experiência de inserção do Bacharel em Saúde Coletiva, estamos fazendo política, não só “porque políticas são todas as atividades do homem, e o teatro é uma delas” (BOAL, 2013, p.13), mas porque “o conhecimento que exprimimos acerca de nós mesmos e do mundo não é apenas um problema teórico, mas um problema político” (PASSOS, 2012, p.151).

Fazer uma pesquisa que expresse os movimentos que fazemos e as mudanças que acontecem por conta disso é uma aposta ético-política, é uma posição implicada politicamente (PASSOS, 2012). Deleuze (2010) traz o caráter político do teatro porque ele permite uma variação contínua que entra em contato com as ações, gestos e atitudes, e que, essa variação permitiria evidenciar os devires minoritários.

O teatro surgirá como o que não representa nada, mas apresenta e constitui uma consciência de minoria, enquanto devir-universal, operando alianças aqui ou ali conforme o caso, seguindo linhas de transformação que saltam para fora do teatro e assumem uma outra forma, ou se reconvertem em teatro para um novo salto. (...) A consciência, a tomada de consciência, é uma grande potência, mas não é feita para as soluções nem para as interpretações. (...) Teatro revolucionário, uma simples potencialidade amorosa, um elemento para um novo devir da consciência. (DELEUZE, 2010, P.64).

Fazer um teatro revolucionário é a proposta desta pesquisa! O teatro produzido nesta pesquisa-espetáculo se propõe a ser revolucionário porque é feito pelos próprios sujeitos da pesquisa, por aqueles que possuem as experiências de inserção que são objetos deste estudo. O teatro nesta pesquisa tira esses sujeitos da posição de consumidores e

inspiradores da arte para serem produtores dela, convida estes para se comunicarem através do teatro, convida para que eles realizem movimentos para clarificar conceitos, revelar verdades, expor contradições, transformações e assim, tomar de consciência a sua experiência de inserção (BOAL, 2013, 2015).

Nós os convidamos para-que venham aos nossos teatros e lhes pedimos que não se esqueçam de suas ocupações (alegres ocupações), para que nos seja possível entregar o mundo e a nossa visão do mundo às suas mentes e corações, PARA QUE ELES MODIFIQUEM O MUNDO AO SEU CRITÉRIO. (BOAL, 2013, p.119, grifos do autor)

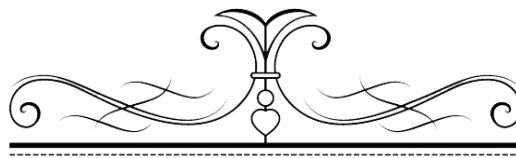
O teatro construído coletivamente nesta pesquisa-espetáculo nos permite conhecer um pouco mais os contextos das experiências de inserção dos BSC. “Conhecer e transformar - é esse o nosso objetivo: para transformar, é preciso conhecer, e o ato de conhecer, em si mesmo, já é uma transformação” (BOAL, 2015, p.251). Por isso, acredito que o processo de criação coletiva de uma intervenção teatral que aborde a temática da inserção dos sanitaristas é a possibilidade de compreendermos a nossa experiência e ensaiar ações possíveis e, “esse ensaio já é uma transformação” (BOAL, 2015, p.251).

Não foi difícil chegar à conclusão que era necessário produzir uma intervenção teatral como produto desta pesquisa; não com o objetivo de representar e encenar a realidade de inserção para um público específico, menos ainda para fazer uma intervenção teatral que dissesse sobre o BSC, mas sim para compreender e experimentar o processo de criação desta intervenção, que poderia ser revolucionário para aqueles que fizessem parte. Assim, a minha proposta para os BSC que constituíram o grupo-pesquisador desta pesquisa foi: construir uma intervenção teatral com o objetivo de ser uma antirepresentação (DELEUZE, 2010).

E a função antirepresentativa do teatro seria constituir uma figura da consciência minoritária, tornando atual uma potencialidade, o que é diferente de representar um conflito. Deste modo, se nesse caso a arte não exerce mais poder é porque, participando da criação de uma consciência minoritária, ela remete a potências do devir, que pertencem a uma instância diferente do domínio do poder e da representação, ao possibilitar que se escape do sistema de poder a que se pertencia como parte da maioria. A função política do teatro – e da arte em geral – é contribuir para a constituição de uma consciência de minoria. (DELEUZE, 2010, p.17)

Pensar na potência do teatro não para representar, mas para constituir a consciência da minoria, o “teatro como linguagem performativa, como uma condição que torna possível

uma explicação” (DELEUZE, 2014, p.15), essa é a potência das artes cênicas como “a” arte escolhida para fazer esta pesquisa. E sendo assim, a narrativa, a história que surgiu a partir desta pesquisa, pode ser pensada como uma literatura menor, uma vez que desterritorializou a língua, articulou o individual e político e criou agenciamentos coletivos de enunciação (DELEUZE, 2014).



Cena 5

A PESQUISA SANITARISTAS EM CENA

A rã queria ser um passarinho.
Só se for em teatro, meu amor.
Em teatro você faz o passarinho
E eu faço a rã.
Teatro não é troca de experiências?
Manoel de Barros

Neste processo de invencionar a metodologia desta pesquisa-espetáculo, é que ficou evidente para mim, quase como uma necessidade, a montagem de uma intervenção teatral para **analisar como o coletivo de BSC da UFRGS está experienciando a sua inserção.**

Compreendo a experiência como aquilo “que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca” (LARROSA, 2002, p.21), ou seja, a experiência não é propriamente um acontecimento em si, mas ela surge de um acontecimento, da forma como esse acontecimento nos afeta, deixa marcas, vestígios e produz algum efeito em nós. As experiências possuem uma capacidade de nos formar ou transformar e de produzir conhecimentos (LARROSA, 2002).

[...] o saber da experiência é um saber particular, subjetivo, relativo, contingente, pessoal. Se a experiência não é o que acontece, mas o que nos acontece, duas pessoas, ainda que enfrentem o mesmo acontecimento, não fazem a mesma experiência. O acontecimento é comum, mas a experiência é para cada qual sua, singular e de alguma maneira impossível de ser repetida. O saber da experiência é um saber que não pode separar-se do indivíduo concreto em quem encarna. Não está, como o conhecimento 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). Por isso, também o saber da experiência não pode beneficiar-se de qualquer alforria, quer dizer, ninguém pode aprender da experiência de outro, a menos que essa experiência seja de algum modo revivida e tornada própria. (LARROSA, 2002, p.27).

Dos diversos cenários e encontros que tive com os egressos do BSC (UFRGS e nacionais) sempre fiquei com a sensação de que temos dificuldade de nomear e dar voz a nossa experiência e, em especial, aos afetos que a inserção produz em nossos corpos. O teatro, linguagem artística desterritorializante para o grupo-pesquisador por não o

utilizarem habitualmente como forma de expressão, instaura uma nova possibilidade de dar língua a estes afetos. As experiências singulares e individuais de inserção foram problematizadas e compartilhadas, ganharam um *ethos* político ao deixar de ser uma experiência em particular para ser uma experiência que fala de qualquer um. Deste modo, a história representada e apresentada pelo coletivo de egressos desta pesquisa, é uma história comum a todos, é a história da experiência coletiva de inserção do grupo-pesquisador que fizeram parte do elenco desta pesquisa (DELEUZE, 2010, 2014).

O comum agora diz respeito a essa experiência coletiva em que qualquer um nela se engaja ou em que estamos engajados pelo que nos é impessoal. Mesmo quando vivido, enunciado, protagonizado, emitido por uma singularidade, a narrativa não remete a um sujeito. O sujeito é ele próprio um agenciamento de enunciação, isto é, ele se constitui num plano de consistência por agenciamentos, ele só existe em face a certas engrenagens, de determinados agenciamentos. (PASSOS, 2012, p.168).

A criação de uma intervenção teatral foi uma aposta e estratégia para que o grupo-pesquisador pudesse compartilhar, reviver, debater e refletir sobre as suas experiências de inserção, tornando-as assim, suas experiências comuns ao grupo. Como cada egresso se encontra em um cenário diferente de inserção e são escassos os momentos juntos que visam compartilhar suas experiências, para realizar a construção de uma intervenção teatral (discussão, escrita, ensaio e apresentação). Seria preciso uma série de encontros sistemáticos, o que permitiria engendrar um campo de pesquisa, que habitamos enquanto território existencial. Os encontros para a criação da intervenção teatral também permitiram que o grupo-pesquisador debatesse as principais questões, levantasse pistas, refletisse sobre as suas experiências de inserção e, assim, realizasse a produção de dados e a escolha das pistas e tema comum, o que me permitiu cartografar todo o processo da pesquisa.

Para a construção e invenção da intervenção teatral Sanitaristas em Cena eram necessários diferentes momentos para compartilhar as experiências de inserção, debater e refletir sobre os principais acontecimentos, construir a concepção cênica, dramaturgia, ensaio, apresentação, avaliar o processo de pesquisa e apresentação. Deste modo, pensei a construção da intervenção e produção de dados em 5 momentos diferentes:

1. Construção do argumento – construção da ideia de intervenção, concepção cênica, discussão dos acontecimentos que mais marcaram a nossa inserção,

escolha de personagens que iriam compor a cena, trilha sonora, figurino, maquiagem, etc.;

2. Escrita do roteiro/texto – momento onde escreveríamos juntos o texto que iria basear a nossa atuação;
3. Ensaio – pequena oficina teatral, com ensaio das cenas escritas no roteiro;
4. Estreia – apresentação durante o 12º Congresso Internacional da Rede Unida;
5. Avaliação – encontro avaliativo sobre a intervenção e processo da pesquisa.

O processo da pesquisa organizado deste modo retirou os sujeitos desta pesquisa da posição passiva de “fornecedores de dados” (de algumas metodologias de pesquisa) e os colocou no papel de atores, produtores, dramaturgos, diretores, figurinistas e pesquisadores. O grupo-pesquisador realizou um trabalho de intervenção e invenção, fazendo desta pesquisa um espetáculo coletivo.

Para compor o grupo-pesquisador que tivesse a multiplicidade de inserções dos BSC da UFRGS, solicitei para a Comissão de Graduação (COMGRAD) do Bacharelado em Saúde Coletiva da UFRGS, uma lista com o nome e contato dos egressos a fim de identificá-los e saber quantos éramos na ocasião. A partir desta lista, realizei um mapeamento informal dos cenários de inserção dos meus colegas (pesquisei no Facebook, na plataforma Lattes, conversei com alguns colegas, etc.) e, percebi que este meu levantamento era o único dado que possuíamos sobre os egressos da UFRGS.

Inquieta com esta situação e, sabendo que havia pouco tempo e “poucas pernas” para fazer uma pesquisa sozinha, convidei o Henrique da Silva Domingues, aluno do CGSC da UFRGS que fez o seu Trabalho de Conclusão de Curso falando sobre “Os Caminhos Trilhados pelos Bacharéis em Saúde Coletiva no Brasil” e a sua professora orientadora, Cristianne Maria Famer Rocha (que compôs a minha banca desta dissertação) para fazermos juntos uma pesquisa com a caracterização dos egressos do BSC da UFRGS. Ambos toparam o convite. Assim, passamos a integrar o Projeto de Pesquisa intitulado “Graduação em Saúde Coletiva no Brasil: Percursos formativos e inserção no mundo do trabalho”, no âmbito do “Projeto Observatório de Análise Política em Saúde” pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia, projeto este que reúne docentes, discentes e egressos dos CGSC de cinco regiões do país, para analisar os percursos formativos e experiências de inserção dos BSC. Nosso estudo passou a integrar o projeto com o objetivo de identificar e

descrever a inserção dos egressos do CGSC da UFRGS entre 2012 a 2015; contando ainda com a colaboração da Liliana Santos e claro, do meu orientador Alcindo Antônio Ferla. Como resultado deste estudo, escrevemos juntos o artigo “Desafios e Possibilidades de Inserção dos Bacharéis em Saúde Coletiva da UFRGS”, ainda no prelo, que me permitiu caracterizar os personagens sujeitos desta pesquisa.

Lorena et. al. (2016) divulgou em 2015 a pesquisa intitulada “Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação” que caracteriza a atuação dos egressos nacionais dos CGSC. Entre os diversos dados levantados por esta pesquisa, chamou a atenção do coletivo de BSC da UFRGS que, 42,4% dos egressos nacionais estariam atuando na área de formação (LORENA et al., 2016a). A pesquisa que realizamos com os egressos da UFRGS nos permitiu identificar que esta não é a realidade de inserção profissional dos egressos da nossa instituição, uma vez que 76,19% dos BSC formados na UFRGS estão fora do mercado de trabalho (SILVA et al., No prelo). Podemos considerar a possibilidade que nem todos os 75,19% dos BSC que estão fora do mercado de trabalho, desejam atuar na área da Saúde Coletiva, alguns podem terem ingressado no curso somente almejando qualificar uma formação anterior, em busca de um diploma universitário, etc. Para contrapor esta ideia, questionamos a estes BSC que se declararam fora do mercado de trabalho se eles desejavam atualmente atuar profissionalmente como BSC e 87,50% declarou que desejava atuar na área de sua formação.

Destes 87,50% dos BSC que disseram que desejam atuar na área, questionamos o motivo pelo qual não estão inseridos e 25% disse ter dedicação exclusiva à pós-graduação, 21,88% disse estar fora devido a falta de oportunidade no mercado de trabalho, 6,25% encontrou uma oportunidade mais vantajosa em outra área, 3,12% alegou a baixa remuneração e 3,12% porque permaneceu no emprego anterior à formação. Quando questionados aos BSC formados pela UFRGS a área de interesse que desejam atuar, 42,86% disseram desejarem atuar na Gestão em Saúde, 38,10% na área de Atenção à Saúde e 19,04% na Educação em Saúde (SILVA et al., No prelo).

Quanto ao local de atuação dos 23,81% dos BSC inseridos no mercado de trabalho na área de sua formação, 80% destes trabalham na esfera pública e 20% na esfera privada, atuando como assessores, consultores, assistentes técnicos, coordenação e sanitaristas. No

que se refere ao vínculo empregatício, 20% possuem contrato por tempo determinado, 30% são celetistas e 50% são servidores públicos estatutários (SILVA et al., No prelo).

Este estudo também apontou que 73,81% dos egressos do CGSC da UFRGS fizeram uma ou mais formações de pós-graduação, motivados pelo desejo de qualificar a formação (64%), como opção de inserção já que não haviam vagas de trabalho disponíveis no momento de conclusão do curso (21%) e para obter titulação como pré-requisitos para concursos públicos (15%). Deste modo, podemos observar que segundo os dados informados por estes egressos, 36% deles procurou uma pós-graduação devido a dificuldades de inserção no mercado de trabalho (SILVA et al., No prelo).

Para compor o grupo pesquisador, que denominei de Sanitaristas em Cena, desejava convidar BSC que representassem essa diversidade de cenários de inserção, apostando assim, na multiplicidade de experiências. Também utilizei como critério de inclusão o conceito de experiência proposto por Larossa (2002) e deste modo, procurei identificar no grupo de egressos do CGSC da UFRGS as experiências de formação e inserção que iam ao encontro de um perfil comprometido e implicado com o “ser BSC” e que se/me afetavam e tocavam com esta experiência de inserção. Também busquei identificar os colegas que acreditava que topariam o convite para serem dramaturgos, atores, diretores, artistas!

Assim, convidei para compor o grupo-pesquisador, 8 BSC, 9 me incluindo, que estavam realizando mestrado acadêmico e residência, que estavam inseridos no mercado de trabalho através de concursos públicos e contratos por tempo determinado, que estavam desempregados e/ou atuando fora da área de formação. Mais do que compor o elenco de grupo-pesquisador baseado na multiplicidade e potências das experiências, adotei como critério de inclusão, o conceito de *matilha* proposto por Deleuze (2011d). Do leque de múltiplos BSC, escolhi colegas cuja “multiplicidade que nos fascina já está em relação à multiplicidade que habita dentro de nós” (DELEUZE, 2011d, p.21), cujas afetações me colocavam em uma situação de devir variável, onde este “afecto não é um sentimento pessoal, tampouco uma característica, ele é uma efetuação de uma potência de matilha, que subleva e faz vacilar o eu” (DELEUZE, 2011d, p.22). Deste modo, procurei escalar colegas BSC que despertassem o meu *devir-lobo*.

O que é importante no *devir-lobo* é a posição de massa e, primeiramente, a posição do próprio sujeito em relação à matilha, em relação à

multiplicidade-lobo, a maneira dele de aí entrar ou não, a distância a que ele se mantém, a maneira que ele tem de ligar-se ou não à multiplicidade. [...] Estou na borda desta multidão, na periferia; mas pertenço a ela, a ela estou ligado por uma extremidade do meu corpo. (DELEUZE, 2011a, p.55).

Em *Mil Platôs 4*, Deleuze e Guattari (2011) colocam que toda matilha possui um anômalo, uma a-nomalia que é compreendida como como alguém desigual e rugoso. A potência do anômalo é que a aspereza dele pode servir como uma ponta de desterritorialização, uma posição diferente em relação a multiplicidade (DELEUZE, 2011d). Incorporando este conceito de anômalo como critério de inclusão/exclusão, procurei identificar BSC que possuem experiências, inserções e pontos de vistas diferentes dos meus (e dos demais do grupo-pesquisador) e que representassem assim, os meus/nossos anômalos. A aposta em anômalos na matilha visou a produzir agenciamentos e constituir fenômenos de bordas, onde o grupo-pesquisador poderia se questionar se estava no bando, fora do bando ou na fronteira do bando, agenciamentos que pudessem questionar os limiares, linhas, limites, fronteiras. Minha escolha por cada um dos meus colegas BSC foi uma escolha por uma multiplicidade, uma escolha por um anômalo que poderia mudar as percepções, as afetações, os devires e construir rizomas enquanto heterogêneos conectados por afetos e potências formando uma rede “arborescente” (DELEUZE, 2011b, 2011d).

Estar em matilha com o grupo-pesquisador me permitiu entrar em uma situação de variação, “que torna mais ou menos fácil a descoberta de multiplicidade, de teor em multiplicidade, que ele contém atualmente ou virtualmente, dependendo dos casos” (DELEUZE, 2011d, p.23). Enquanto matilhas, bandos humanos, colegas, amigos e profissionais, formamos o grupo-pesquisador e operamos, desenvolvemos e transformamos por contágio, porque as “multiplicidades de termos heterogêneos, de co-funcionamento de contágio, entram em certos agenciamentos e é neles que o homem opera seus devires-animais” (DELEUZE, 2011d, p.24).

Durante o processo de pesquisa, os encontros do grupo-pesquisador foram marcados por uma intensa troca de afetos e experiências, que resultou em um grande volume de dados produzidos. Foram múltiplas as entradas de produção de dados nesta pesquisa-espetáculo. Em todos os encontros do grupo-pesquisador foram produzidas relatorias e, a cada encontro, os participantes trabalhavam na produção de um inventário temático (que denomino de Inventário de Desperdícios) das questões discutidas que visava servir de base

para a criação do roteiro da intervenção teatral *Sanitaristas em Cena*. Além destes materiais, também utilizei como dados os registros em meu diário de campo que contém as principais impressões e afetações durante o processo da pesquisa.

Com toda esta oferta rica de produção de dados, meu desejo para fazer a análise destes dados era de uma metodologia que, assim como todo o processo de pesquisa, permitisse colocar os afetos e a experiência em cena. Lembrei que Franco e Merhy (2007) ofertam a técnica de mapas analíticos enquanto ferramenta capaz de cartografar os sujeitos, processos, fluxos, afetos, intensidades e relações presentes nos processos de trabalho, colocando na cena o trabalho vivo em ato. Na proposta dos mapas analíticos, Franco e Merhy (2007) sugerem que os mapas sejam elaborados considerando três aspectos analíticos: 1- os conflitos, que possuem potência para a construção de linhas de fuga; 2- os atos inusitados, que evidenciam os afetos e o modo como as equipes lidam com eles e; 3- os atos inúteis, que se referem em especial ao trabalho morto e que não produz sentido para os atores envolvidos (FRANCO, 2007). Os mapas analíticos foram ferramentas que me permitiram realizar a análise dos dados utilizando o meu corpo vibrátil e as afetações que surgiram durante o processo de pesquisa.

Ainda para compor a análise, me apropriei da sugestão de Petit (2002) de fazer diferentes momentos de análise em uma pesquisa. Construí os mapas analíticos, fazendo conexões em um primeiro momento que dessem conta de evidenciar uma análise classificatória, evidenciando as escolhas, opções, caminhos adotados; no segundo momento contemplando uma análise transversal, destacando as contradições, os equívocos, as confluências; um terceiro momento de análise filosófica onde fui realizando a articulação dos dados levantados com os referenciais teóricos e; por último, um momento de análise do processo de pesquisa como um todo (PETIT, 2002). Deste modo, para cada uma das cartografias—atos desta pesquisa, produzi um mapa analítico, colocando em cena as pistas que evidenciavam os conflitos, os atos inusitados e os atos inúteis; fazendo análises classificatórias, transversais, filosóficas e processuais destas pistas.

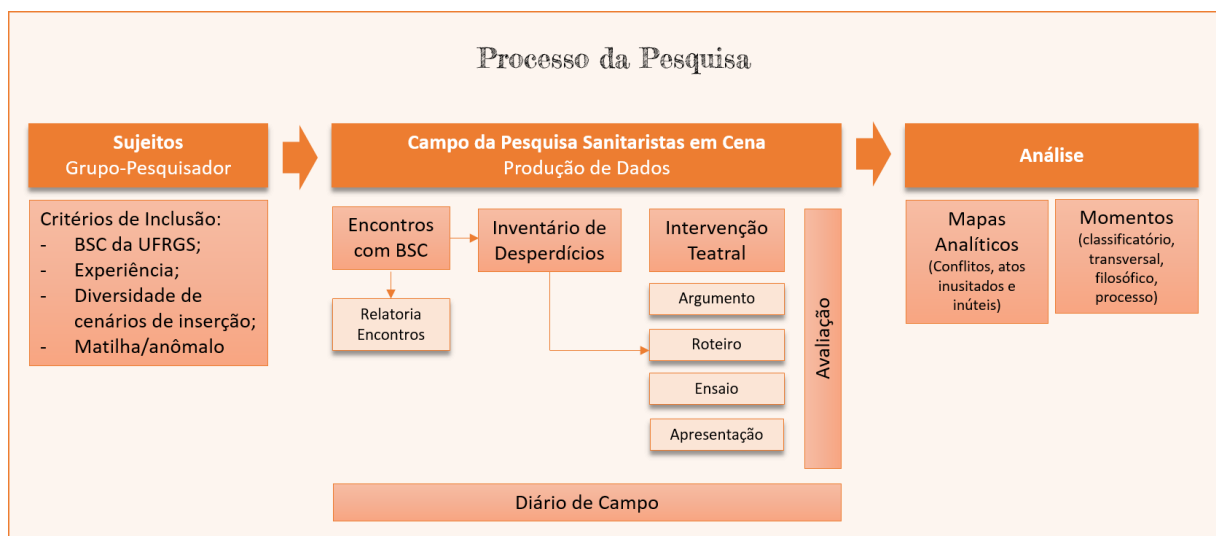
Imagem 2: Mapa Analítico Encontros da Pesquisa



O exercício de construir os mapas analíticos a partir das pistas, das questões, dos achados e das reflexões apreendidas no campo desta pesquisa-espetáculo, foi um processo de descoberta, desbravamento e invenção. A construção dos mapas me permitiu visualizar o quanto algumas questões estavam relacionadas entre si, o quanto elas persistiam ao longo das narrativas, o quanto elas eram importantes. O maior desafio deste processo foi conseguir articular todas as questões de forma a não deixar nenhuma de fora da cena da pesquisa.

Sendo assim, é possível representar os caminhos in-mundos desta pesquisa-espetáculo, através de um esquema do processo da pesquisa (Imagem 3).

Imagem 3: Processo da Pesquisa





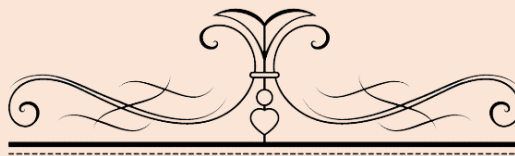
Ato 3

SANTARISTAS EM CENA



A poética do artista: o artista ensina a fazer a arte,
não a produz apenas, e em todo caso não sozinho.
Ele ensina como produzi-la.
Para mim essa é uma descoberta importante.
Eu a pressentia, e encontrei, é uma descoberta maravilhosa.
Não só escrever peças, não só interpretá-las, montá-las.
Ensinar e ver as pessoas realizar elas mesmas
as ações cênicas, as peças, encená-las, agruparem-se.

Augusto Boal



ATO 3: SANITARISTAS EM CENA

*Que a importância de uma coisa
Não se mede com fita métrica
Nem com balanças, nem com barômetros, etc.
Que a importância de uma coisa
Há de ser medida
Pelo encantamento que a coisa produza em nós.
Manoel de Barros*

O processo de pesquisa foi o momento mais importante desta pesquisa-espetáculo-cartografia e, é sobre este processo de pesquisar, sobre o campo de pesquisa mais propriamente dito, que quero compartilhar neste ato. Compartilhar desde a aflição para saber se aceitariam o convite, passando pela etapa de dramaturgia, ensaios, apresentação, até a avaliação do processo de pesquisa.

Este processo para mim é importante, porque foi nele que os Sanitaristas estiveram em cena. Não só na cena do palco no dia da apresentação da intervenção teatral, mas na cena principal desta pesquisa. Estar com os Sanitarista em Cena, foi um processo muito afetuoso, movido por nossas paixões alegres. Foi um processo de trocas de experiências muito intensas e que me surpreendeu com o volume de dados que conseguimos produzir juntos.

E a arte – o teatro – neste campo de pesquisa teve todo o seu mérito, porque ele tornou este processo muito prazeroso. Em nossos encontros, produzimos pistas, dados, compartilhamos as nossas experiências, refletimos... Sem, talvez, termos nos apercebido disto. Diferente das pesquisas tradicionais, onde há entrevistas, grupos e questionários, o nosso processo de pesquisa foi uma grande roda de conversa (bem coisa da Saúde Coletiva!), onde o diálogo, a troca de experiências e a produção de dados fluíram tão tranquilamente, que permitiu nos entregarmos ao desafio de produzir uma intervenção teatral, de brincar, de sermos criativos e invencionar!

O processo da pesquisa foi tão intenso, que em um determinado momento, já não fazia diferença produzirmos ou não a intervenção teatral; pois o encantamento que ele havia produzido em nós, nos afetou de tal modo, que o palco havia se tornado o próprio processo de pesquisar. Foi mágico e encantador, descobrir em ato, a potência da linguagem teatral

nesta pesquisa. Não há como mensurar essa vivência e experiência. Não há palavras que traduzam este processo. A mim, cabe registrar a descoberta maravilhosa que é pesquisar com o teatro e cartografar o processo de pesquisa encantado, importante e valioso.



Cena 6

NOS BASTIDORES DA PESQUISA

Imagem 4: Tirinha do Armandinho



Fonte: BECK, 2016.

Conduzida pela ideia de compor um elenco para a pesquisa baseado na experiência na diversidade e multiplicidade de cenários de inserção e na ideia de matilha, cheguei no nome dos 8 egressos aos quais eu faria o convite para integrarem o grupo-pesquisador¹⁰. Redigi carinhosamente um e-mail com o convite para participarem na pesquisa e enviei para todos. Fiquei aflita e com um frio na barriga aguardando intermináveis horas para começar a receber o contato dos colegas ansiosos querendo saber mais informações sobre a pesquisa. Foi com muita alegria que recebi o retorno do grupo aceitando participar da proposta. Estava escalado o elenco desta pesquisa-espetáculo.

Para facilitar a tarefa de marcar o primeiro encontro e fazer algumas combinações, criei um grupo no WhatsApp – Sanitaristas em Cena – que foi um importante canal de comunicação utilizado ao longo da pesquisa.

No nosso primeiro encontro, quando iniciamos a falar sobre a pesquisa, tirei o celular do bolso e perguntei se poderia gravar. “Claro que pode, mas cuida o que tu vai fazer com isso, hein?!” E daí surgiu a primeira combinação do processo da pesquisa: combinamos que eu não faria uma transcrição literal dos encontros, mas que ouviria a gravação novamente e, a partir dela, faria uma relatoria de cada encontro que seria

¹⁰ O perfil dos 9 BSC da UFRGS que comporam o grupo-pesquisador desta pesquisa-espetáculo está no Apêndice 1.

compartilhada e aprovada por todos. Nesse momento, veio a “voz” da Kastrup na minha cabeça:

Procuramos demonstrar que a produção de dados ocorre desde a etapa inicial da pesquisa de campo, que perde assim o caráter de uma simples coleta de dados. É preciso sublinhar que esse processo continua com as etapas posteriores, atravessando as análises subseqüentes dos dados e a escrita dos textos, continuando ainda com a publicação dos resultados. Para sermos bastante precisos, seria necessário incluir também a circulação do material escrito e a própria leitura do mesmo pelos interessados, tudo isso sem falar na contribuição dos participantes da pesquisa na produção coletiva do conhecimento. (KASTRUP, 2012, p.58).

Para compartilhar o processo de pesquisa com o grupo-pesquisador-elenco, construí um blog¹¹ que continha o meu projeto de qualificação, as relatorias dos encontros, o meu diário de campo e meus rascunhos com a escrita da dissertação. O blog serviu como um espaço de acervo dos materiais que compartilhávamos ao longo da pesquisa, mas como ele não permitia uma interação tão grande, acabamos utilizando especialmente o grupo de WhatsApp para compartilhar ideias e criamos uma nuvem virtual (Google Drive) para a construção coletiva de documentos. Estes espaços garantiram que o grupo-pesquisador tivesse acesso a tudo o que se referia a pesquisa, participando ativamente das discussões, escrita, etc.

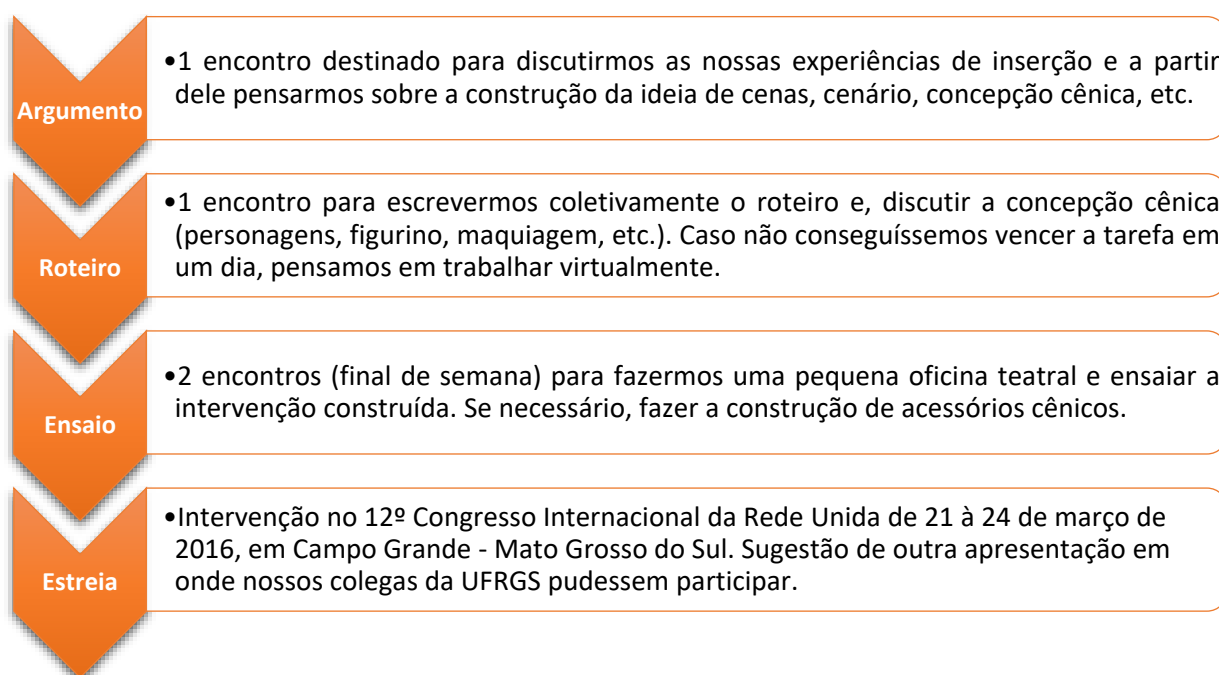
Ainda no primeiro encontro, expus as potências que identificava no teatro como metodologia para a produção de dados. Fiz o convite para que a intervenção teatral produzida na pesquisa fosse um processo coletivo de criação, para que o grupo-pesquisador realizasse juntos todo o processo de dramaturgia, direção, atuação. O grupo-pesquisador seria o centro de criação. “A criação coletiva se faz potente quando colocada num período histórico onde os jovens queriam dar voz aos seus pensamentos e sensações, por meio da arte, nesse caso” (SILVEIRA, 2011, p.6). Assim, a peça teatral que iríamos construir representaria as vozes, os desejos, as ideias e a individualidade artística de cada um dos integrantes e, teria como temática as nossas experiências de inserção como Bacharéis em Saúde Coletiva (ABREU, 2004; SILVEIRA, 2011). E como a construção do processo da pesquisa

¹¹ A criação do blog Sanitaristas em Cena não visou a divulgação da pesquisa, mas o compartilhamento e circulação do material produzido pelo grupo-pesquisador. Deste modo, o acesso ao blog foi restrito ao grupo-pesquisador e no término da pesquisa ficou com acesso restrito a pesquisadora.

é coletivo, apresentei a minha proposta de organização para a construção da intervenção teatral e discutimos.

Surgiram inúmeras ideias ao longo do encontro: falamos de cada egresso trazer uma cena do seu cotidiano de trabalho, pensamos em escrever uma cena hipotética em conjunto, sugeriram que eu propusesse uma cena para trabalharmos em cima e a última (estratégia que adotamos), discutirmos mais abertamente sobre as nossas experiências de inserção e montarmos uma intervenção a partir destes relatos. Optamos em trabalhar com o debate mais aberto para que o grupo ficasse mais livre para trazer as questões que mais lhes afetavam e tocavam e tentar assim, garantir a construção coletiva de uma dramaturgia. Naquele momento pensamos o seguinte processo para a construção da intervenção teatral:

Quadro 1: Estrutura da Intervenção Teatral Sanitaristas em Cena



Se antes do encontro eu estava ansiosa para saber se eles topariam ou não a proposta de intervenção teatral, durante o encontro a ansiedade cedeu lugar à alegria. A pesquisa estava ganhando movimento e intensidade. O grupo-pesquisador não só havia topado a ideia de construir uma intervenção teatral, como estava propondo irmos além, fazermos mais apresentações, construir figurinos e cenário, fazer encontros de imersão em um final de semana, etc. Percebi que eles também acreditavam e apostavam que a intervenção poderia ser potente enquanto um dispositivo analisador que nos permitiria

tornar visíveis os acontecimentos e apreender a forma como nossa experiência de inserção estava nos afetando.

O segundo encontro visava à construção do argumento para a intervenção e, já iniciamos aquele encontro compartilhando as nossas experiências de inserção, relatando como estava sendo o nosso cotidiano. Confesso que nem foi preciso fazer muito esforço de mediação do grupo para colocar as experiências em cena. A conversa fluiu e muitos acontecimentos foram trazidos para o debate. Meu corpo vibrátil de pesquisadora gritava de felicidade com a intensidade, com a alegria do encontro e da multiplicidade de pistas que pairavam no ar. A narrativa destes acontecimentos me permitia apreender coisas não visíveis em um primeiro momento (BRASIL, 2016b) e, a partir destas narrativas, o argumento da intervenção começou a emergir.

“Mas isso não é para essa cena, falamos disso em outro momento!” Me coube lembrar ao grupo-pesquisador que a cartografia permite que todas as pautas e questões trazidas pelo grupo-pesquisador e que dissessem sobre a nossa experiência de inserção e como essas experiências nos afetaram e tocaram, tudo o que o grupo-pesquisador apreendesse e achasse relevante, poderiam sim constituir as cenas e roteiro de nossa intervenção teatral.

Conversamos sobre a ausência de vagas, sobre a angústia de não saber o que fazer depois da formação, sobre como precisávamos explicar em cada local que atuamos sobre a nossa profissão e o que fazemos, sobre regulamentação da profissão, pós-graduação, escopo de práticas, etc. Não haviam dificuldades de se pensar em temáticas, questões e acontecimentos para se construir a intervenção teatral. *“Isso precisa aparecer!”* A dificuldade do grupo-pesquisador era de conseguir criar ou pensar uma intervenção que pudesse dar visibilidade a todos os acontecimentos e afetações que estavam circulando. Trouxe Boal (2015) para explicar que “toda ideia, por mais abstrata que seja, pode ser teatral” (BOAL, 2015, p.89) e no intuito de não perdermos nenhuma ideia e, pensando em algum modo que pudesse nos auxiliar na tarefa de transformar esses acontecimentos em

teatro, fizemos um inventário¹² de acontecimentos, que nos acompanhou durante o processo de pesquisa e construção da intervenção teatral.

Um viés identificado nesta pesquisa é que os BSC que integram o grupo-pesquisador Sanitaristas em Cena, habitaram o CGSC da UFRGS no mesmo período e possuem uma singularidade em suas trajetórias de formação e atuação profissional marcadas pelo protagonismo no movimento estudantil de Saúde Coletiva e hoje no movimento de egressos desta graduação (vide perfil do grupo-pesquisador no Apêndice 1). Além disso, os integrantes deste coletivo, durante seu percurso formativo também participaram de diversas atividades extracurriculares, projetos de pesquisa e extensão; escolha esta, que não é a escolha (por desejo e/ou disponibilidade de participação) da maioria dos estudantes e egressos da Saúde Coletiva da UFRGS e nacionais.

Assim sendo, o grupo Sanitaristas em Cena se sentiu legitimado para pensar uma intervenção teatral que falasse das experiências e vivências do próprio grupo, ambicionando representarem somente a si mesmos e, sem compromisso em representar a diversidade de experiências regionais e nacionais. Estava claro, desde o começo, que a intervenção teatral que encenaríamos diria a respeito das experiências deste grupo, do *patchwork* de histórias individuais dos integrantes do grupo-pesquisador e que contaria a trajetória de um conjunto de “personagens” em um determinado período de tempo.

A intervenção teatral Sanitaristas em Cena teve como objetivo falar sobre a realidade de inserção deste coletivo de egressos, mobilizando acontecimentos e situações que este coletivo vivenciou em sua experiência de inserção profissional, inventariando a forma como isso os tocou, os recursos e as estratégias que utilizaram.

O que buscamos não é harmonia nem consenso. Uma tensão cognitiva não resolvida pode revelar problemas complexos e ajudar na sua expressão filosófica rigorosa, assim como favorecer a emergência de novos devires. (PETIT, 2005)

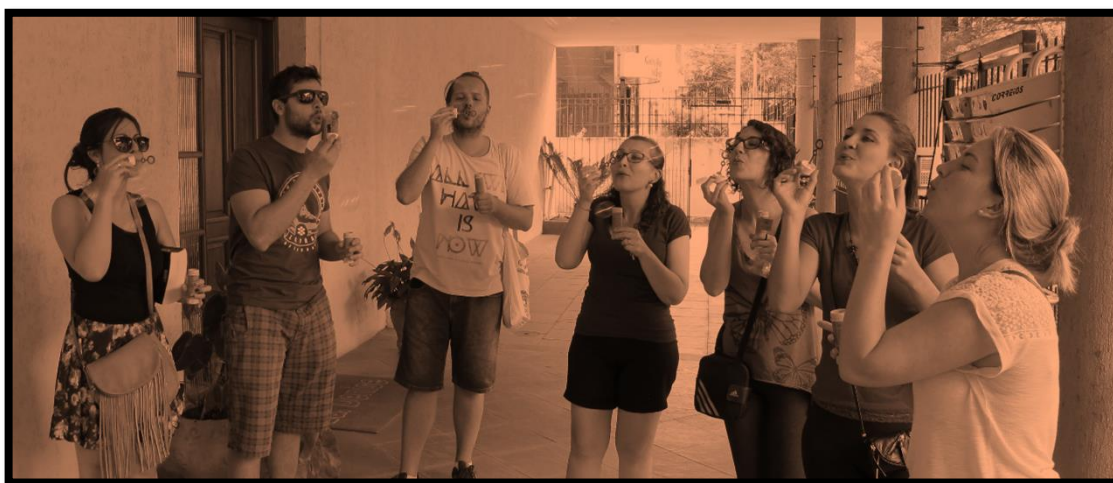
Idealizamos uma intervenção que explicitasse o mosaico de afetações individuais, sem a pretensão de construir um consenso das experiências ou uma identidade do que é a

¹² Esse inventário é chamado de Inventário de Desperdícios, dá origem à estrutura da intervenção teatral e é trazida no Ato 4 desta pesquisa-espetáculo.

inserção do BSC-Sanitarista. Muito pelo contrário, buscamos fazer uma intervenção que desse visibilidade e afirmasse as diferenças de nossas experiências. *“Vai marcar a diferença entre os diferentes, onde outras pessoas podem ser diferentes como eu e se identificar comigo”*. Boal (2015) ao falar de um teatro revolucionário diz que “o modelo aqui não é único, é múltiplo. Qualquer que seja o tema, o objetivo não é mostrar uma, mas muitas imagens que o representem” (BOAL, 2015, p.229). Assim, a intervenção teatral Sanitaristas em Cena tem o *“olhar múltiplo do sanitарista que faz com que a gente se misture e convirja em uma prática”* e o desafio foi contemplar todo o emaranhado de múltiplas narrativas, de mostrar as nossas singularidades múltiplas (DELEUZE, 2010; BRASIL, 2016b).

Terminamos a estrutura da intervenção com a construção do inventário de temáticas e acontecimentos e com a proposta de iniciarmos a dramaturgia através de um documento virtual onde todos pudessem contribuir e compartilhar as ideias. Pensamos na construção do roteiro em uma narrativa cronológica para fazer a costura de sentidos entre as cenas. Encerramos o nosso alegre encontro, brincando com bolhas de sabão e apostando nas tecnologias leves como estratégia de compartilharmos e nos abriremos para as experiências e vivências do outro.

Imagem 5: 2º Encontro Sanitaristas em Cena



Fonte: Acervo próprio. Foto de Tiago Bulla.

No interstício dos encontros, trabalhamos virtualmente no Inventário de Desperdícios que marcaram a nossa experiência de inserção profissional. Nesse inventário apareciam frases de professores e estudiosos do campo, frases e situações que colegas egressos tinham nos contado em algum momento, apareciam situações cotidianas e

corriqueiras. Notei que o grupo-pesquisador estava cartografando o seu cotidiano e trazendo para o grupo diversos acontecimentos que vivenciávamos.

Iniciamos o terceiro encontro, onde havíamos previsto trabalhar com a dramaturgia das cenas, recordando o inventário com as ideias de cenas que trabalhamos virtualmente. Percebemos que o inventário poderia ser aglutinado por temáticas e que dessas temáticas poderiam emergir a narrativa da peça. Chamamos essa aglutinação temática de *fragment(atos)*, que fomos organizando em uma sequência cronológica que acabou se tornando o “sumário” da nossa intervenção. Esses fragmen(atos) falavam sobre a nossa escolha pelo curso, o momento de ingresso e acolhimento, as experiências durante o processo formativo, a colação de grau, a inserção profissional, a nossa escolha pelos cursos de pós-graduação, a dificuldade para entrar no mercado de trabalho, a ausência de vagas de emprego, a mobilização de egressos, nosso desejo por reconhecimento profissional, entre outros.

Depois de toda essa organização, abri no computador um documento em branco. Agora era o momento de transformarmos as nossas ideias em um roteiro teatral. E então, como passe de mágica, todos emudeceram. Até aquele momento as trocas estavam intensas e senti que a proposta de sentar e escrever o roteiro havia capturado a nossa imaginação. Enquanto fechava rapidamente o computador e o guardava, compartilhei com eles essa minha impressão e sugeri que a gente olhasse para cada um destes fragmen(atos) e pensássemos juntos sobre a melhor forma de transformar aqueles acontecimentos em uma linguagem cênica. Toparam a proposta e as ideias voltaram a fluir.

O grupo-pesquisador sugeriu que eu assumisse a dramaturgia escrevendo o roteiro a partir das cenas que construiríamos naquele momento. Lembrei que em alguns processos de criação coletiva de uma intervenção teatral alguém assume o papel de dramaturgo, mas que a sua função é de um organizador das ideias e do texto do que uma função autoral. Eu tinha grande preocupação em não imprimir no roteiro da intervenção o meu estilo, minhas afetações e minhas ideias. Queria que o roteiro da intervenção tivesse a marca do grupo-pesquisador, do *patchwork* de narrativas e experiências que a criação coletiva podia ofertar.

Disse que topava a proposta de “assumir” a dramaturgia com a condição de que quando fossem falas onde narrávamos a nossa experiência individual cada um redigiria este texto, que eu ficava encarregada de organizar as ordens das cenas e escrever as cenas que

criássemos coletivamente, desde que, depois revisássemos juntos o que eu escreveria para que de fato fosse coletiva a criação e que o texto ficasse com a nossa cara (NICOLETE, 2002). Toparam. Abandonei o computador, apelei para o papel e caneta, amparada na lembrança que o registro em áudio do encontro iria me auxiliar depois a retomar e sistematizar as ideias. E assim seguimos. Um por um dos fragmen(atos) foram discutidos e transformados em cenas, atos, personagens e falas.

“Vamos fazer uma comédia?” “Não seria tragicomédia?” A intervenção foi ganhando ares de comédia, de brincadeira, de descontração. Muito em parte, porque os acontecimentos que eram colocados em cena nos eram pesados e difíceis de lidar. Não era difícil apreender que em alguns temas o tom de voz mudava, os palavrões apareciam, a face variava de sofrimento para angústia e havia troca de olhares aflitos em temáticas onde “a gente ainda não sabe bem o que fazer, mas que precisamos fazer algo, isso precisamos!” A brincadeira, os memes e referências de piadas que circulam nas redes sociais, foram ganhando espaço na intervenção para que ela ficasse mais leve para nós. Rir da tragédia que o grupo colocava em cena ajudava com que aqueles acontecimentos se tornassem mais palatáveis para nós.

No final deste encontro, conseguimos estruturar a intervenção teatral, inventar e criar diversas cenas, inventariar referências para a intervenção. A mim coube a missão de colocar no papel as cenas que havíamos criado, de organizá-las justapostas, de construir uma linearidade dramática, de dar espaço para os “personagens” se expressarem. O desafio era colocar no papel o roteiro que havíamos criado verbalmente (SILVEIRA, 2011).

Ouvi várias vezes o áudio do 3º encontro para fazer a relatoria sistematizando as ideias e invenções que surgiram para as cenas. Confesso que fiquei muitos minutos olhando para todas as invenções e pensando como costura-las dentro da proposta que havíamos pensado. Foi grande o desafio de montar o *patchwork* da intervenção, brincando com as nossas referências (música, memes, piadas, elementos) e tendo o cuidado de ver onde cada invenção se encaixava melhor. Me desafiei a não deixar de fora do roteiro nenhuma das invenções que o grupo-pesquisador havia proposto. Como combinado, me guiei pela ordem cronológica dos acontecimentos e fui deixando que as afetações e as lembranças daquele encontro fossem me guiando neste *patchwork*. Várias vezes enviei mensagem (WhatsApp) ao grupo-pesquisador compartilhando como estava pensando em colocar uma ideia no

roteiro e fazíamos um debate sobre o melhor modo, falas e personagens. E assim, fazer essa costura não foi um trabalho tão solitário! No final desta etapa, o *patchwork* dos fragmen(atos) já estava com cara de roteiro.

Compartilhei o rascunho do roteiro com o grupo-pesquisador e trabalhamos virtualmente na dramaturgia. Todo o grupo-pesquisador leu, incluiu e/ou alterou suas falas, fez novas sugestões. Fizemos um novo encontro presencial para revisar coletivamente o roteiro e visando finalizar esta etapa. Abrimos o roteiro e fomos lendo cada uma das cenas que os compunha. Alteramos algumas concepções de cenas, textos, falas, ordem de cenas e demais aspectos que o grupo-pesquisador achou relevante. A intervenção foi ganhando a cara do grupo, foi se in-mundando com todos e tornando-se “outro” roteiro. Em paralelo a este processo, começamos a mapear os recursos e elementos cênicos que precisaríamos providenciar para a apresentação.

Neste encontro estava muito presente a ansiedade e insegurança em relação ao uso do teatro como linguagem, em especial, em relação a decorar as falas, apresentação e marcação das cenas. Conversamos que havia duas formas de encarar o texto do roteiro, uma como algo rígido, que nos aprisiona e que deve ser seguido à risca; a outra forma seria encarar o roteiro como uma espécie de guia para orientar a nossa performance em cena, onde cada ator teria a liberdade de dizer a fala da maneira como lembrava, sem precisar decorar o texto, somente apreendendo a ideia geral da cena (BOAL, 2015). Optamos por encarar o roteiro como guia para a encenação, como uma sequência de cenas que iríamos memorizar nas marcações e ensaios (NICOLETE, 2002).

Até aquele momento, o roteiro não tinha nas falas e textos o nome dos BSC-atores que iriam encenar a intervenção, ou seja, não havia nenhuma distribuição de papéis, falas e personagens. As falas estavam construídas somente sinalizadas com o nome e papéis dos personagens: ator X, ator y, UFRGS, professores, profissional 1, etc. Iniciamos o processo de distribuição de personagens e falas entre o grupo-pesquisador, adotando como critério a tentativa de distribuir igualmente as falas, tomando o cuidado de não sobrecarregar ninguém. No primeiro instante, todos hesitaram em se candidatar para assumir as falas, em especiais as mais longas, e começaram a indicar o colega para assumir um determinado trecho do roteiro. “Porque tu quer falar essas duas coisas? Eu também quero

falar!” Poucos instantes depois percebi que já estavam desinibidos e disputando as falas e temáticas que se identificavam e que tinham maior interesse em encenar.

Vale ressaltar que todo o processo de escrita foi coletivo, que todas as falas e cenas haviam acabado de passar por uma revisão do grupo-pesquisador e que as falas estavam sendo distribuídas por consensos coletivos. A distribuição de falas seguia tranquilamente, em clima de brincadeira e descontração, até o momento que a primeira crítica “mais forte” apareceu no roteiro. Quando um dos BSC-atores recebe como sugestão assumir um personagem que tem como fala uma crítica ao posicionamento institucional da UFRGS e professores, surge o desconforto: “mas vamos dizer esse texto aqui assim? Eu acho duro! É uma crítica!”. “Eu é que não quero dizer fala que atira merda no ventilador (sic)”, “Mas aí é que está, aqui na peça, quem diz não somos eu ou tu, somos nós. O coletivo está bancando isso. Eu também não diria isso abertamente para alguém”.

Neste momento da pesquisa, nesse jogo de composição de discursos marcado pelo receio de enunciar determinadas questões, foi possível apreender a lógica de produção neoliberalista do mundo capitalista. Estas falas e discursos estão marcados por uma lógica paranoica produzida pelo sistema de produção e que reproduz o medo de sofrer um revés em função daquilo que enunciamos. A produção contemporânea deste discurso evidencia o afeto triste que o grupo-pesquisador vivencia, afeto que é produto desta captura e aprisionamento de uma lógica domesticada onde a insegurança do mercado de trabalho (possibilidade de ter um emprego garantido) determina o discurso perverso e dita o que “pode” ser dito ou não.

Deleuze (2014) disse que uma “literatura menor¹³ ou revolucionária começa por enunciar, e só vê e só concebe depois” (DELEUZE, 2014, p.58). Neste momento, apreendi

¹³ Segundo Deleuze (2014), “Uma literatura menor não é a de uma língua menor, mas antes a que uma minoria faz em uma língua maior” (DELEUZE, 2014, p.35) e se define por sua potência de variação. “As três características da literatura menor são a desterritorialização da língua, a ligação do individual no imediato-político, o agenciamento coletivo de enunciação. É o mesmo que dizer que o “menor” não qualifica mais certas literaturas, mas as condições revolucionárias de toda literatura no seio daquela que se chama grande (ou estabelecida)” (DELEUZE, 2014, p.39).

que nosso roteiro era uma literatura menor, que o teatro, a intervenção que ali estávamos construindo, tratava-se de uma literatura menor. Primeiro iniciamos conversando sobre o que queríamos dizer, enunciados e evidenciamos no roteiro. Havíamos acabado de finalizar uma revisão onde lapidamos “como” deveria ser dito. Somente no momento de distribuição das falas é que percebemos que a intervenção Sanitaristas em Cena havia ganhado um caráter de linguagem/literatura menor, lugar onde não há um sujeito, mas múltiplos agenciamentos coletivos de enunciação.

“A hora de fazer crítica é essa”. Depois de muito conversar, o grupo-pesquisador decidiu manter as falas e críticas que constavam no roteiro e do jeito que estavam redigidas, por acreditarem que *“cabe fazer crítica”*, e que apesar de ser duro *“é bem ousado dizer isso, mas é real?”*. *“A peça teatral é o momento de fazer piadinhas falando verdade”*.

A intervenção Sanitaristas em Cena estava permitindo aos BSC integrantes do grupo-pesquisador enunciarem acontecimentos e situações que não expressariam fora da intervenção e da pesquisa. Estava presente nesta tensão, neste jogo de forças, a dualidade de dois sujeitos: um sujeito de enunciação que que como forma de expressão fala de si mesmo, de sua vida, e outro sujeito de enunciado que como forma de conteúdo assume um “papel e personagens fictícios” (DELEUZE, 2014).

Naquele momento, nos demos conta da potência do sujeito de enunciação ao se associar na linguagem teatral com o sujeito de enunciado, assumindo uma duplicação de sujeitos que tornou possível colocar em cena agenciamentos que, até então, estavam subterrâneos e que não podiam ser trazidos à tona em “plena luz do dia”. Eles perceberam que o sujeito de enunciado, só existia (existe) dentro da intervenção teatral que construímos e, que assim, a intervenção Sanitaristas em Cena era potente porque era o espaço de enunciarmos coletivamente os agenciamentos que nos afetam e, que não temos coragem de enuncia-los individualmente por contas das micropolíticas presentes nas relações de discentes, docentes, egressos e instituições (DELEUZE, 2014).

A distribuição de falas, textos e personagens ganhou um novo critério: cada BSC-ator iria enunciar o que se sentia mais confortável para fazer. E assim seguimos, parando em cada crítica para conversarmos sobre elas. Decidimos mantê-las todas. Cabe dizer, que somente uma das críticas que apareceu no roteiro da intervenção - a que fazemos em relação a

UFRGS não assumir o símbolo, cores e lema nacional escolhido pelos estudantes - é que tivemos pontos de vista divergentes entre o grupo; as demais críticas, todo o grupo-pesquisador concordou em fazê-la e achou relevante e necessária. Não esgotamos a distribuição de cenas e falas neste encontro e seguimos trabalhando virtualmente, realizando um encontro virtual para finalizar esta etapa. A etapa de dramaturgia levou mais tempo do que havíamos previsto no começo da pesquisa, o que acabou atrasando o nosso planejamento de ensaio.

Tentamos marcar ensaios presenciais, porém, as agendas colidiam e não conseguíamos achar disponibilidade de tempo para um novo encontro. Faltando apenas uma semana para a apresentação da intervenção, combinamos de elaborarmos os elementos cênicos e organizamos um cronograma de ensaios durante o 12º Congresso Internacional da Rede Unida. Assim fizemos. Construimos a partir das nossas disponibilidades, um calendário de ensaios da intervenção para fazermos durante o congresso.

Chegou, finalmente, o 12º Congresso Internacional da Rede Unida e, como não havíamos feito até então nenhum ensaio, a ansiedade e insegurança com a apresentação estava presente no grupo-pesquisador. Tínhamos o desafio de concatenar os ensaios com a programação e participação de todos nas atividades do congresso. Na véspera do congresso, no momento que nos encontramos no hotel, fizemos uma conversa sobre o nosso comprometimento, repactuamos compromissos, processos de trabalho e reorganizamos o nosso cronograma de ensaio durante o congresso. Em nosso primeiro ensaio, pactuamos mudanças nas cenas (menos pessoas em cada uma, o que resultou em menor fala e melhor organização de atores na cena), data e horário para a apresentação e fizemos ainda uma nova conversa, repactuando como nos organizaríamos para ensaiar durante o congresso.

Percebi que a nossa conversa havia sido um dispositivo de Educação Permanente em Saúde, onde conseguimos conversar e refletir sobre como estava o processo de trabalho para a construção da peça, conversamos sobre como cada um de nós estava se colocando no processo, conversamos sobre as nossas expectativas *versus* realidade, conversamos sobre a dificuldade de nos encontrarmos e conseguimos repactuar algumas combinações e construir novas estratégias de ação. Satisfeitos com as combinações e acertos, decidimos que era hora

de continuar os ensaios, que ora aconteceram nas salas do congresso, ora no hotel que estávamos hospedados.

“Eu sei a minha fala.. Eu sou o melhor ator disparado!” O grupo-pesquisador estava considerando “melhor” aqueles que haviam conseguido decorar as falas. Notei que parte do grupo-pesquisador estavam muito presos ao roteiro, tentavam fazer a sua fala exatamente como ela estava no texto, e quando não conseguiam fazer ou o colega dizia o texto de uma forma diferente, acabavam se perdendo e a cena parava. Eles estavam tão mecanizados com o roteiro, que algumas falas pareciam até robóticas. Aqueles que estavam presos ao roteiro não conseguiam improvisar, não conseguiam fazer o jogo de atores e muito menos, auxiliar o colega dando dicas, ajudando com a fala. Percebi que a insegurança como atores e/ou até mesmo o seu jeito de ser ator, faziam com que alguns se prendessem e tivessem a sua atuação capturada pelo roteiro. Essa captura me remeteu a ideia do quanto alguns profissionais têm suas práticas de trabalho engessadas pelas normas, diretrizes e protocolos.

Em contrapartida, alguns outros atores haviam decorado somente a ideia de suas falas e a ordem de organização das cenas. Assim, iam ao palco e improvisavam o conteúdo de suas falas a partir da ideia da cena. Nos ensaios, quando havia o encontro de um ator preso ao roteiro com outro que fazia mais improvisos a partir da concepção de cena, notei que algumas vezes acabava gerando um desconforto e incomodo entre os atores: *“a ideia é essa, mas não é assim que está escrito, olha aqui óh.” “É pra dizer a ideia da cena, segue o baile, continua.”* Quando em cena acontecia o encontro de dois atores que improvisavam, a cena não parava, ela deslanchava sem grandes problemas ou dificuldades e os atores avançavam criando as suas marcações cênicas. *“Tu entra por ali, eu entro por aqui e a gente se encontra e começa a falar então”.*

Incomodado com o engessamento em função do roteiro que acabava por travar o ritmo dos ensaios, em um determinado momento, um integrante do grupo-pesquisador me chamou dizendo que havia tido a ideia de convidarmos uma pessoa exterior ao grupo (professora da UFRGS e que tem proximidade com as artes) para *“nos ajudar com a direção e tal.. acho que ela podia ajudar a dar uma puxada no pessoal, o que tu acha?”* Compartilhei com ele o meu medo de que uma pessoa externa ao grupo fosse mudar

as dinâmicas de participação e interferisse no processo de pesquisa ou de algum improviso ou fala que o grupo ainda pudesse criar.

“Mas tu não acha que ela iria ajudar a dirigir? Chamar o pessoal mais firme pro ensaio? Não iria contribuir? Colocar o pessoal nos eixos...” Expliquei que acredito que contribuiria sim (e como!) para a intervenção, mas que essa não era a proposta da pesquisa. Eu entendia que uma das propostas era a criação coletiva da intervenção, e que para isso, o grupo-pesquisador precisaria se experimentar como coletivo. A construção do processo coletivo ia desde a escolha dos temas, da dramaturgia, da atuação e também passava pela direção. Achava o exercício da direção coletiva um exercício necessário, em especial, porque nos nossos cotidianos como profissionais de saúde, várias vezes fazemos parte de processos de cogestão, gestão compartilhada, etc. Não é a realidade nos cotidianos dos serviços de saúde, quando uma equipe não está conseguindo realizar o trabalho proposto, chamar ajuda de fora, de conseguir um apoiador, de gritar por “socorro”. Apostei que este momento poderia ser um importante exercício para nós enquanto BSC e como equipe, tentarmos criar estratégias para escapar desta lógica de mercado (baseada na captura de roteiros e direção hierárquica) e reinventar os nossos processos de trabalho dentro da pesquisa.

Expliquei que a presença de um terceiro no grupo, em especial, por ser professora da nossa instituição, ia alterar a dinâmica do grupo, iria fazer com que o grupo se *“comportasse melhor”*; mas, que eu apostava no exercício do grupo de dirigir coletivamente a intervenção e as micropolíticas e tensionamentos existentes. Expliquei que conscientemente eu havia tentado evitar a presença do meu próprio orientador nos nossos encontros. Queria evitar que a posição dele como professor e orientador não interferissem nas dinâmicas e relações do grupo e, menos ainda, nas experiências e situações que trazíamos à tona e a forma como debatíamos e escolhíamos para colocar estes acontecimentos em cena.

“Eu tenho medo que a peça não saia. Se é assim, eu acho que para ter peça tu vai ter, vai precisar, encarnar a diretora!” Eu não me preocupava em não ter a peça. Não conseguir apresentar a intervenção teatral por falta de tempo, organização, comprometimento e trabalho em equipe era um resultado da minha pesquisa. Não o resultado que eu gostaria e esperava, confesso, mas mesmo assim, era um achado da

pesquisa. No exato momento desta conversa, ficou mais claro para mim do que nunca, que a finalidade e produto da minha pesquisa não era produzir uma intervenção teatral. Construir uma intervenção teatral era o dispositivo encontrado para colocar este grupo-pesquisador em encontro para discutir, refletir e analisar a experiência de sua inserção profissional como BSC.

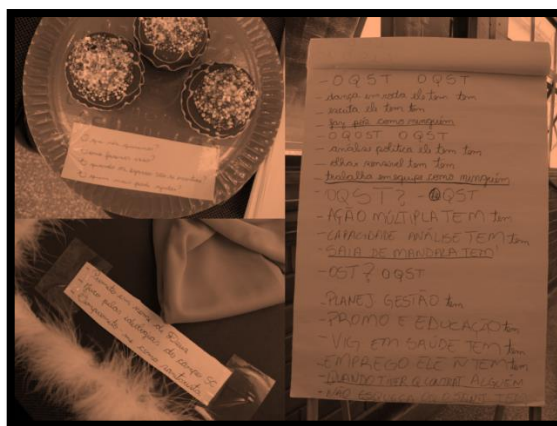
Disse que enquanto proposta de criação coletiva, cada participante também estava no “papel” de direção e que se estava sentindo a necessidade de que alguém assumisse mais este papel, que poderia colocar isso para o grupo, que ele poderia se colocar, inclusive, para assumir essa função. “Mas tu não acha que o fato de tu ser a pesquisadora tu não tem um papel maior de direção? Tu é a única que tem familiaridade com o teatro!” No grupo-pesquisador, eu era a pessoa que mais tinha proximidade com o teatro e expliquei que essa era a minha maior contribuição para este coletivo que havia se proposto a fazer uma intervenção teatral. Eu disponibilizava as minhas habilidades teatrais para o coletivo, assim como outros egressos disponibilizavam as suas habilidades de músicos, cantores, acervos fotógrafos, mas que isso não me colocava a frente da direção. Falei que não ignorava que o fato de eu ser a pesquisadora me conferia um “poder” dentro do processo da pesquisa, mas que eu fazia o esforço consciente de não encarnar o papel de diretora, que tentava me colocar horizontalmente dentro do processo, em especial, porque havia proposto que fosse um processo de criação coletiva.

Exponho esse diálogo porque ele me provocou a pensar se de alguma forma eu não estava sendo omissa e tomando pouco as “rédeas” da pesquisa, o que na verdade, eu tenho a impressão que não. Eu encarei a minha função como coordenação e organização das dinâmicas e encontros, mas de fato fazia o exercício de não ser impositiva, de colocar sempre as decisões no grupo, de construirmos juntos. A impressão que tive deste diálogo é que não me foi cobrado assumir uma função de diretora porque eu havia habilidades artísticas que o restante do grupo não tinha. Pelo contrário, na noite anterior, eu havia observado eles mesmo dirigindo as cenas e faziam isso muito bem. Usando a cena final como exemplo, pelo fato de utilizarmos uma música nela, um dos integrantes assumiu a direção desta cena em específico, se comprometeu a tocar, fez ajustes na letra, etc., inclusive fez a nossa marcação cênica.

É importante também destacar que não existiu um grande conflito no grupo que precisasse ser mediado. Como o grupo-pesquisador andava bastante disperso nos ensaios em função das constantes pausas geradas pela captura do roteiro, tive a impressão que o que me foi cobrado é que eu assumisse uma função de comando do grupo para gerir a mediação desta situação. Compreendi naquele momento que o grupo-pesquisador precisava amadurecer o seu processo de cogestão e de trabalho em equipe, que precisava compreender que não precisávamos ter alguém para “coordenar” o processo de trabalho, que não precisávamos criar uma função de “chefe” e “diretor”, que essa tarefa era um papel de todos os integrantes do grupo. No encontro anterior, havíamos feito uma conversa que para mim havia sido um dispositivo de Educação Permanente em Saúde, que havia nos permitido refletir sobre como estávamos nos colocando no processo e que nos permitiu fazer novas pactuações de agendas e compromissos. Convencida de que aquele diálogo havia sido o momento de nossa mediação e negociação coletiva, não senti necessidade de colocar essa questão para o grande grupo.

Mas, esta conversa me afetou e me levou a organizar alguns truques teatrais visando facilitar o processo de encenação. Fiz algumas colas das falas e coleí em alguns objetos que utilizaríamos em cena e fiz uma cola da música para que todos pudessem acompanhar. Organizei uma sistematização de ordens de cena para facilitar a entrada e saída dos atores. Também fiz um novo roteiro com as marcações, rearranjos de cenas e distribuição de falas que havíamos feito durante os ensaios. Imprimi um novo roteiro para cada egresso-ator pudesse se orientar. Pronto. O cenário estava demarcado e cheio de artefatos para nos facilitar a encenação.

Imagem 6: Preparativos para a Apresentação da Intervenção Teatral Sanitaristas em Cena

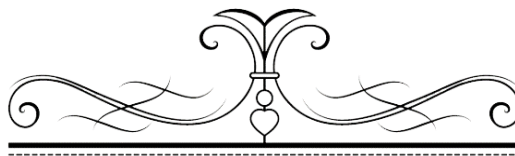


Fonte: Acervo próprio. Foto: Vivian Costa da Silva.

Observei nos ensaios que os atores-BSC entravam e saiam do palco sempre com o roteiro em mãos. Larguei o meu roteiro e me guiei pela sistematização de ordens das cenas, mas ninguém mais se encorajou. Fomos avançando até o limite do nosso tempo e paramos para seguir com as demais atividades do congresso que tínhamos compromisso. A ansiedade com a apresentação estava sendo trocada por um “mas ficou bem bom pessoal, vamos seguir”! A convicção que eu tinha se confirmava. Quanto mais ensaiávamos mais seguros ficávamos, mais naturais as falas apareciam, mais a peça fazia sentido para nós. O grupo-pesquisador começava a se sentir mais confortável com a linguagem teatral, já se permitia ser mais performático no palco. Parecia que cada vez mais a nossa narrativa ganhava corpo e colava no nosso corpo.

Por mais que ainda estivessem presos ao texto, nos últimos ensaios quando alguém se perdia ou fugia do texto do roteiro, o grupo-pesquisador começou a se ajudar nas falas, a dar algumas deixas para os colegas, a fazerem improvisos, a cobrar uns dos outros o foco no ensaio, o cuidado para não dispersar a atenção, o comprometimento e responsabilidade. Estava aí a tal “direção coletiva”. Senti que a conversa de repactuação havia produzido um novo movimento.

Depois de inúmeras vezes encenando a intervenção inteira, o cansaço bateu e notei uma movimentação que sinalizava o desejo de ir embora. Fiz a proposta de ensaiarmos uma última vez, e dessa vez, sem o roteiro, só nos guiando pelas marcações de cena. E além de abandonar o roteiro propus o desafio de não pararmos a cena, de seguirmos até o final mesmo que tivéssemos errado ou esquecido a fala. Toparam o desafio. Alguns ousaram e abandonaram de vez o texto, outros saíam correndo da cena para dar uma espiada no roteiro e voltavam. O importante e visível é que quando tentamos abandonar o roteiro, a cena fluiu. Ficamos mais concentrados, começou um jogo de atores, onde cada um tentava ajudar o colega a lembrar a sua fala. Senti que todo mundo já se colocava de um outro modo no palco. Fazer o ensaio deste modo foi tão intenso que quando terminamos de ensaiar toda a intervenção, alguém propôs: “vamos mais uma vez? A última.” Fizemos uma última vez e, dessa vez, estávamos muito mais à vontade, já existia um certo jogo de atores. Era nítido o quanto todos estavam felizes com o progresso durante os ensaios. “Gente, acho que já dá pra apresentar!” e, assim, terminamos o nosso último ensaio. Não havia mais nada entre nós e a apresentação..



Cena 7 **NO PALCO**

E então chegou o grande dia. Todo mundo estava apreensivo com a estreia da intervenção. Organizamos o palco e a sala para receber o “respeitável público”. O palco ganhava agora puffs para sentarmos na cena da sala de aula e as laterais do palco tinham os objetos cênicos, um roteiro para consulta e a cola da ordem de entrada das cenas. Um flip-chart grande que estava na sala dando sopa serviu para fazer uma cola gigante da música da peça. Começou a surgir os primeiros espectadores que timidamente se acomodavam na sala.

O grupo-pesquisador vestia o figurino preto. O roteiro não saía do bolso de trás da calça de um dos egressos-atores que andava de um lado para o outro. Uma, transcrevia uma cola particular das cenas. Outro, tinha recortado todas as suas falas do texto e tinha elas em bloco nas mãos. Uma delas passava a música cantarolando baixinho e olhando desconfiado para a plateia. Outra, entrava e saía aflita da sala tentando conciliar a participação na peça com o final da atividade que organizava. Outra participante retocava a maquiagem e prometia pintar os olhos do colega, enquanto outro procurava conversar com a plateia para se distrair. E eu... tentava disfarçar a apreensão e deixar todos mais tranquilos. Surgiu a dúvida se fazíamos um ensaio rápido ou não. Decidimos não fazer para não ficarmos nervosos com os erros.

Fomos para a sala ao lado. Fizemos uma espécie de concentração. Conteí a todos sobre a tradição do teatro de os atores e equipe se desejarem “merda” antes de entrar em cena. Ainda deu tempo para criar um último improviso: entraríamos na sala ao som do violão, batendo palmas e eu diria algumas palavras para contextualizar a criação da intervenção teatral. O Bolívar Lauda fez o sinal para a plateia que a peça iria começar. Frio na barriga. Formamos uma fila e entramos em cena. Entramos dançando, batendo palmas ao som do violão. O grupo-pesquisador havia encomendado uma breve fala minha para contextualizar a peça: que eu explicasse que não éramos atores profissionais. Expliquei. O

público não pareceu se importar. Pronto, tinha chegado a hora. Estavam todos os Sanitaristas em Cena¹⁴.

Imagem 7: Apresentação Sanitaristas em Cena – Cena Sala de Aula



Fonte: Acervo próprio. Foto: Bolívar Lauda.

A peça foi acontecendo, uma cena atrás da outra se desenrolava perfeitamente. BSC se saem definitivamente melhor trabalhando vivo em ato. Nos preocupávamos como coletivo com o trabalho que estava acontecendo em cena. Alguém esqueceu que devia entrar no palco, e o outro deu um leve toque nas costas indicando o palco para o colega. Alguém olha o texto na parede e cochicha alguma coisa com o colega, alguma combinação ou alerta foi feita de última hora. Um dos atores-BSC saiu pelo lado errado do palco, passou despercebido entre o público para ir buscar o material que precisava para entrar na próxima cena. Olho e vejo que alguém com os acessórios cênicos de uma outra cena, ainda por vir, e antes que eu pudesse sinalizar, outro colega trocou-os por objetos daquela cena, sinalizando com uma piscada de olho. E o mesmo jogo acontece, um ator-BSC sinaliza para o outro que está com o figurino trocado para a cena, corrigimos a tempo mais uma vez. O entrosamento rolava harmoniosamente nas coxias do espetáculo.

E então, veio o “erro”. Um dos atores-BSC entra em cena antes da hora e corta uma fala importante de uma das colegas que contextualizava uma cena que estava para desenrolar. Frações de segundos se passaram, uma troca de olhares intensa entre os atores-BSC e a apreensão de como iríamos consertar o erro. Então, uma das atrizes-BSC solta um “galera, tenho uma pergunta para vocês!”, o que os demais atores compreendendo o

¹⁴ Trechos da intervenção Sanitaristas em Cena está disponível em vídeo no Youtube: < <https://www.youtube.com/watch?v=vVC5iREiayo&t=33s>>.

jogo proposto questionam “que pergunta?” e pronto! A cena foi corrigida e o público nem percebeu. Antes de sair do palco, a atriz que teve sua fala cortada, tranquilamente alinhava e contextualiza o que havia ficado para trás. O improviso foi feito e foi bem-sucedido. A peça prosseguiu na sucessão de acontecimentos previstos no roteiro.

No meio da apresentação trocamos a ansiedade pela alegria de estar encenando a nossa história. A apreensão de estar no palco tornou-se uma “curtição”. Trocamos olhares, sorrisos e comentários de que tudo estava dando certo, que estava “show de bola”, que estávamos “arrasando”. Comentamos nas coxias sobre o público, sobre como havíamos cativado a atenção deles, sobre como eles acompanhavam atentamente a encenação. Notei que se divertiram nas piadas, riram nas nossas inúmeras tentativas de explicar o profissional BSC, assim como ficaram com o olhar apreensivo quando contávamos alguma situação difícil que passamos, e alguns ficaram com lágrimas nos olhos quando narramos quando nos sentimos sanitaristas pela primeira vez. Conseguimos acompanhar as percepções do público, respeitar o tempo do riso e da piada. Já no final da peça, uma estrofe da música esquecida, uns acordes a mais no violão, um olhar para a cola para lembrar a música e seguimos até o final.

A peça termina. Terminamos a apresentação nos abraçando, rindo, chorando e com a gostosa sensação de dever cumprido (e bem cumprido).

Deleuze (2010) diz que a subordinação do sujeito à intensidade e variação intensiva do afeto é um dos objetivos essenciais da arte e isso pudemos comprovar ao final da intervenção. Cumprimentamos a plateia e fomos cumprimentados por ela e, ambos estavam tocados, afetados, emocionados. Os discursos de “não sei se consigo tempo para apresentar de novo” e “não sei se me sentirei à vontade para apresentar de novo” foram rapidamente trocados pelo “quando faremos isso de novo?”. A peça havia nos contagiado. A apresentação foi um encontro alegre e, como tal, nos despertou paixões alegres, explorou nossas potências e nos convidou para novos devires.

Poucos minutos depois a apresentação já repercutia nas redes sociais. Alguns egressos nacionais pediram que reapresentássemos para eles. Começaram a nos pedir que disponibilizássemos a gravação da intervenção na internet. Conforme íamos andando pelos corredores do congresso, ouvíamos comentários “já soube do sucesso”, “ouvi coisas

boas sobre tua peça”. Alguns membros da banca dizendo que tinha ideias para dar e um abraço carinhoso do orientador no meio do corredor. Pouco tempo depois da apresentação, recebemos convites para apresentar a intervenção em algumas instituições de ensino. Também repercutiu a surpresa de alguns que a intervenção teatral fazia parte de uma metodologia de pesquisa de mestrado.



Cena 8

DEPOIS DO ESPETÁCULO... A AVALIAÇÃO

Para compor a análise desta pesquisa, poucas semanas depois da apresentação no 12º Congresso Internacional da Rede Unida, decidimos nos encontrar para fazer um momento de avaliação do processo da pesquisa, da intervenção e de suas repercussões.

Iniciamos a avaliação pontuando o quanto o espaço da pesquisa e o grupo-pesquisador nos permitiram construir “vínculos de confiança, nos promoveu catarses, permitiu que a gente liberasse coisas que estavam guardadas, que nos fizeram sofrer em silêncio estes anos e que a gente nunca havia se permitido enunciar e, que no coletivo conseguimos liberar. Nos afetamos. Choramos!”

Identificamos que saímos da intervenção mobilizados, afetados e motivados, tanto que o grupo-pesquisador saiu compartilhando a experiência nas redes sociais, expressando a sua mobilização inclusive para utilizar o teatro em outras atividades. Nos surpreendemos com a repercussão da intervenção durante o congresso, com o convite para apresentar a intervenção em outros lugares, com o convite de compartilhar a experiência de fazer pesquisa científica utilizando a linguagem teatral. Identificamos inclusive que o processo de construção da intervenção e apresentação nos deu fôlego e motivação para nos mobilizarmos pela nossa inserção profissional.

Ao avaliarmos a possibilidade de fazermos uma nova apresentação, chegamos à conclusão que uma outra apresentação seria potente para resgatar acontecimentos que deixamos de fora, fomentar o debate sobre as experiências de inserções profissionais dos BSC e apresentar o teatro como potência política para ativar debates. Porém, não conseguíamos pensar em uma nova apresentação deslocada do contexto de criação da intervenção (esta pesquisa) e do debate sobre os temas e vivências que trouxemos à cena. Consideramos que o campo desta pesquisa já estava encerrado e decidimos que só faríamos uma nova apresentação depois da divulgação dos resultados deste estudo, para a partir destes dados, debater os acontecimentos e afetações que marcaram a nossa experiência de inserção.

Durante o processo da pesquisa, pensamos que poderíamos fazer um audiovisual a partir da nossa intervenção teatral. Após experienciar a arte cênica e compreender que a intervenção teatral é um momento único, o grupo-pesquisador identificou que o momento vivenciado não poderia ser capturado pelo audiovisual, que um vídeo não daria conta de expressar a nossa concentração, o nosso nervosismo, as nossas afetações, as nossas vivências e experiências.

Comprendemos que realizamos esta pesquisa através da linguagem teatral e que utilizar a linguagem audiovisual para produzir um novo produto desta pesquisa iria nos exigir um esforço para traduzir uma linguagem para a outra.

O que pode ser dito em uma língua não pode ser dito em outra, e o conjunto do que pode ser dito e do que não pode sê-lo varia necessariamente de acordo com cada língua e as relações entre essas línguas (DELEUZE, 2014, p.48).

Consideramos que não teríamos disponibilidade para esta tarefa e tempo para fazer essa tradução de linguagem, identificamos que a linguagem teatral deu conta de expressar a nossa experiência de inserção e que deste modo, a produção de um audiovisual seria uma outra pesquisa, outro processo. Concluímos deste modo, que o esforço por utilizar a linguagem audiovisual em uma nova produção não nos produziu sentido naquele momento.

Identificamos que a intervenção Sanitaristas em Cena oportunizou ao grupo-pesquisador experimentar-se como ator. Durante todo o processo da pesquisa foi possível apreender a não familiaridade com a linguagem teatral e que isso despertava ansiedade no grupo-pesquisador. Essa ansiedade esteve presente até os primeiros instantes da peça, mas à medida que a intervenção foi acontecendo, iniciaram as falas, a interação com os colegas e com o público e, ao perceber que a intervenção estava dando certo, o grupo-pesquisador começou a sentir prazer e alegria com o encenar. *“Eu estava sofrendo e me preocupando mais com a encenação, do que de fato ensaiar e me preparar para enfrentar aquela situação. Eu estava estressado porque eu achava que não ia conseguir. E com o teu convite foi isso, pude me experimentar e tentar superar isso. Eu fazia teatro de novo.”* Concluímos assim, que Boal (2015) tinha razão ao dizer que “a linguagem teatral é a linguagem humana por excelência, e a mais essencial” (BOAL, 2015, p.13) e que mesmo aqueles que não a utilizam profissionalmente possuem habilidades

para utilizá-la, sendo essa, uma linguagem potente para dar visibilidades e comunicar afetações.

No campo da pesquisa e no processo de construção da intervenção em si, em nenhum momento conversamos sobre como e onde cada um se via no processo, como cada um se colocava na história que estava sendo construída, sobre a forma que acreditava e gostaria que poderia contribuir com este coletivo. Mesmo sem existir essa combinação, acreditamos que conseguimos aproveitar as potencialidades de cada um e explorar isso durante a pesquisa.

Neste momento de avaliação, surgiu no grupo-pesquisador o debate sobre o desafio de se constituir como um coletivo. Conversamos que costumamos idealizar um coletivo a partir da ideia que os interesses coletivos estão sempre à frente dos interesses individuais, e que assim, importaria muito mais a performance do coletivo do que a performance individual. Porém, em nossas práticas, sempre existe a tensão entre os interesses individuais e coletivos e sempre tendemos a colocar os nossos interesses individuais acima dos interesses do grupo que compomos. Em um coletivo, nem sempre são claras as forças, resistências e micropolíticas, mas elas estão ali operando e atravessando o processo de trabalho o tempo todo.

Entendemos que precisamos incorporar em nossas práticas profissionais a compreensão de que o coletivo não é uma forma estanque, o coletivo é um processo, é fluído. E nesta compreensão, o coletivo é formado por individualidades e multiplicidades, ele se constrói e se desconstrói, as pessoas possuem diferentes graus de interesse, comprometimento e participação, que as pessoas podem sair e entrar para comporem o tempo todo. O coletivo é um processo constante de mudanças. E nesta compreensão de coletivo foi como nos constituímos enquanto grupo-pesquisador.

Percebemos na prática, o quanto é necessário pactuarmos em todo processo de trabalho a forma como cada um contribui na equipe, compreender a implicação destas pessoas, as forças e interesses que disputam e estão em cena, encontrar uma forma de mediar essas forças e tensões para que antes de tudo, o processo de trabalho tenha espaço para a criação, produção, invenção.

Um dos pontos fundamentais para compor um coletivo é apreender e respeitar as diferenças e singularidades de cada um dos indivíduos, porque estas dizem respeito sobre o modo como cada um trabalha e se insere no processo.

O texto que cada ator deve dizer é o texto que eles lembram e tal como se lembram. Mesmo os erros, as incompreensões, vão contribuir para um melhor entendimento da cena original, como foi vivida pelo grupo – esse grupo em particular, nesse dia em particular. Os improvisadores podem também acrescentar textos de diálogo na mesma linha: isto é, memória e imaginação (BOAL, 2015, p.255)

Embora durante toda a construção da intervenção teatral tenhamos falado que o roteiro era somente para construir a ideia do que queríamos dizer, do que queríamos encenar, de sistematizar o modo como faríamos e, portanto, não ficaríamos presos e obrigados a replicar o texto/fala tal qual como estava no roteiro; durante o ensaio o grupo-pesquisador sempre esteve muito agarrado ao texto. Tão agarrado, que alguns não conseguiam largar o papel durante a cena e, quando alguém não dizia a fala exatamente, tal qual como estava no papel, a cena era pausada para se corrigir a fala. Discutimos sobre o quanto a nossa captura ao roteiro pode representar a captura dos profissionais de saúde pelas normas e burocracias.

“No ensaio estávamos tentando antecipar as coisas, e na hora da apresentação não tinha como parar e antecipar, as coisas tinham o seu ritmo normal.” Durante o ensaio ficamos presos ao roteiro, mas nos sentimos especialmente presos a ele, quando não conhecíamos e dominávamos o seu conteúdo. Conforme fomos nos apropriando do roteiro durante os ensaios, fomos nos desapegando aos textos, conseguimos perceber que a história que estávamos contando se referia a nós. Fomos nos autorizando a narrar e expressar aquela história do nosso jeito, com a nossa linguagem, com a nossa performance. Fomos encontrando um modo de nos colocar dentro daquela narrativa. Depois da apresentação, conseguimos perceber e reconhecer que podíamos ser ainda mais leves, que não precisávamos ficar nervosos, que dava para ir além, afinal, aquela era a nossa prática, a nossa experiência. Constatamos que o nosso funcionamento como equipe/coletivo foi muito diferente nos ensaios e na apresentação e, quando questionei a diferença entre estes dois momentos a resposta foi unânime: *“um momento não está valendo e no outro momento está valendo, tem um público assistindo.”*

Durante os ensaios, nem todos estavam comprometidos e focados com a prática que faziam naquele momento. Estávamos preocupados com o horário de voltar, com a janta/almoço, com outras atividades que tínhamos que fazer, ficávamos grudados ao telefone e nas redes sociais, etc. Nos ensaios, quando ocorria um erro a gente parava a cena, conversava, dispersava, tentava consertar o erro. No momento da apresentação todos estavam inteiros na cena, comprometidos com a realização daquele momento. No momento da apresentação, o trabalho era vivo em ato. Não tinha como parar para corrigir ou voltar e dizer o texto/fala de forma diferente. Para que tudo desse certo, no trabalho vivo em ato precisamos agir como equipe, como coletivo. E como coletivo, avisamos o colega que estava com acessórios errado, demos um toque nas costas para sinalizar a entrada do outro, dissemos uma deixa para uma fala esquecida, rolou inclusive dissemos a fala que o colega esqueceu. “Fomos muito melhores apresentando do que no ensaio.” “Achei que no palco deu muito certo.” “Em uma equipe o trabalho é de todo mundo, um ajuda o outro, e isso aconteceu quando a gente estava em cena”.

“Fico pensando, porque no ensaio a gente não fez isso? Fico pensando no cotidiano do serviço, o quanto os ensaios representam esse cotidiano. Porque quando tu tem que apresentar um trabalho final as coisas acontecem. Sei lá, apresentar algo para as gerências por exemplo. Mas, no cotidiano dos serviços como é? Fico pensando, no cotidiano dos serviços, quando de fato é para valer?” Nesse ponto, acredito que toda a potência política do teatro, com sua força de fazer nos vermos em ato, se manifesta. Se questionássemos aos egressos se eles se prendem as normas e burocracias no cotidiano dos serviços a resposta certamente seria não. Diriam que nossa formação inovadora ajuda com que não sejamos capturados. Mas aqui ficou evidente o quanto, por insegurança, despreparo e qualquer outra razão, nos deixamos ser capturados. Conseguimos perceber que temos duas práticas diferentes. Conseguimos perceber o quanto os nossos interesses, a nossa vida, as nossas questões particulares e as nossas micropolíticas podem influenciar as nossas práticas profissionais.

Deleuze nos diz que explicitamos a singularidade quando utilizamos como procedimento a inter-relação, o agenciamento e a conexão de pensamento de diversos criadores (DELEUZE, 2010). Aqui, conseguimos apreender que quando “de fato é pra valer” investimos todas as nossas energias, forças, intensidades e comprometimento no

trabalho que realizamos, e produzimos singularidades, sentidos, diferença. Faz diferença no trabalho da equipe/coletivo se uma pessoa não está em sintonia com os demais integrantes, o quanto estamos apropriados do processo, o quanto o trabalho que realizamos produz sentido ou não.

Quando planejamos uma atividade (no caso do grupo-pesquisador a intervenção teatral, mas poderíamos pensar em qualquer prática realizada em um serviço de saúde), sempre nos preparamos para que as coisas saiam exatamente como planejamos. Porém, na hora que vamos implementar uma ação, prática e ideia, raramente as coisas saem conforme o planejado e nem sempre, estamos preparados para lidar com esta realidade, para lidar com o imprevisto e com o imprevisto.

Neste momento de avaliação, também foi possível apreender que parte da ansiedade e medo do grupo-pesquisador com a apresentação teatral em si, devia-se ao fato que no trabalho em equipe, a realização do nosso trabalho está correlacionada com a realização do trabalho de outros e, sendo assim, se uma pessoa da equipe comete um erro e algo sai fora do planejado, os demais atores que estão em cena precisam encontrar uma forma de corrigir o erro. *“Tinha um certo receio com cada um fazer a sua parte. E no momento que tu começa a apresentar e começa a ver que está dando certo pra todo mundo, tu relaxa.”* Boal (2015) disse que o trabalho de criação de um ator deve ser feito na inter-relação com os demais atores e acredito que essa ideia também se aplica ao trabalho em saúde, já que grande parte do trabalho é realizado no momento de encontro entre os atores. Por isso, é *“importante a gente conseguir confiar nos outros. Eu me senti totalmente seguro durante o processo porque confiava que vocês iriam conseguir fazer a peça.”*

“Tu percebe que se tivesse dado algo de errado para um, isso abalaria todo mundo?” Quando ouvi isso fiquei intrigada. Como assim se desse algo de errado? Várias coisas deram “erradas” durante a intervenção. Várias coisas haviam saído fora do previsto. Percebi que talvez o grupo-pesquisador não houvesse se dado conta dos erros que aconteceram durante a apresentação, em especial porque

o erro artístico é completamente diferente do erro científico; um erro em um cálculo matemático invalida ao resultado – na arte, ele pode acrescentar aos resultados. Todos os resultados, intencionais ou não, devem ser analisados, e lições devem ser tiradas. (BOAL, 2015, p.242).

Citei os vários “erros” que haviam saído fora do roteiro: alguém esqueceu o nome do centro acadêmico, esqueceram a fala e o outro colega deu a deixa, outro antecipou a fala e ficamos um momento sem ação, erramos a música, etc. Conversamos que o grupo-pesquisador talvez não tivesse se dado conta dos erros porque conseguimos improvisar e voltar ao contexto da peça. *“Teve vários pequenos erros, mas tudo fluiu.”*

“A gente podia ter travado, mas não travamos. Como a gente lida quando travamos?” Em todas as ocasiões que saiu alguma coisa fora do roteiro e estávamos no palco o grupo-pesquisador não travou, ele criou, fez um improviso. *“Qualquer coisa a gente improvisa.”* Conversamos que o improviso, só aconteceu porque os atores estavam em interação. *“Teatralidade é interação. Teatro é o que se passa de um a outro, e não uma qualidade que reside em um ou em outro (BOAL, 2015, p.284).”* Analisamos que existe um imaginário de que improvisar e fazer um trabalho vivo em ato é só chegar em cena e inventar uma performance, fazer qualquer coisa. Se pensarmos o improviso como um momento que precisa dar suporte para uma situação específica, passa a ser fundamental estar apropriado do contexto daquela cena e do roteiro e conhecer o seu trabalho/fala e o dos colegas com quem se divide a cena, é preciso estar apropriado de onde queremos chegar em cada momento da intervenção, é preciso ensaiar.

Compreendemos que só com este domínio da intervenção e com interação é que o improviso vira uma ação para corrigir o rumo que o inesperado trouxe para a cena. Não travamos na hora do improviso porque estávamos todos apropriados do processo da construção da intervenção teatral e isto foi imprescindível para que os improvisos acontecessem dentro do contexto da intervenção. Se qualquer um dos egressos-atores tivesse criado um improviso fora do contexto, que *“fosse algo esdrúxulo, nosso corpo ia se ver diante do desconhecido e é possível que ele teria travado.”*

“Estarmos conectados fez com que nós não travássemos no improviso do outro, tudo que coubesse de improviso e que estava no contexto da peça, nós iríamos conseguir improvisar.” Por isso, o ensaio é uma etapa importante no trabalho da equipe e para o trabalho vivo em ato. O ensaio permite nos conectarmos com o trabalho que realizamos, permite conhecer o trabalho do outro, nos prepara para lidar com o imprevisto e nos oferta conhecimentos e recursos necessários para criar, para inovar, para improvisar. Embora não tenhamos tido antes do congresso os ensaios que eu havia

projetado para a pesquisa e nem realizado os jogos e exercícios que havia previsto, ficou evidente que tanto o ensaio quanto o processo de dramaturgia coletiva foi fundamental para que o grupo-pesquisador se apropriasse da intervenção que iria apresentar e lhe deu subsídios para improvisar.

“A primeira palavra do vocabulário teatral é o corpo humano” (BOAL, 2013, p.128) e foi possível identificar nas falas do grupo-pesquisador que o corpo - físico, biológico e vibrátil - é um elemento necessário para o improviso. É o corpo que apreende o imprevisto, que nos despertam e nos faz reagir a esta situação. Ressalto a importância dos corpos para dizer que o trabalho vivo em ato às vezes demanda de memórias que são muito mais internas do que a gente consegue realizar racionalmente, e que é preciso mobilizar estas memórias corporais e as tecnologias leves inscritas nele para realizar um trabalho leve e inventivo.

Para realizamos esta pesquisa não mobilizamos somente a razão, usamos o corpo, a imaginação, a afetividade, a intuição, a emoção, a sensação. O teatro como linguagem permitiu exercitarmos esse outro pensar e produzir, nos permitiu acessar e experimentar novos sentidos, toques, escutas, memórias corporais e percepções. Pesquisar como teatro nos permitiu tomarmos consciência do nosso corpo, explorar as nossas possibilidades corporais e em especial, a forma como nos comunicamos e nos expressamos com o corpo. A linguagem teatral nos permitiu desmecanizar nossos corpos já engessados (BOAL, 2013, 2015; PETIT, 2002).

Pesquisar utilizando a linguagem teatral nos permitiu colocar o nosso corpo vibrátil e nossas afetações em cena e, isso foi fundamental, uma vez que a história que a intervenção teatral Sanitaristas em Cena conta e traz em sua narrativa, as experiências que o grupo-pesquisador vivenciou. Por se tratar de uma peça de teatro que conta a história de “personagens” reais, a intervenção apresenta acontecimentos reais que poderiam serem contados de um outro modo, ter um desenvolvimento diferente, ter um final diferente (BOAL, 2015). A intervenção, produto desta pesquisa, tem uma narrativa intencional e, portanto, o que está fora da cena, o que foi subtraído dela também diz respeito a estas narrativas.

A peça se confunde primeiro com a fabricação do personagem, sua preparação, seu nascimento, seus balbucios, suas variações, seu crescimento. Esse teatro crítico é um teatro constituinte, a Crítica é uma constituição. O homem de teatro não é mais autor, ator ou encenador. É

um operador. Por operação deve-se entender o movimento de subtração, da amputação, mas já recoberto por um outro movimento, que faz nascer e proliferar algo de inesperado. (DELEUZE, 2010, p.29)

Em nossa narrativa, evidenciamos a nossa trajetória de formação e começo de nossa inserção profissional no mercado de trabalho e de formação. O grupo-pesquisador identificou que foi mais fácil compartilhar a trajetória de formação e questões comuns a inserção dos BSC porque eram questões que nos uniam, que nos colocavam enquanto coletivo. Reconhecemos que não conseguimos colocar em cena para o debate questões e acontecimentos referentes ao lugar que ocupamos agora, justamente porque estamos implicados em compreender e nos situarmos ainda neste lugar e por isso, tivemos dificuldades de colocar em análise o profissional BSC.

Também identificamos em nossa avaliação que em nenhum momento levamos à cena o contexto político que vivenciamos no nosso país. Compreendemos que esta análise era relevante porque ela afeta diretamente a forma como somos recebidos pelo mercado de trabalho e isso se reflete nas oportunidades de inserções profissionais. Uma falha nossa enquanto analistas políticos. Além da ausência do discurso político, acreditamos que não conseguimos fazer efetivamente um discurso militante na defesa da nossa inserção profissional, não conseguimos colocar em cena as potências de nossa atuação profissional. Talvez, justamente, por ainda estarmos no processo de compreendermos as potências de nossa profissão e enfrentarmos dificuldades de inserção profissional.

Identificamos que, durante o processo de pesquisa, fizemos diversas críticas, mas não conseguimos aprofundar o debate nestas questões. Não aprofundamos o debate por questões de agenda que nos impossibilitou maior número de encontros e até mesmo por dificuldade de trazer à cena questões que tão intimamente nos tocam. Essas limitações não permitiram que avançássemos em nossa produção. Uma dessas questões, muito presente em todos os debates do grupo-pesquisador, refere-se às micropolíticas, às disputas e aos jogos de vaidade existentes dentro da academia.

A academia é um espaço em que podemos encontrar muitos egos inflados, peitos estufados. É normal, aliás, as pessoas passarem as suas vidas dedicando à pesquisa para comprovarem suas hipóteses, experimentos, teorias. O campo da saúde se encontra neste sentido. (LORENA, 2016b, p.53)

Ficou no grupo-pesquisador a frustração por não ter conseguido fazer uma crítica mais incisiva nesta questão, e a convicção de que não a fizemos por insegurança, por nos sentirmos em risco de cortar o cordão umbilical com a academia, de colocar em risco relações profissionais. Esse é um debate que acreditamos que em algum momento é necessário ser colocado em cena, porque ele diz respeito aos nossos processos de formação, aos imaginários da área da saúde sobre este profissional, assim como, diz sobre as reais possibilidades de inserção do BSC no mercado de trabalho.

Acredito que parte destas questões que ficaram fora de cena e do roteiro devem-se ao tempo da pesquisa. No primeiro encontro com o grupo-pesquisador, planejamos realizar o processo da pesquisa em 5 encontros, mas o processo da pesquisa, de produção de dados, demorou mais que o dobro do tempo que havíamos programado e ainda incluímos uma etapa de avaliação da intervenção que não estava previsto.

Quadro 2: Estrutura da Intervenção Sanitaristas em Cena Prevista e Executada

Etapas do Processo de Pesquisa	Número de Encontros	
	Previsto	Executado
Argumento Construção ideia, cenários, concepção cênica, troca de experiências, etc.	1	2
Roteiro Dramaturgia do texto da intervenção.	1	6
Ensaio Jogos e exercícios teatrais, ensaio e marcação cênica.	2	6
Estreia Apresentação da intervenção.	1	1
Avaliação Processo de construção da intervenção, apresentação e pesquisa.	0	1
Total	5	16

Os prazos da academia ditaram uma data limite para a realização do campo desta pesquisa, mas o grupo-pesquisador não estava em sintonia com essa velocidade, eles tiveram um ritmo próprio.

A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar os outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço. (LAROSSA, 2002, p.24).

Justamente porque “a experiência não pode ser antecipada ou controlada” (PASSOS, 2012, p.144) que o campo desta pesquisa “atrasou” e levou o triplo de tempo e de encontros para que o grupo-pesquisador pudesse fazer uma pausa, diminuir o ritmo e parar para poder falar sobre a sua experiência de inserção. O campo de pesquisa teve um ritmo próprio, um ritmo ditado pela velocidade com que o grupo-pesquisador reconhecia as suas singularidades, descobria paisagens em comuns, trazia acontecimentos e habitava os encontros. A dramaturgia teve um ritmo ainda mais específico, porque antes de virar roteiro, as ideias, as situações e os acontecimentos passaram por uma fase exploratória, onde o grupo-pesquisador debatia, examinava, discutia, refletia e construía essa narrativa comum.

A dramaturgia que se construiu nesta pesquisa objetivava dar visibilidade ao que era significativo em nós, fazendo uma aposta nos devires e nas potências de criação. E sendo assim, não havia como antecipar, controlar ou acelerar este processo porque era necessário permitir ao grupo-pesquisador conseguir rastrear os territórios de existência, explorar o indizível e invisível, colocar em cena as forças instituintes, traçar uma narrativa transversal e múltipla e explorar o teatro como uma linguagem performativa e autopoietica (PASSOS, 2012). O mais importante não era o produto “intervenção teatral Sanitaristas em Cena, mas o processo de construção desta intervenção, um processo que deu voz ativa a todos os integrantes do grupo para usarem a sua experiência e construir o *patchwork* de histórias, forjar os fragmet(atos), constituir a narrativa da peça, buscar soluções, argumentações, debater, empreender ações. A dramaturgia que fizemos foi uma dramaturgia dialógica e transversal, onde todos tiveram voz e assinaram a obra final e, em processo onde fomos alterando o roteiro conforme os fluxos, ideias e transformações (ABREU, 2004; BOAL, 2015; SILVEIRA, 2011).

Cada cena teve uma importância fundamental no processo de criação coletiva. Em cada cena o coletivo foi escolhendo uma forma de expressão, escolhendo dar visibilidade a certos acontecimentos e não outros, escolhendo o modo como iria contar a sua história, a forma como iria apresentar os acontecimentos e em cada cena se construía essa narrativa múltipla resultado de um somatório de indivíduos (MACIEL, 2003; PASSOS, 2012; SILVEIRA, 2011).

Além do campo da pesquisa andar em outra velocidade, o “atraso” dela se devia a este processo exploratório de si, de conhecer a si, de compreender os agenciamentos

maquínico dos corpos, ações, paixões e afetos um sobre os outros. Esse processo de criar uma dramaturgia comum, de criar um agenciamento coletivo de enunciação, foi de algum modo produzindo transformações corporais em nós, nos permitiu nos desterritorializarmos e reterritorializarmos inúmeras vezes (GAUTHIER, 2004).

E assim, avaliamos que o roteiro da nossa intervenção seria sempre uma obra inacabada, porque ora uma coisa nos produzia sentido, ora ela perdia o sentido e a retirávamos do texto, ora inventávamos uma outra forma de colocar a questão em cena e assim sucessivamente. Escrever um roteiro que fale da nossa experiência de inserção é como contar uma história sem fim, já que no processo de compreender uma experiência, o próprio processo vai nos modificar, vai nos transformar em outros nós, vai fazer com que tenhamos uma outra leitura desta experiência e já será, portanto, outra experiência. No roteiro *Sanitaristas em Cena* sempre irão caber mais cenas e por vezes desejamos (remos) reescrever as cenas já construídas. Nossa experiência de inserção é um devir.

Boal (2015) diz que “o teatro é isto: a arte de nos vermos a nós mesmos, a arte de nos vermos vendo!” (BOAL, 2015, p.26) e conseguimos nos ver dentro do processo desta pesquisa. Colocamos as nossas experiências e ações em cena, em análise. E poder olhar para isso “de fora” é uma experiência que nos permite apreender e perceber os acontecimentos de outra forma. O exercício de vermos a nós mesmos acaba produzindo outros agenciamentos em nós.

A experiência é reveladora ao nível da consciência, mas não engloba ao nível da ação. A ação dramática esclarece a ação real. O espetáculo é uma preparação para a ação. (...) Teatro é ação! (...) é um ensaio da revolução. (BOAL, 2013, p.163)

Identifico que o processo de criação e apresentação da intervenção teatral *Sanitaristas em Cena* foi uma revolução porque nos favoreceu experimentar, em outra linguagem, novos entendimentos, novas compreensões, novos conhecimentos, experimentamos múltiplos desejos instituintes, traçamos linha de fuga, brincamos com os nossos devires (PETIT, 2005). Em vários momentos, durante os debates e reflexões sobre o que colocaríamos em cena, o grupo-pesquisador se deparou com situações que lhes fizeram olhar para suas experiências e compreender a necessidade de produzir alguns movimentos (como para a inserção profissional dos BSC), de fazer algumas ações.

“Mas isso é para outro momento”, “isso não cabe na pesquisa da Vivian”, “vamos aprofundar isso em outro momento”, “precisamos nos reunir fora da pesquisa”, “vamos reativar o movimento de egressos”, “alguém tem notícias de algum movimento que está sendo feito neste sentido? Precisamos saber!” Foi possível apreender que a visibilidade que o teatro deu aos acontecimentos e nossa experiência de inserção inquietou o grupo-pesquisador ao ponto de nos fazer produzir movimentos que extrapolaram a construção da intervenção. Foi dentro do processo de pesquisa que o grupo-pesquisador decidiu, enquanto coletivo, tentar investir esforços no movimento de egressos dos CGSC, o que se confirmou na prática, uma vez que as reuniões de BSC da UFRGS realizadas durante o período do processo de pesquisa sempre contaram com um excelente quórum de integrantes da pesquisa. Também fizemos movimentos de articulação com o movimento nacional, algumas discussões presenciais e à distância, que resultaram na nossa proposição e participação em atividades como mesas, távulas e reuniões que tiveram como temática o profissional BSC durante o 12º Congresso Internacional da Rede Unida. Fomos a instituição, UFRGS, com maior participação nessas atividades. Analisando estes acontecimentos, acredito que o teatro nesta pesquisa não foi uma forma de fazer pesquisa científica “leve”, tampouco somente uma estratégia de produção de dados ou linguagem que nos permitiu enunciar coletivamente as nossas afetações. O teatro foi revolucionário.

E essa revolução foi construída com muita implicação. Não posso deixar de falar da minha implicação com este estudo, porque todo o processo desta pesquisa é implicado. Todos os atores que comporam esta pesquisa foram atores implicados: eu como pesquisadora, meu orientador e banca como professores, teóricos e estudiosos do campo da Saúde Coletiva, os BSC sujeitos desta pesquisa. Não tem como falar do processo desta pesquisa sem fazer uma análise de implicações.

Fazer uma cartografia sociopoiética foi um desafio para mim enquanto pesquisadora. Por inúmeras razões. A primeira é que enquanto pessoa sou bastante regrada, sistematizada, organizada e disciplinada. Com isso, quero dizer que ao colocar a construção do processo da pesquisa para o coletivo, deixei aberto o processo para que o grupo-pesquisador o construísse conforme lhe fizesse sentido. Foi difícil para mim sair dos encontros sem um cronograma definido e deixar que ao longo do tempo as agendas fossem

se conciliando. Foi difícil reinventar os encontros na hora porque o grupo sentia necessidade de continuar em determinada etapa do processo. Foi difícil abrir mão dos jogos e exercícios teatrais ao perceber que o grupo não estava topando muito a ideia e precisava de mais tempo para compreender a experiência de inserção. Quando percebi que tínhamos uma limitação de tempo, foi difícil não pegar a “tela em branco” do roteiro e sair escrevendo a intervenção teatral e entrega-la “pronta”. Foi um desafio me colocar no papel de ir testando se as dinâmicas colavam ou não, se o grupo topava ou não. Foi difícil ficar presa na disponibilidade de horários dos participantes e deixar por conta do grupo-pesquisador definir o “ritmo e velocidade” da pesquisa.

Por mais que estivesse dentro do grupo, em pé de igualdade enquanto egressa, minhas experiências de inserção tinham a mesma importância que as demais, o processo de pesquisa que vivenciamos juntos tratava-se da *minha* pesquisa. Várias vezes ouvi um “*Vivian tu decide*” e foi um exercício e desafio não decidir em nome de todos e encurtar o caminho de horas de debate para se construir um comum ao grupo. Foi um constante dizer ao grupo que “*eu não decido nada, aqui a construção toda é do coletivo*” no intuito de reforçar e construir a ideia de que dentro deste processo de pesquisa tentaríamos sim que exercitar as relações horizontais. Foi difícil deixar meu lado controladora e tentar exercitar de fato a “direção” coletiva do processo inteiro e, fazer o exercício real de ser somente uma mediadora e/ou facilitadora das dinâmicas do grupo. Foi um desafio tentar fazer o coletivo que idealizamos, horizontal, com co-gestão, onde o trabalho e o processo é conduzido de forma que faça sentido para todos os membros da equipe. No processo de pesquisa sempre estive e estivemos conscientes que além de BSC eu compunha aquele grupo enquanto pesquisadora, mas fiz o esforço constante e consciente de exercitar a horizontalidade no processo de criação.

Também não posso negar que, por inúmeras vezes, assim como todos que integraram o coletivo, tentei levar os meus interesses individuais, disputando as cenas que construíamos com as questões que mais me afetavam enquanto BSC. Sempre que me percebi fazendo isso, em especial quando ouvia os áudios das conversas, fiz o exercício de escutar a forma como o grupo reagia às questões que eu trazia. Por vezes, enunciei e trouxe acontecimentos que fizeram sentido a todos, outras vezes enunciei coisas que não produziu

sentido e não tocou o grupo e fiz, de fato, um exercício de deixar o meu interesse individual de lado e apreender as pistas que o grupo colocava.

O processo de pesquisa me mostrou que é possível fazer uma pesquisa científica de forma leve, prazerosa, com afeto, com implicação, com militância, com tecnologias leves. Foi um campo de pesquisa muito amoroso e afetuoso, que acredito que tenha sido potente não só para levantar os acontecimentos relevantes sobre as experiências de inserção dos Bacharéis em Saúde Coletiva, como também foi potente por despertar em nós, grupo-pesquisador, uma consciência e compreensão de nossa experiência de inserção e, com isso, fomentar em nós o desejo de produzirmos movimentos.

Particularmente, acredito que a pesquisa produziu movimentos, brincou com as potências e devires de alguns dos integrantes do grupo-pesquisador, ainda mais quando iniciamos a pesquisa e o discurso de alguns era “*não me vejo atuando como sanitarista*” e eles saíram do processo de pesquisa defendendo que suas práticas profissionais eram sim de um BSC. Do mesmo modo, compartilhar experiências e perceber que não é só “eu” que me sinto desse ou daquele modo em relação a essas vivências, permitiu que saíssemos da condição de “*não tem o que fazer?*” para “*e aí, como faremos?*”.

Para finalizar este ato, onde discorri sobre todo o processo e campo de pesquisa, cabe mencionar que após finalizar a escrita desta dissertação, submeti a mesma para análise do orientador e do grupo-pesquisador. Destaco assim, que a construção coletiva não ficou restrita ao campo de pesquisa e intervenção, mas também se estendeu e está implícita na escrita desta dissertação.



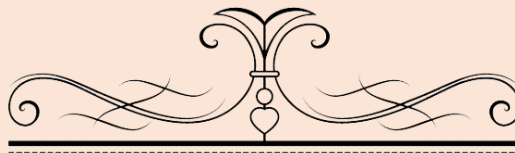
Ato 4

INVENTÁRIO DE DESPERDÍCIOS



“O apanhador de desperdícios.
Uso a palavra para compor meus silêncios.
Não gosto das palavras fatigadas de informar.
Dou mais respeito às que vivem de barriga no chão
tipo água pedra sapo.
Entendo bem o sotaque das águas.
Dou respeito às coisas desimportantes e aos
seres desimportantes.
Prezo insetos mais que aviões.
Prezo a velocidade das tartarugas mais que a dos mísseis.
Tenho em mim um atraso de nascença.
Eu fui aparelhado para gostar de passarinhos.
Tenho abundância de ser feliz por isso.
Meu quintal é maior que o mundo.
Sou um apanhador de desperdícios:
Amo os restos como as boas moscas.
Queria que a minha voz tivesse um formato de canto.
Porque eu não sou da informática:
Eu sou da invencionática.
Só uso palavras para compor meus silêncios.”

Manoel de Barros



Ato 4: INVENTÁRIO DE DESPERDÍCIOS

Eu acredito que sim, o mundo deve estar feito de histórias,
porque são as histórias que a gente conta,
que a gente escuta, recria, multiplica,
as histórias são as que permitem transformar,
o passado em presente. E que, também,
permitem transformar o distante em próximo,
o que está distante em algo próximo, possível e visível.
Eduardo Galeano

Muitas eram as possibilidades de formas, linguagens e acontecimentos que podíamos utilizar para falar da nossa experiência de inserção como BSC. Depois de meses de trabalho, discussões, reflexões conseguimos finalizar o nosso roteiro, o nosso dispositivo de agenciamento coletivo de enunciação. Nosso roteiro e nossa intervenção falam da dramaturgia e da história que resolvemos contar, dos acontecimentos que quisemos dar visibilidade. Alguns deles nos aprofundamos mais, outros vieram à cena, conversamos e ficamos pairando no ar. Alguns entraram para a intervenção Sanitaristas em Cena, alguns não colocamos na intervenção porque nos faltou pernas, outros deixamos de fora por escolha. Registramos todos os acontecimentos no nosso inventário. Nosso inventário traz as principais temáticas, questões e acontecimentos que habitaram nosso campo existencial durante o período do campo desta pesquisa.

Enquanto eu vivenciava com o grupo-pesquisador o nosso campo de pesquisa e íamos construindo este inventário, que serviu como base e inspiração para a construção da intervenção Sanitaristas em Cena, algumas pessoas fora da pesquisa conversavam comigo sobre questões que achavam que deveriam estar contempladas dentro desta pesquisa. Questões como uma revisão sobre o processo de regulamentação da profissão, um comparativo das dificuldades de inserção dos BSC e demais profissões, mas em especial, me marcou a expectativa que esta dissertação apontasse a denominação da profissão e curso, a melhor estratégia de organização profissional, a estratégia de inserção no mercado de trabalho e ainda fizesse a defesa incontestável sobre a potência de atuação do BSC. E em determinado momento, percebi que esta pesquisa frustraria a expectativa destas pessoas, não só porque o que estava pairando nas experiências de inserção dos BSC-pesquisadores eram outras questões, como também eu me interessava mais por dar visibilidade a estas

experiências do que a estas questões “super importantes” que outros insistiam em me apontar.

Percebi que estas questões importantes, embora fundamentais para se pensar e desenvolver pesquisas sobre, não eram as questões mais importantes para mim. Me identifiquei com Manoel de Barros ao dar “respeito às coisas desimportantes e aos seres desimportantes” e, inspirada por ele, percebi que as pistas e os acontecimentos mapeados no campo existencial do BSC e no campo de pesquisa, constituíam as questões desimportantes, eram os desperdícios sobre os BSC. Então, apanhadora de desperdícios, percebi que as temáticas que levantamos, os fragment(atos) que registramos, o *patchwork* de nossas histórias feito com retalhos tão desimportantes de nossas experiências, teciam o nosso inventário de desperdícios.

Retalhos desimportantes de desperdícios que dizem respeito as nossas histórias, a nossa profissão, aos nossos seres e saberes, as nossas vivências, as nossas experimentações como BSC. Aqui estão os nossos desejos e anseios abundantes de sermos BSC. Aqui estão os nossos silêncios, que em formato de linguagem teatral, romperam com o indizível e ganharam voz. Aqui estão palavras de silêncios que nos compõem, mas que decidimos deixar fora da cena. Aqui estão as questões desimportantes que apanhamos e, que acreditamos que possam auxiliar a ampliar o tamanho do nosso quintal para o tamanho do mundo. Aqui estão os nossos desperdícios.



Cena 9

A ESCOLHA PELA SAÚDE COLETIVA

O QUE VOCÊ QUER SER QUANDO CRESCER?

Me procurei a vida inteira e não me achei
- pelo que fui salvo.
Manoel de Barros

Quando crianças aprendemos que o que queremos ser quando crescer está relacionado com uma profissão. Com o grupo pesquisador não foi diferente. Queríamos ser “astro do rock”, “fotógrafa”, “jogador de futebol”, “astronauta”, “obstetra”, “médico”, “cantora ou agente secreta” e “psicóloga”. A profissão de sanitarista existe desde 1920 em nível de pós-graduação (CEZAR, 2015), mas nenhum de nós, quando pequenos, ouviu falar de sanitarista, nenhum de nós sabia o que esse profissional fazia, que práticas ele tinha. Nenhum de nós conheceu um sanitarista “de verdade” para se espelhar e “desejar” *ser*. E assim, quando pequeninos, nunca desejamos ser sanitarista. Nenhum de nós respondeu à pergunta “o que você quer ser quando crescer?”, dizendo: “quando eu crescer quero ser sanitarista!” E esse, foi o primeiro acontecimento que colocamos em cena e que marca o desafio do desconhecimento sobre a profissão.

A ESCOLHA PELO CURSO

A Descoberta
Anos de estudo e pesquisas:
Era no amanhecer
Que as formigas escolhiam seus vestidos.
Manoel de Barros

Como nenhum de nós ambicionava ser sanitarista, achamos relevante também levar em cena a nossa motivação e aproximação com o curso, uma vez que nossa aproximação com a Saúde Coletiva, além de interesse profissional, também carregava uma implicação e desejo de vida. Identificamos que todos nós já havíamos nos aproximando de outras formações (alguns inclusive já possuíam outra graduação na ocasião de ingresso, cursavam

inclusive pós-graduação). O que tínhamos em comum era o desejo de trabalhar na área da saúde e o fato de não nos identificávamos com as práticas das demais profissões da saúde, não queríamos ser assistencialistas.

Mais do que nos aproximarmos da área da saúde, desejávamos uma aproximação com outras áreas e disciplinas: ciências sociais, administração pública, economia, políticas públicas, educação, gestão, arte e cultura, sem falar no interesse por outras profissões e temáticas. Estes nossos interesses múltiplos, aliados as nossas vivências de processos de saúde-doença e aproximações com serviços e sistema de saúde, constituíram a nossa motivação para escolher o Bacharelado em Saúde Coletiva. Assim, me chama a atenção que, foram os nossos interesses diversos e múltiplos que nos fizeram buscar uma profissão generalista. Já havia em nós um anseio em atuar de forma múltipla e interdisciplinar.

A maioria de nós descobriu o CGSC quando lia o edital de vestibular da UFRGS, outros já conheciam e procuravam uma formação semelhante na área. Recordamos que nem todos os colegas que entraram no vestibular, tinha interesse ou se identificavam com a Saúde Coletiva. Como a densidade de candidatos por vagas sempre foi baixa (conforme a Tabela 2, a seguir), recordamos que vários de nossos colegas relatavam que a sua escolha pelo curso se devia a facilidade de entrar na universidade, e assim, o CGSC constituía uma porta de entrada para uma universidade pública. Recordamos que esta foi uma das confissões reveladas no grupo do Facebook “Segredos UFRGS” que dizia: “*Só fiz vestibular para Saúde Coletiva porque era fácil de entrar!*”

A CHEGADA NA SAÚDE COLETIVA

*Não se preocupe com o entender.
Viver é o melhor entendimento.
Clarice Lispector*

Logo que você passa no vestibular, depois do momento de euforia e de comemoração, começamos a pensar como seria a recepção do curso, o trote, as aulas. A Saúde Coletiva nos surpreendeu neste sentido. Não esperávamos um acolhimento com lanche, com afeto, com a presença de professores. Não esperávamos que iríamos nos

apresentar para todos na frente do auditório. Desde o primeiro momento sentimos que a proposta do CGSC era diferente das dos demais cursos.

Quando ingressamos na graduação em Saúde Coletiva, havia um pequeno número de professores e alunos (no caso da primeira turma não havia os alunos) que faziam a acolhida e boas-vindas. Esse pequeno número de pessoas constituiu um coletivo muito próximo. Conhecíamos todos e suas trajetórias de vida. Tínhamos uma relação de convivência muito próxima, horizontal e afetuosa. Nosso convívio, por vezes, extrapolavam às fronteiras acadêmicas, iam para a amizade e parceria na militância pela graduação. Optamos por fazer uma cena que marcasse esse momento de chegada ao curso, o momento do convite para fazer parte de algo novo, de ser pioneiros de uma formação e profissão, da conversa e pedagogia em roda, do compartilhamento de nossas expectativas e ambições.

Já em nossa chegada ao curso, descobrimos que o curso que, até então se chamava *Análise de Políticas e Sistemas de Saúde*, estava em processo de mudança de nome para *Saúde Coletiva*, em razão do movimento nacional de convergência de nomenclatura dos cursos. Também descobríamos que o curso não tinha Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) definidas e, fomos convidados para auxiliar na construção.



Cena 10

O PERCURSO FORMATIVO

FORMAÇÃO CURRICULAR

*Não sei o que fazer do que vivi,
Tenho medo dessa desorganização profunda.
Não confio no que me aconteceu.
Aconteceu-me alguma coisa que eu,
Pelo fato de não a saber como viver, vivi uma outra?!*
Clarice Lispector

Logo no começo do curso fomos convidados para conhecer o Projeto Político Pedagógico (PPP) de nossa graduação e, discutir a nossa formação que era uma inovação, não só por introduzir um novo profissional na área da saúde, como também por sua metodologia de ensino. Foi através do debate sobre o PPP que conhecemos a pedagogia construtivista, a metodologia em roda e a aprendizagem por problematização, propostas essas, que identificamos que nem sempre estiveram presentes em sala de aula e no processo de aprendizagem. Foi no momento de matrícula e na recepção dos calouros, que ouvimos falar pela primeira vez das tais Unidades de Produção Pedagógica (UPPs), que só conseguimos compreender o seu funcionamento lá no final do primeiro semestre.

Através do PPP, discutimos as habilidades e competências do BSC, que acreditamos que de forma geral, conseguimos desenvolver essas habilidades e competências durante o percurso formativo. Entre os desafios de sermos pioneiros está que, quando ingressamos no curso, o CGSC da UFRGS ainda não disponha de professores em número e áreas de conhecimentos suficientes para dar conta da interdisciplinaridade de nossa formação. Assim, no começo do CGSC, contamos com professores parceiros de outras unidades acadêmicas que, por falta de familiaridade com a proposta do curso, nos deram disciplinas duras, especializadas e técnicas que não nos produziram muito sentido, assim como, conteúdos disciplinares que não tiveram o devido aprofundamento e debate.

Identificamos que essas situações já foram corrigidas atualmente com a inserção de novos professores e reorganização da grade curricular do curso e, embora reconhecemos que precisamos de aprofundamento em alguns aspectos, como epidemiologia, por exemplo.

O CGSC da UFRGS nos ofertou subsídios e instrumentos para buscarmos informações e capacitações em outros espaços quando sentimos falta de algum conteúdo dessa temática.

Enquanto discentes da graduação, tivemos muito incentivo e apoio por parte da Comissão de Graduação e professores para participarmos de eventos científicos, movimento estudantil, projetos de pesquisa e extensão, entre outras atividades. Assim, durante a formulação das cenas que falavam sobre a nossa formação, sempre tivemos o “*desejo de marcar na cena o quanto as coisas são da graduação (PPP) e o quanto os estudantes têm a vontade de se movimentar e constituir outras redes. A graduação não despertou isso porque a maioria dos estudantes não tem essa vontade, mas o que nos fez fazer isso também tem a ver com a graduação. A graduação fez ofertas que nos fizeram seguir outros caminhos*”.

FORMAÇÃO EXTRAMUROS DA UNIVERSIDADE

Nosso conhecimento não era de estudar em livros.
Era de pegar de apalpar de ouvir e de outros sentidos.
Seria um saber primordial?
Nossas palavras se ajuntavam na outra por amor
E não por sintaxe.
Manoel de Barros

Nos debates do grupo-pesquisador, sempre esteve presente o quanto a nossa formação não é marcada por uma única experiência ou somente pelas ofertas formativas do curso; mas o quanto a série de experiências que participamos fora dos muros da universidade, nos constituíram como profissionais. Embora com a mesma formação, compartilhando dos mesmos professores e da mesma grade curricular, somos um grupo de egressos múltiplos, com perfis e interesses distintos, resultado da nossa variedade de experiências de formações. Não sabemos mensurar o quanto o nosso *ser* sanitarista foi produzido dentro da universidade e o quanto foi produzido nas atividades extramuros que participamos.

O grupo-pesquisador teve oportunidades de participação singulares em seu percurso formativo. Participamos de atividades como projetos de pesquisa, extensão, iniciação científica, movimento social, etc. Uma das experiências que marcaram fortemente e transformaram a nossa formação foi o projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS

(VER-SUS): “Minha primeira participação em um programa de estágios e vivências foi no VER-SUS Gestão em Saúde no Rio de Janeiro, foi a primeira oportunidade que tive de conhecer e vivenciar os serviços de assistência e a rede de um sistema de saúde local, sem dúvidas um divisor de águas na minha formação, quando as teorias aprendidas em aula começaram a fazer sentido em um processo de aprendizagem significativa.” Sabemos que nem todos colegas BSC tiveram disponibilidade para acessarem essas oportunidades, em especial, porque o CGSC da UFRGS é um curso noturno e com perfil de discentes trabalhadores. O nosso *ser* BSC foi se constituindo com os saberes e conhecimentos previstos na grade curricular e no PPP do curso, mas também nas atividades extramuros da universidade. Essas vivências extramuros nos ensinaram e ensaiaram a nossa vida profissional, nos ofertando e desenvolvendo habilidades e competências que agregaram a nossa valise tecnológica de BSC.

Por estas razões, marcamos as vivências extramuros na intervenção Sanitaristas em Cena, porque acreditamos que elas dizem muito do BSC que somos hoje e, porque acreditamos ser necessário pensarmos em estratégias para viabilizar a participação dos estudantes do CGSC neste tipo de atividades.

MOVIMENTO ESTUDANTIL

Não sei se quero descansar,
por estar realmente cansada ou
se quero descansar para desistir.
Clarice Lispector

Identificamos que parte da nossa participação nos movimentos estudantis teve “a ver com os professores que estavam em nossas trajetórias. Alguns professores nossos tem uma formação política que fazem com que eles capturem, não no sentido ruim, mas de pegar algumas pessoas que identifiquem como lideranças e estimular que elas vão e ocupem determinados espaços. E isso foi feito no nosso curso o tempo todo, mesmo em momentos em que nós não estávamos completamente cientes disso, e que hoje conseguimos ver porque estamos um pouco mais afastados.” Reconhecemos que os nossos professores sempre incentivaram e apoiaram a nossa militância estudantil e, hoje, a nossa militância

profissional, não só nos estimulando ao debate e participação do movimento, como, por vezes, nos ofertaram condições e recursos para participarem destas atividades.

Ainda no primeiro semestre de curso, os estudantes iniciaram o movimento para criação do Centro Acadêmico de Saúde Coletiva (CAESC). Como o curso era noturno e maioria dos estudantes eram trabalhadores, quaisquer atividades ou reuniões que eram organizadas no período diurno acabavam inviabilizando a participação da maioria dos colegas. Então, no segundo semestre de curso, os estudantes reivindicaram um espaço – o Fórum de Estudantes – para se encontrarem, e assim, garantir que as demandas, os interesses e a participação dos colegas fossem garantidas. Uma das conquistas dos estudantes do CGSC da UFRGS foi garantir que o Fórum de Estudantes acontecesse durante o horário de aula. Desde então, o Fórum de Estudantes acontece quinzenalmente e, é o espaço de deliberação e representação máxima dos estudantes da graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. O Fórum de Estudantes tem espaço, horário e datas garantidos na grade curricular pela COMGRAD, o que demarca o comprometimento e incentivos dos coordenadores e professores com a militância na Saúde Coletiva.

O grupo-pesquisador também participou da criação do movimento estudantil dos CGSC nacionais, que ganhou sua institucionalidade através da Coordenação Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva (CONESC), e participou e ajudou a promover os Encontros Nacionais de Estudantes de Saúde Coletiva (ENESC), em especial, do II ENESC, onde fomos os anfitriões e integramos a comissão organizadora.

Durante a escrita do roteiro, e em nossas discussões, identificamos que o movimento estudantil da Saúde Coletiva, durante o período de nossa formação, tinha como pauta a organização do movimento mais em termos de construir uma identidade profissional do que pensarmos nas diversidades de nossa formação e profissão. Tivemos esta compreensão, porque hoje, quando olhamos para os movimentos que produzimos, identificamos que não fizemos debates com aprofundamento teórico e a devida apropriação sobre as temáticas em questão. Discutimos superficialmente e monitoramos a convergência de nomenclaturas do curso, a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso, o processo de avaliação, etc.

Enquanto movimento estudantil, percebemos que tentamos construir uma unidade da Saúde Coletiva forjando uma identidade, e assim, as nossas pautas eram todas “urgentes”

para a construção e escolha (eleição) de um símbolo, cor, frase e outros elementos que acreditávamos naquele momento que iriam criar a unidade/identidade da Saúde Coletiva.

O grupo-pesquisador identifica que o movimento estudantil não tinha, naquele momento, a maturidade para fazer esses debates e, inclusive, de escolher estes elementos. Na verdade, buscávamos construir uma unidade do profissional que iríamos nos formar, compreender as suas práticas, suas possibilidades de atuação, o mercado de trabalho e tantas outras questões que hoje julgamos que eram de maior relevância. Na busca por esta identidade, nos apegamos na escolha destes elementos representativos que em nada nos confeririam a unidade e noção de coletivo que procurávamos.

Uma vez escolhidos estes elementos pelo movimento estudantil, as instituições e estudantes foram assumindo a cor, o símbolo, a frase que representaria o curso. Embora vários colegas de outras instituições nacionais digam que a UFRGS não aderiu a estes elementos porque “perdeu” a eleição, acreditamos que a nossa não adesão diga mais sobre a forma como não nos sentimos representados por esses elementos que acreditamos reproduzam o que já está instituído por outras profissões da saúde.

Neste aspecto, dentro do grupo-pesquisador, houve divergências de opiniões. Alguns argumentaram que como estes elementos foram escolhidos em espaço legítimo de tomada de decisões nacionais (ENESC), então a UFRGS deveria adotar o uso do símbolo, cor e frase. Outros já defendem que cada instituição é diferente e possui liberdade para criar suas ênfases e tradições e, sendo assim, podemos respeitar as multiplicidades e utilizar os elementos que acreditamos que nos identificam. Dentro do grupo não buscamos construir consensos entre estas duas compreensões e, para coloca-las em cena, criamos uma cena com referência ao *meme* A Diferentona¹⁵ que circula nas redes sociais (imagem 13).

¹⁵ A Diferentona é um *meme*, mensagem viralizada que circula nas redes sociais, trazendo textos irônicos, engraçados e criativos que tiram sarro de pessoas que fazem postagens questionando “só eu que...?” para falar de situações que acreditam serem “exclusivas e únicas” a vivenciar.

Imagem 08: A Diferentona



Chegamos à conclusão no final deste debate, é que nenhuma cor, símbolo e frase adotados (UFRGS ou movimento nacional), conseguiu dar conta de criar uma identidade do BSC e, menos ainda, de fortalecer e aprofundar a compreensão sobre este profissional, suas práticas e sua inserção no mercado de trabalho. Ou seja, ficamos com o sentimento que “perdemos tempo com isso. Devíamos ter focado no que de verdade é importante para a nossa profissão”.

ENFIM, FORMADOS!

(...) Mas não sou completa, não.
Completa lembra realizada.
Realizada é acabada.
Acabada é o que não se renova
a cada instante da vida e do mundo.
Eu vivo me completando...
mas falta um bocado.
Clarice Lispector

Depois de todo o percurso formativo, chega o tão sonhado momento de formatura. Durante o processo de pesquisa, na etapa da dramaturgia e criação do roteiro para a

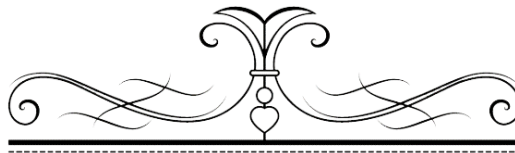
intervenção Sanitaristas em Cena, muitos de nós do grupo-pesquisador nos encontramos em uma das formaturas do CGSC da UFRGS. Aquele momento nos ajudou a reviver e lembrar algumas questões. Logo no começo da cerimônia, o juramento nos chamou a atenção. Bastou o juramentista dizer “juro em nome de Deus exercer a profissão de sanitaria” e nós trocamos olhares. Nós havíamos trabalhado arduamente na construção do juramento do nosso curso e, durante o debate e processo de construção do juramento havíamos excluído o “juro” por compreender que assim seria uma promessa solene que conjura um valor moral diante da lei; havíamos excluído o “Deus” por compreendermos que o estado é laico e, excluído o “profissão de sanitaria” porque ainda não existe uma profissão chamada sanitaria, essa é a designação que adotamos para nomear o BSC, título que consta em nossos diplomas e título que as IES podem nos conferir. Também excluímos da primeira versão do juramento as “ideologias” por compreender que não tratávamos de crença e nem convicções. Nosso juramento havia ficado da seguinte forma:

Comprometo-me – no exercício da ocupação de Bacharel em Saúde Coletiva – a cumprir, com responsabilidade e autonomia, os deveres inerentes ao título que me é conferido, atendendo às diretrizes e aos princípios do Sistema Único de Saúde, honrando os ensinamentos recebidos na formação em Saúde Coletiva, desempenhando minhas competências e habilidades segundo os interesses e direitos da população, esforçando-me para contribuir com o aperfeiçoamento e a condução das políticas públicas e sociais de saúde e compartilhando os fazeres de equipe na integralidade da atenção à saúde. Como Sanitaria, comprometo-me com a pesquisa, o desenvolvimento do conhecimento e das práticas em Saúde Coletiva e com a construção de metodologias destinadas à promoção da qualidade da vida e à saúde da população. (UFRGS, 2012).

Para marcar esse debate e processo de construção, criamos para a intervenção uma cena de colação de grau onde fomos corrigindo a fala do juramentista e reforçando as combinações que haviam sido pactuadas. Seguimos a cerimônia de colação de grau visivelmente nostálgicos e emocionados. Lá estávamos na plateia assistindo mais uma turma de BSC sair para o mercado de trabalho. *“Se os coitados soubessem o que os esperam na vida de sanitarias, tinham ficado um pouco mais na academia.”* Naquele momento, percebemos que era preciso falar mais sobre o instante em que nos tornamos BSC e o quanto isso produzia mudanças para nós. Conversamos em diferentes encontros sobre como nos sentíamos ansiosos e angustiados com a entrada no mercado de trabalho, como com a formatura *“nós estamos em um não lugar. Agora não fazemos parte do*

movimento estudantil, não somos da academia, não temos uma instituição que nos representa, não temos ninguém para gritar socorro”.

O questionamento sobre o compromisso da academia com os profissionais que forma sempre esteve presente nos debates com os BSC, não só dentro do grupo-pesquisador, como também no movimento de egressos nacionais e da UFRGS. Nos encontros dos BSC nacionais (durante o Congresso da Abrasco e encontro regional da Rede Unida em Natal, ambos 2015), conversamos que as instituições formadoras têm realizado pouquíssimos movimentos, ou nenhum, para apoiar a inserção do BSC no mercado de trabalho.



Cena 11

BACHARÉIS EM SAÚDE COLETIVA

O MERCADO DE TRABALHO

Às vezes eu tenho vontade de ser menos intensa,
só para poder entender como o resto do mundo
aguenta essas coisas que me devoram
permanentemente e de uma forma tão absurda...
Clarice Lispector

Além da oferta escassa de vagas de trabalho, que não absorve o atual número de BSC (sendo que a tendência é aumentar o número de egressos a cada semestre), o grupo-pesquisador identifica duas dificuldades e desafios: as exigências por um conselho profissional e o desconhecimento sobre o profissional BSC. “As vagas que estamos ocupando enquanto Saúde Coletiva, elas contemplam o que fomos formados para fazer. Com algumas limitações por causa da conjuntura política que acabam interferindo. Os lugares que ocupamos, ainda que quem contrata não saiba muito bem o que fazemos, estão abertos e oferecendo espaço de trabalho para desenvolvermos as atividades que fomos formados para fazer”.

O grupo-pesquisador relatou processos seletivos que participou, onde concorria com outros profissionais da área da saúde e, que durante a entrevista de emprego, tiveram que explicar “o que faz um BSC?”. Se considerarmos que a própria academia, alunos e egressos têm dificuldades de explicar quais são as potências e práticas do BSC, conseguiremos dimensionar o tamanho do desafio e da desvantagem que os profissionais BSC possuem ao entrar em uma entrevista de emprego e, para além de “convencer” que possui habilidades e competências para ocupar aquele cargo/vaga; ainda precisar discutir com o empregador sobre a profissional BSC e tentar convencê-lo de que se pode atuar sem registro em conselho profissional. “Duvido que um médico, um enfermeiro ou um psicólogo precisam explicar o que fazem, as potências e possibilidades de sua atuação. O problema para pedir emprego em um lugar não é só em eu chegar com o meu currículo embaixo do braço e convencer alguém que eu sou competente para ocupar aquela vaga. O problema é que eu preciso chegar na empresa, explicar o que é um Bacharel em Saúde Coletiva, vender a ideia de que

eles precisam de um, articular a criação de uma vaga e aí sim, entrar no processo de dizer que eu posso preencher a vaga.”

Não ignoramos que a inserção no mercado de trabalho brasileiro está difícil para todos os profissionais, que os recém-formados na maioria das categorias possuem dificuldade de se inserirem no mercado de trabalho, que há precariedade nos vínculos de emprego, baixos salários, etc. Mas por mais difícil que a situação esteja para todas as profissões, seria ingênuo dizer que o BSC não enfrenta uma dificuldade a mais neste cenário devido ao seu desconhecimento. “Se você abre um jornal de emprego ou um site, sei lá, está lá uma vaga para enfermeiro, farmacêutico, advogado. Pode ser que seja no interior, pode ser que tenha baixa renda, pode ser em uma atividade que você não se identifica, mas enfim, lá está a vaga. Quantas vezes você procuraram emprego e encontraram a vaga de sanitarista lá, esperando por vocês? Quantas vezes vocês viram uma vaga que podiam ocupar e o Bacharel em Saúde Coletiva estava nos pré-requisitos?”

Outro aspecto que o grupo-pesquisador trouxe em seus debates é que, quando abre vagas de trabalho nos concursos públicos ou até mesmo seleções de pós-graduações, um grande número de BSC nacionais, independente de qual estado, acaba se inscrevendo para participar dos processos seletivos. Não que em todos os processos seletivos não tenham essa particularidade, mas o fato de não termos oportunidades de inserção profissional para além destes espaços, acaba prejudicando aqueles egressos que não tem tempo e disponibilidade para se prepararem para processos seletivos concorridos como os concursos públicos. Além disso, percebemos que uma vaga que abra em concurso público, é disputada por um contingente muito grande de BSC do Brasil. Essa particularidade tem mantido muitos dos egressos atuando fora da área de formação.

Durante o nosso processo de formação, sempre ouvimos que a criação dos CGSC era para atender uma demanda do mercado de trabalho, em especial do SUS, por um profissional que tivesse uma visão global e integradora, que dialogasse com os demais profissionais e áreas de conhecimento. “Eu não tenho dúvida da necessidade da nossa formação para o SUS, só que isso não garante o mercado de trabalho que deveria. O que acontece nisso?”

O grupo-pesquisador resolveu marcar estas questões na intervenção construindo uma sequência de cenas para falar da entrada no mercado de trabalho. Iniciam a cena com cadernos de emprego e editais de concursos públicos nas mãos e aos poucos vão descartando estes elementos cênicos, ora porque não encontram vaga, ora porque pedem que tenha outra formação na área da saúde, ora porque é obrigatório o registro em conselho profissional, etc.

Discutimos que identificamos que o atual cenário de inserção profissional do BSC tem gerado angústia e sofrimento nos egressos. Que, por vezes, o cenário é tão difícil que muitos de nossos colegas egressos têm procurado outras oportunidades de trabalho ou virado empreendedores em outras áreas profissionais, não por desejo ou por não se identificarem mais com a Saúde Coletiva, mas por não encontrarem oportunidades de emprego na área.

INSERIDO?!

*Preciso de paciência
Porque sou vários caminhos,
Inclusive o fatal beco-sem-saída.
Clarice Lispector*

Em uma das reuniões de egressos da UFRGS, o tema, em determinado momento, foi o uma fala que circulava nos bastidores de que algumas pessoas não compreendiam a demasiada preocupação dos BSC com o mercado de trabalho e desemprego, porque os BSC estavam inseridos. A fala gerou incomodo e foi motivo de conversa e debate no coletivo de egressos da UFRGS e dentro do grupo-pesquisador Sanitaristas em Cena. “**O que consideram inseridos?**” No debate nestes espaços, percebemos que circulam dois distintos discursos/compreensões sobre a inserção do BSC.

A primeira concepção é a que considera o vínculo com a pós-graduação como inserção profissional. Considerando que, 73,81% dos BSC da UFRGS optaram por cursar/cursarem uma pós-graduação e destes, 55% possui/possuíam bolsa (SILVA et al., No prelo) e, ainda que muitos profissionais optam por fazerem um programa de pós-graduação com o objetivo de seguir uma carreira acadêmica; nesta compreensão, poderíamos considerar que, a inserção dos BSC nas pós-graduações pode constituir uma estratégia de inserção profissional e deste modo, os BSC estariam inseridos no mercado de trabalho e,

portanto, seria desmedida a ansiedade destes egressos em função do emprego/desemprego.

A outra concepção considera distinta a inserção no mercado de trabalho e na formação. Assim, as pós-graduações (especializações, mestrados, residências) são um mercado que estão com possibilidades abertas para a inserção dos BSC, inclusive com o pagamento de bolsas, mas este mercado é um mercado de formação, ainda que seja formação em serviço, mas constituem oportunidades de formação e não de trabalho. Portanto, nesta compreensão, 76,19% dos BSC da UFRGS estariam fora do mercado de trabalho na área da Saúde Coletiva (SILVA et al., No prelo).

O grupo-pesquisador se posiciona dentro desta última compreensão, por entender e apreender das conversas com colegas BSC (nacionais e UFRGS) e, inclusive de alguns de nós que compomos o grupo-pesquisador, que a escolha por continuar o percurso em uma pós-graduação, foi a alternativa de inserção disponível e encontrada por 21% dos egressos, já que não haviam vagas de emprego aberto (SILVA et al., No prelo). *“Não que eu não quisesse qualificar a formação, mas esse não era o meu plano, a minha prioridade. Eu queria sair da faculdade e ter um emprego. Mas quando a gente se formou quais eram as opções? Se eu quisesse continuar na área ou eu fazia mestrado ou fazia residência, porque emprego não tinha. E se eu ficasse esperando abrir um concurso, um emprego na Saúde Coletiva, eu ia morrer de fome até lá. Eu escolhi fazer residência porque eu teria bolsa e, pelo menos me mantenho na área.” “Às vezes quando eu digo que faço mestrado o pessoal me pergunta se eu quero ser professor. Eu não quero ser professor! Mas como é que eu vou dizer que essa era minha única possibilidade de receber dinheiro enquanto não encontrava vaga de emprego?”*

Também é possível apreender nas conversas com o grupo-pesquisado e com o coletivo de egressos do CGSC da UFRGS, que além dos ganhos econômicos, que as bolsas de pós-graduações ofertaram, alguns concursos públicos e vagas de emprego só reconhecem os sanitaristas de pós-graduação; assim, ter um título de pós-graduação em Saúde Coletiva/Saúde Pública, constituiu a estratégia de abrir possibilidade para concorrer a vagas de trabalho e concurso, de 15% dos BSC da UFRGS (SILVA et al., No prelo).

Deste modo, o grupo-pesquisador resolveu criar uma cena onde os BSC discutiam as suas escolhas pelos cenários de inserção, marcando que a escolha de alguns foi guiada também pela única possibilidade real de permanecer na área de formação e obter algum recurso financeiro através de bolsas.

PÓS-GRADUAÇÃO, UM CAMINHO

Pois minha imaginação não tem estrada.
E eu não gosto mesmo da estrada.
Gosto do desvio e do desver.
Manoel de Barros

Independente da motivação que tenha levado a escolha por uma pós-graduação, constatamos que todo o grupo-pesquisador estava fazendo ou havia feito uma pós-graduação (ou mais) na área da Saúde Coletiva. Conversamos sobre essas pós-graduações e percebemos que todas eram muito diferentes em si, mas em especial, muito diferentes do CGSC.

Enquanto em nossa graduação em Saúde Coletiva é mais generalista, as formações em nível de pós-graduação que experienciamos (mestrado, especializações, residência) são formações mais especializadas e estruturadas em uma área de conhecimento, como por exemplo: atenção básica, gestão do trabalho, educação em saúde, vigilância em saúde, etc. Em entrevista para a Revista Radis, Maria Amélia Veras reforçou que

[...] a graduação não substitui as especializações; ajuda a criar um campo de saber específico, ressaltam docentes e pesquisadores ao debate São objetivos distintos. A graduação forma profissionais, sanitaristas, e a pós-graduação forma pesquisadores. (Radis, 2015)

Constatamos na prática a grande distinção entre as duas formações (graduação e pós-graduação), identificando que na graduação há ofertas de conhecimentos generalistas e ampliados e nas pós-graduações nos ofertaram conhecimentos especializados. Acreditamos que essa estrutura arquitetada na formação, constitui diferença fundamental que implica na prática e clínica dos profissionais sanitaristas formados no bacharelado e na pós-graduação.

Ao constatar que todos os integrantes do grupo-pesquisador haviam feito alguma pós-graduação e que esta também era uma escolha de grande parte dos nossos colegas egressos (nacionais e UFRGS), nos questionamos se de fato a criação do BSC estava

conseguindo antecipar a formação dos sanitaristas. O “processo formativo criou a expectativa que nossa graduação era resposta a uma demanda de um mercado, antecipar a graduação e tal, mas essa é uma expectativa que não se confirmou na prática e que precisa aparecer, aparecer porque é importante!”.

Pelas nossas experiências, identificamos que um profissional sanitarista com formação ampliada e generalista só é garantido na formação de graduação. Identificamos que o argumento de antecipar a formação dos sanitaristas através da graduação aliado à demanda destes profissionais pelo mercado de trabalho, são contraditórios à realidade de inserção, onde o mercado de trabalho ainda exige titulação de pós-graduação para concorrer a vagas de emprego e concursos e ainda não incluiu o BSC em seu quadro funcional.

Vale ainda a ressalva que, 64% dos BSC optaram por cursar uma pós-graduação com o objetivo de qualificar a formação, em especial, porque a pós-graduação permite adquirir conhecimentos em uma área ou temática em específico, fato que pode ser observado através da escolha pelos cursos de pós-graduação escolhidos pelos BSC da UFRGS (SILVA et al., No prelo). Ou seja, a procura dos BSC por uma pós-graduação visa a aprofundar e qualificar conhecimentos e não preencher falhas em sua formação de sanitaristas.

OS MOVIMENTOS QUE PRODUZIMOS

Meu caminho é sem marcas nem paisagens.
 E como o conheces? - me perguntarão.
 - Por não ter palavras, por não ter imagens.
 Nenhum inimigo e nenhum irmão. (...)
 Não ando perdida, mas desencontrada.
 Levo o meu rumo na minha mão.
 (...) estandarte triste de uma estranha guerra.
 Cecília Meireles

Os BSC têm tomado para si a demanda e responsabilidade de abrir mercado de trabalho na área. Embora esse movimento de egressos ainda esteja se fortalecendo nacionalmente, muitas das oportunidades de inserção em concursos são produtos da articulação e pressão deste coletivo de egressos. Falando somente das experiências no Estado do Rio Grande do Sul, a articulação destes egressos conseguiu alterar os editais do

concurso para a Secretaria Estadual de Saúde e da Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde e incluir o BSC nas vagas disponíveis.

No ano de 2015, o coletivo de egressos da UFRGS se organizou e criou um Grupo de Trabalho (GT) de Egressos do Bacharelado em Saúde Coletiva da UFRGS para discutir e se mobilizar em questões referentes à inserção profissional. Os coletivos de egressos enfrentam (UFRGS e nacional) uma dificuldade de articulação e agenda com os seus pares e parceiros externos. Quando nos encontramos, pensamos em ações e estratégias possíveis, mas não conseguimos dar conta de realizar os desdobramentos que julgamos necessários de fato, não temos o engajamento necessário e ainda somos capturados pelas demandas e rotinas da vida pessoal, acadêmica e profissional. Apesar da angústia com o futuro profissional unir os egressos, em nossas tentativas de produzir um movimento de egressos acabamos “reproduzindo o movimento de ‘não ter futuro’ por não estarmos engajados e nos articulando para a construção de um”.

“Onde estão os demais egressos?” É claro que os egressos possuem dificuldade de tempo para se encontrarem, mas é a ausência de engajamento de alguns colegas que mais toca alguns. O sentimento que algumas pessoas do grupo-pesquisador ficam, e que foi discutido dentro do próprio coletivo de egressos da UFRGS, é que alguns dos BSC não se engajam na construção do coletivo e não se comprometem com estratégias e ações para viabilizarem a inserção profissional, mas em contrapartida, também não se afastam do movimento dos egressos no intuito de identificarem oportunidades e investirem nelas. Essa situação acaba enfraquecendo o coletivo de BSC.

Para representar essa situação e afetação, o grupo-pesquisador se inspirou no *meme* “O que nos queremos? Quando queremos?”¹⁶ para construir uma cena na intervenção, com o objetivo de dar visibilidade a esta questão e fazer uma autocrítica aos movimentos que estamos produzindo e reproduzindo enquanto BSC. A ideia com a cena era que pudéssemos nos dar conta da ironia de nosso engajamento e comprometimento.

¹⁶ O *meme* “O que nos queremos? Quando queremos?” utilizado nas redes sociais, é baseado nas tirinhas de Allie Brosh do blog “Hyperbole and a Half” que mostram ironicamente a frustração dos personagens ao não conseguirem realizar e/ou cumprir as responsabilidades e atividades chatas cotidianas.

Imagem 09: Movimento de Egressos da Saúde Coletiva



Observamos que existem dois movimentos que fazemos: um movimento político e outro movimento profissional. O movimento político são as ações e estratégias que temos desenvolvido no sentido de militar pela inserção profissional do BSC, entre eles, destacamos a inserção dos egressos no Fórum de Graduação em Saúde Coletiva da Abrasco e os movimentos que produzimos pressionando que a Classificação Brasileira de Ocupações incluísse o sanitarista. Neste movimento político, trabalhamos com os diferentes atores, egressos e parceiros e, sabemos que a conjuntura política que o Brasil vive neste momento, não favorece o cenário de inserção profissional do sanitarista. Esses movimentos políticos repercutem e impactam nos movimentos profissionais que estamos produzindo.

O grupo-pesquisador também conversou em vários momentos sobre como tem sido difícil e bastante desestimulante participar dos movimentos profissionais e políticos (em especial deste último) porque não avançamos no debate, “ficamos dando voltas atrás do rabo”, caímos sempre nas mesmas questões. “Não estou afim de investir duas horas

do dia e as minhas energias para discutir coisas que não vão mudar nada. Isso mexe comigo.” A tentativa de produzir estes movimentos tem gerado sofrimento e desgaste emocional, em especial, para os BSC mais militantes.

“Sinto essa frustração com a ausência da militância e sinto essa frustração e relação ao movimento da Saúde Coletiva como um todo, não só com egressos, mas também com os professores, alunos, instituição”. Atualmente a militância com pauta da graduação em Saúde Coletiva está dividida em: assuntos de formação que as instituições acadêmicas se encarregam de pautar e, a pauta sobre a inserção profissional que os egressos iniciam a pautar; cabendo aos discentes o trânsito entre as duas pautas e atores. Observamos que todos os atores deste cenário estão atuando isoladamente e desarticulados, com a distinção que discentes e egressos ainda não possuem relações políticas que possam auxiliar a construir oportunidades de inserção.

A questão que precisa entrar na pauta do debate atual sobre o sanitarista é a articulação política entre os espaços de formação, das políticas públicas e movimentos sociais ligados ao campo que dê consistência à expansão do SUS e apoio a sua inserção no mundo do trabalho. O reconhecimento do projeto político de reforma sanitária, ainda que inconcluso, como aponta Paim e a retomada da defesa dos princípios do sistema universal de saúde nesta articulação podem fortalecer o entendimento da importância do sanitarista do século XXI como um elemento chave na defesa do direito à saúde. (LORENA, 2016b, p.112)

Assim, o grupo-pesquisador compreende que é necessária a articulação entre os atores políticos para construirmos juntos um projeto político e nacional de inserção do BSC. No imaginário que temos da área da Saúde Coletiva e do movimento de RSB, que por militância conseguiu instituir a saúde como política pública e criar o SUS, “no modelo ideal de sanitarista que eu tenho, eu esperava que as pessoas militassem mais pela graduação”.

Não podemos esquecer que o campo da Saúde Coletiva é um cenário de disputas e contextos políticos e, que houve disputas durante o processo de criação dos CGSC. Também não podemos omitir que a graduação foi criada com investimentos de recursos públicos que visavam a qualificar o sistema público de saúde, então, não produzir movimentos de militâncias a favor da graduação, mas em especial, da inserção dos BSC, “não é só uma questão de colocar expectativas, é uma questão de compromisso ético, é uma

questão que diz sobre o profissional que queremos ser e que defendemos”, é uma questão de ser coerentes com os investimentos feitos até então.

Reconhecemos que não estamos sabendo produzir movimentos efetivos e afetivos e que nossos encontros têm nos despertado paixões tristes que nos paralisam. Alguns acreditam que é necessário fazer uma pausa no movimento para oxigenar as ideias e renovar as energias, outros já acham que devemos ir tocando os processos independentes do quórum e atores que temos atuando no cenário. Eu acredito que é necessário reinventar esse movimento!

ME DESCOBRI BACHAREL EM SAÚDE COLETIVA

Já que sou, o jeito é ser.
Clarice Lispector

Em umas das conversas que o grupo-pesquisador fez, conversamos quando nos identificaram ou nos reconhecemos como BSC pela primeira vez. Percebemos que a maioria de nós já era identificado como BSC antes mesmo de concluir a formação, éramos identificados nos espaços que ocupávamos como estagiários, bolsistas, militantes. Achamos relevante fazer uma cena contando essas histórias, porque além de elas terem nos marcado e afetado, elas colocam em cena algumas características – olhar sensível, pensar fora do quadrado, conseguir ver o contexto como todo, análise situacional, militância - que as pessoas identificaram em nós e em nossas práticas profissionais e que constituíam o imaginário delas sobre o BSC.

SANITARISTA OU BACHAREL EM SAÚDE COLETIVA?

É curioso como não sei dizer quem sou
Quer dizer, sei-o bem, mas não posso dizer.
Sobretudo tenho medo de dizer,
Porque no momento em que tento falar
Não só exprimo o que sinto
Como o que sinto transforma
Lentamente no que eu digo
Clarice Lispector

Durante o processo de construção do roteiro notamos que havia no texto duas formas de identificação: sanitarista e Bacharel em Saúde Coletiva. Colocamos esta questão em debate para saber sobre de que forma o coletivo iria se posicionar na intervenção teatral. “Alguém já iria dizer que não é sanitarista, que é Bacharel em Saúde Coletiva”.

Me recordei que alguns colegas haviam questionado em outro espaço o fato de que as novas DCN não contemplavam a terminologia “sanitaristas” e que, portanto, não deveríamos nos denominar assim ou ainda, pressionar a inclusão desta terminologia nas DCN. Conversamos então sobre a confusão de compreensão que acontece nestas situações. As universidades conferem credenciais educacionais onde a titulação é, no caso da graduação, de bacharel, portanto, Bacharel(a) em Saúde Coletiva. Deste modo, todas as instituições e/ou documentos que se referirem a formação, tal como as DCN, irão referir-se ao termo “Bacharel(a) em Saúde Coletiva”.

A titulação “sanitarista” é, até então, a nomenclatura escolhida para denominar o BSC e ocupação em si, sendo as corporações profissionais (inexistentes no caso dos BSC) as responsáveis para registrarem e validarem esta credencial.

Os Bacharéis em Saúde Coletiva não necessariamente irão atuar como sanitaristas, também podem atuar como professores, auditores, gestores, apoiadores, etc. O grupo-pesquisador ciente desta diferenciação de nomenclatura aposta e acredita em ambas, não fazendo distinção durante a intervenção e/ou debates no processo da pesquisa.

O QUE É UM BACHAREL EM SAÚDE COLETIVA?

Parece drama, parece idiotice.
Porque não é você que está sentindo,
sou eu.
Clarice Lispector

A pergunta “o que é um Bacharel em Saúde Coletiva?” nos acompanha desde o momento da escolha do curso no vestibular até os dias de hoje. Ouvimos essa pergunta dos pais, da família e dos amigos que querem saber que profissão é essa, do gerente do banco e nas diversas situação que precisamos preencher um cadastro e preencher o campo “profissão” e, cotidianamente nos serviços de saúde e cenários que atuamos. Durante o

processo da pesquisa essa pergunta apareceu para nós de várias formas e, esse questionamento foi tão forte para o grupo-pesquisador que decidimos trazê-lo de três formas diferentes para a intervenção. Foram três cenas que tentamos dizer que profissional é esse e, para cada uma dessas cenas, uma resposta e uma afetação diferente.

Uma das cenas abria com uma plaquinha que anunciava: “explicação para leigos”. Nesta cena queríamos colocar os argumentos que utilizamos para falar da nossa profissão para as pessoas que são fora da área, então não tínhamos o compromisso de utilizar terminologias ou explicações que fossem tão fiéis as possibilidades de atuação do sanitarista. Observamos que para explicar o BSC para pessoas das nossas relações, explicamos restringimos as possibilidades de atuação do sanitarista para aquelas práticas que nos aproximavam do campo e do nosso cotidiano de trabalho.

“É um profissional que trabalha com políticas públicas de saúde”, “trabalha com movimentos sociais”, “trabalha com tudo que envolve a saúde, mas sem realizar procedimentos clínicos”, “trabalha com educação em saúde, políticas, gestão. Nosso trabalho está voltado para coletivos e não para atendimentos individuais.” “Trabalha com políticas de saúde e a inserção delas no serviço, com a parte da gestão de saúde dos locais.” E a cena terminava com alguém interrompendo as explicações, abrindo um longo pergaminho no palco e dizendo que muitas possibilidades de atuação haviam ficado de fora da explicação, então, começava a ler um longo e monótono texto com as práticas do BSC descritas no PPP da UFRGS e na minuta das DCN da Saúde Coletiva.

Nessa cena, quisemos mostrar o quanto é difícil explicar o que fazemos, não porque o que fazemos seja inespecífico, mas porque o leque de atuação do sanitarista é muito amplo e é em outra lógica de atuação profissional. Durante a criação desta cena, lembramos de uma oficina de vídeo que fizemos no começo do curso e que tinha como trabalho final a produção de um audiovisual que falasse sobre os CGSC. Lembramos da fala da cineasta dizendo: “dentista cuida de dente, pediatra cuida de crianças, enfermeira dá injeção, psicólogo trata os loucos... eu quero uma palavra que defina o sanitarista, uma palavra!” Sem entrar no debate sobre reduzirmos as profissões a uma palavra, o fato é que terminamos a oficina frustrados, ela porque não tinha conseguido fazer um vídeo que dissesse exatamente o que o profissional faz e, nós, porque naquele momento percebemos

que definir o BSC em uma palavra seria capturar e engessar demais as suas possibilidades de atuação. Vale dizer que, atualmente, acreditamos que nossos pais, famílias e amigos começam a compreender o que fazemos, mas ainda não conseguimos responder de “*forma simples, clara e objetiva*” o que é e o que faz um BSC.

Se a outra explicação era difícil porque era uma explicação para leigos, e esses têm dificuldades de compreender quais são as práticas do BSC, poderíamos supor que a explicação para os profissionais e trabalhadores da área da saúde, que já conhecem os sanitaristas das pós-graduações e que já possuem alguma familiaridade com as práticas destes profissionais, tenderia a ser mais fácil, mas não é. Os questionamentos dos profissionais da área da saúde são diferentes dos questionamentos dos leigos. Para eles, a maior curiosidade é em relação à formação e às práticas que exercemos. Como estão acostumados com os sanitaristas da pós-graduação, em um primeiro contato, têm dificuldade de compreender que se trata de uma nova graduação.

O grupo-pesquisador compartilhou que, em algumas vivências e experiências, o fato do BSC ainda ser um profissional desconhecido, gera um desprestígio entre os profissionais e que “*tu só não é um bosta (sic) porque tu fez a UFRGS*”. Assim, percebemos que o desconhecimento do profissional BSC não acarreta somente em perdas de oportunidades de emprego, como também coloca este profissional em situação de desvantagem aos demais profissionais, porque os BSC não têm os seus saberes e conhecimentos reconhecidos e legitimados por algumas equipes de saúde. O desconhecimento sobre o BSC impacta negativamente nas relações sociais e profissionais que se estabelecem no trabalho em equipe, cenário que está presente as disputas de categorias profissionais. Por não ser reconhecido, os profissionais BSC relataram que em algumas situações que vivenciaram, só ganharam “*status profissional*” e tiveram seus saberes e conhecimentos considerados por causa do prestígio e tradição que a instituição formadora - a UFRGS – carrega.

Aprendemos no grupo-pesquisador que o desconhecimento da nossa profissão faz com que passamos alguns constrangimentos em situações cotidianas onde precisamos identificar a nossa profissão. O grupo-pesquisador já teve limite de cartão de crédito reduzido porque o bancário acreditava que se tratava de um trabalhador doméstico/faxineiro, já foi olhado com desconfiança porque o vestuário não estava de acordo com alguém que trabalhava com saúde (estava sem jaleco), já foi tratado como

médico porque entenderam que por “formação de base” Saúde Coletiva era medicina, já foi confundido com político porque para explicar que era sanitarista disse que trabalhava com políticas públicas de saúde.

Vivemos em uma sociedade onde as pessoas se identificam dizendo a sua profissão e, quando conhecemos uma pessoa costumamos questionar a profissão dela. No caso dos BSC, ao enunciar a sua profissão, recebem como resposta do seu interlocutor um “ahhh” e o assunto se encerra por ali mesmo. Embora essas questões possam parecer pequenas frente aos desafios de inserção e reconhecimento deste profissional, elas invadem as nossas vidas pessoais e sociais e nos afetam cotidianamente, ao ponto de criarmos estratégias para nos identificar (como “autônomo”) e pensarmos no que vamos responder cada vez que somos questionados sobre a nossa profissão.

O QUE O SANIATRISTA TEM?

*Sentia que a vida lhe fugia
de novo por entre os dedos.
Na sua humildade esquecia que
ela mesma era fonte de vida e criação.
Clarice Lispector*

Quando defendemos a ideia de que os serviços de saúde precisam de um BSC, somos questionados sobre “qual diferença faz para o mercado de trabalho ter um BSC?” No que diz respeito às práticas dos BSC, o grupo-pesquisador não acredita que este profissional tenha práticas exclusivas. Ou seja, que o BSC tenha práticas e atividades que somente a nossa profissão possua habilidades, competências e conhecimentos para desenvolver. Muito pelo contrário, acreditamos que embora a nossa formação seja diferente da formação dos demais profissionais da área da saúde e da formação dos sanitaristas de pós-graduação, as habilidades e competências que o BSC “tem que ter”, também estão presentes em outras profissões.

Até em função do desconhecimento e da dificuldade de compreensão das práticas do BSC, concluímos que as pessoas ainda não possuem um imaginário construído e fechado sobre o BSC. Identificamos um tensionamento no campo da Saúde Coletiva sobre a predominância de habilidades técnicas ou políticas na formação dos BSC, uma certa disputa

sobre quais práticas habilidades ele precisa desenvolver mais. O grupo-pesquisador acredita que o BSC deva ter ambas as competências: técnicas e políticas.

Também sentimos que há um tensionamento do mercado de trabalho para que os CGSC definam um diferencial ou um perfil único do BSC. Não achamos necessário reduzir e produzir uma representação estereotipada do BSC, até mesmo porque, não acreditamos que este profissional tenha um perfil único (nenhuma graduação oferta um perfil único), rígido e estanque, em especial, porque a nossa formação generalista nos proporciona, inclusive durante o percurso formativo, múltiplas e diversas possibilidades de atuação, que nos permite construir a nossa trajetória profissional a partir de nossas afinidades com as temáticas e subáreas de nosso interesse.

“Que diferença a gente está fazendo? O que a gente provoca?” Acreditamos que a graduação tenha facilitado o desenvolvimento de algumas capacidades que identificamos em nossas práticas profissionais e que possuímos em comum: temos grande capacidade de trabalhar em equipe (com perfis e profissões diferentes); capacidade de análise macro e micro, conseguimos articular e costurar com outras áreas da Saúde; temos uma atuação múltipla, nos envolvendo com diferentes profissionais e práticas em várias áreas e espaços; olhar e escuta sensível; olhar generalista.

Pensamos que algumas práticas que fazemos são um pouco monótonas para apresentar teatralmente, como as reuniões, planilhas, análises, indicadores, etc. Discutimos como que artisticamente iríamos chamar a atenção para essas práticas, e assim, surgiu a ideia de encerrarmos a intervenção com uma paródia da canção “o que é que a baiana tem” composta por Dorival Caymmi e famosa pela interpretação de Carmen Miranda. Nasceu assim, a paródia “o que o sanitarista tem” que apresentou as práticas e capacidades que acreditamos que os sanitaristas, egressos dos CGSC tenham.

A POTÊNCIA DO BACHAREL EM SAÚDE COLETIVA

A mãe reparou que o menino
Gostava mais do vazio do que do cheio.
Falava que os vazios são maiores
E até infinitos.
Manoel de Barros

No processo da pesquisa, mais de uma vez iniciamos a conversa sobre o diferencial do BSC em relação aos demais profissionais da área da saúde. O grupo-pesquisador indicou algumas pistas do que acreditava que era o potencial da atuação do BSC: olhar crítico, formação generalista, construção coletiva, articulador, analista biopolíticosocial. **“Podemos fazer tudo”**. A potência do BSC está no **“convite para um outro fazer, um outro olhar, de pensar e construir uma outra saúde possível”**. Todos os integrantes do grupo-pesquisador fazem pós-graduação na área e, identificaram que a formação em BSC é muito diferente da formação de sanitarista da pós-graduados e, portanto, suas práticas também são muito diferentes.

Porém, na grande maioria das vezes, não conseguimos avançar no debate sobre as potências de atuação do BSC porque tivemos dificuldades em identificar esta potência que não se resume a uma prática e/ou atividade específica, não se resume a uma forma. No encontro de avaliação da intervenção Sanitaristas em Cena, identificamos que faltou fazermos essa cena, uma cena que falasse da diferença que estamos conseguindo produzir nos lugares que ocupamos.

Foi durante o 12º Congresso Internacional da Rede Unida que o grupo-pesquisador participou de atividades onde conseguiu debater, refletir e apreender as potências de atuação do BSC. Foram nestes espaços, que contaram com a participação ativa do grupo-pesquisador, que foi possível cartografar as pistas sobre as potências de atuação deste profissional.

REGULAMENTAÇÃO, QUER UM CONSELHO?

*Eu sou feita de tão pouca coisa e meu equilíbrio é tão frágil,
que eu preciso de um excesso de segurança
para me sentir mais ou menos segura.
Clarice Lispector*

Uma das conversas que apareceu logo em nossos encontros e, que mencionamos na intervenção, mas não aprofundamos ou fizemos uma crítica mais concreta, é a criação de conselho profissional. Em meus encontros com o coletivo de egressos, nacionais e UFRGS, apreendi que muitos colegas, em especial os que desejam atuar em instituições totalitárias como os hospitais, possuem um fetiche muito grande de terem um conselho profissional e,

uma certa ilusão de que o conselho possa garantir de alguma forma a sua inserção no mercado de trabalho.

O grupo-pesquisador conversou bastante sobre a expectativa que alguns colegas possuem de que a regulamentação profissional e a criação de um conselho pudessem garantir a entrada no mercado de trabalho e, que essas instituições, iriam atuar para abertura de novas vagas de emprego. Esta compreensão, só nos chama a atenção como a maioria dos colegas desconhece o processo de regulamentação e a função de um conselho profissional. Também discutimos sobre a necessidade de criar algum tipo de organização profissional que trabalhe no intuito de divulgar a atuação e escopo de práticas do BSC e ampliar as vagas no mercado de trabalho. Identificamos que os egressos têm investido em estratégias de criação de uma identidade profissional múltipla e na regulamentação da profissão através da definição das DCN e em especial, da CBO.

AS MICROPOLÍTICAS DA ACADEMIA

*Coisas que não faz nome para explicar.
Manoel de Barros*

Em vários momentos o debate do grupo-pesquisador acabou “entrando em coisas que estão nos incomodando” e que dizem respeito a “micropolíticas e tensionamentos existentes dentro da academia”, em especial, na área da Saúde Coletiva. Compreendemos que muitos destes tensionamentos dizem sobre uma “opinião diferente sobre as temáticas da Saúde Coletiva, isso tem que ter”, mas que outras questões dizem respeito ao jogo de vaidades e egos presente na academia e que produzem como resultados uma divisão do “coletivo” em grupos. Conversamos também sobre o foco de atuação de alguns dos nossos professores estarem atualmente mais voltados a pensar as pós-graduações do que a graduação. Também identificamos que as produções e formulação em Saúde Coletiva está muito circular, em torno sempre das mesmas pessoas e sempre existindo disputas por produções. Não acreditamos que estas micropolíticas acadêmicas sejam produtivas e potentes para pensarmos as questões importantes e urgentes referentes a formação e inserção dos BSC.

De modo geral, o gravador sempre foi esquecido durante o processo da pesquisa, mas quando abordávamos situações que diziam respeito a estas micropolíticas e as nossas relações com a academia (professores, alunos e colegas egressos) sempre vinha uma fala de advertência: “cuidado! Tá sendo gravado isso tudo o que tu tá dizendo. A gente pode usar contra ti hein?” Essa situação me deixava inquieta, porque por mais que o grupo-pesquisador tocasse nessa temática, ela nunca foi discutida abertamente, nunca foi trazida diretamente e quando aparecia, sempre vinha com essa sensação de que falar das micropolíticas existentes na academia é algo indizível.

Comecei um processo de depurar este indizível, de ficar mais atenta aos momentos que falávamos nestas questões, retomei as gravações dos encontros e tentei apreender o esforço de manter esta questão invisível. Percebi que embora tenhamos saído da condição de alunos, nossos professores ainda possuem uma relação de poder e hierarquia sobre nós, porque hoje eles representam um ponto de conexão mais próximos dos serviços e sistemas de saúde. Os egressos (e suspeito que os estudantes também) apostam que os professores enquanto elo de ligação entre eles e os serviços e sistema de saúde fossem agenciar a sua entrada no mercado de trabalho e lhes indicar possíveis vagas de emprego. Apesar de esta situação não se dar na prática, os egressos optaram por não fazerem certos posicionamentos por receio de que questões micropolíticas possam interferir nesta relação com os professores e assim, futuramente possam perder alguma indicação de trabalho.

“Esse é um debate que nós precisamos fazer só que não para a cena”, precisamos “pensar se a gente vai seguir nessa linha e reproduzir um campo de vaidades ou se vai de fato problematizar para o que nós viemos”. Foi no âmbito deste debate que o grupo-pesquisador decidiu voltar a investir esforços na articulação de um movimento de egressos que dialogasse com os diferentes. Pensamos que é necessário criar uma memória dos discentes e egressos sobre a construção do CGSC na UFRGS, dos movimentos estudantis nacionais e locais que participamos, e que para isso, “podemos aproveitar a reaproximação proporcionada pela pesquisa para constituir um grupo com esse comprometimento”.



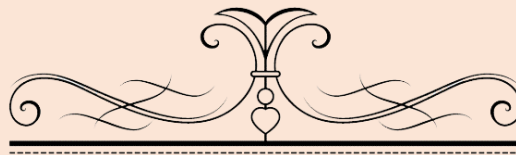
Ato 5

**O DUELO ENTRE
APOLO E DIONÍSIO**



Em nosso teatro, diante da natureza e diante da sociedade,
Que atitude produtiva podemos tomar para o prazer de todos nós,
Filhos de uma época científica?
Essa atitude é uma atitude crítica.
Diante de um rio, consiste em regularizar seu curso;
Tratando-se de uma árvore frutífera, enxerta-la;
Tratando-se do problema dos transportes,
Construir veículos terrestres, marítimos e aéreos;
Tratando-se da sociedade, fazer a revolução.
Nossas representações da vida comum dos homens
Destinam-se aos que dominam os rios e as árvores,
Aos construtores de veículos e aos revolucionários.
A todos esses convidamos para virem ao nosso teatro,
Pedindo-lhes que, quando aqui estiverem,
Não esqueçam seus alegres prazeres,
Pois queremos entregar o mundo
A seus cérebros e a seus corações,
Para que o transformem a seu critério.

Berlot Brecht



ATO 5: O DUELO ENTE APOLO E DIONÍSIO

Ciência, arte e filosofia crescem em mim, agora, tão juntas
Que eu em todo caso um dia darei à luz centauros.
Nietzsche

A cada ato desta pesquisa-espetáculo que escrevia, me via fazendo cartografias distintas. Ora uma cartografia revisitava os principais conceitos teóricos e acontecimentos que falam sobre o CGSC e do BSC, ora uma cartografia que narrava a minha escolha por um caminho metodológico, ora uma cartografia contava o processo de pesquisa e de produção de dados. Mas, os tesouros e achados da pesquisa não compunham nenhuma destas cartografias. Os tesouros e achados estavam no Inventário de Desperdícios e no roteiro na Intervenção Teatral Sanitaristas em Cena. Eu queria encerrar esta pesquisa-espetáculo compartilhando estes tesouros em um ato final, seria o *grand finale*. Mas como colocar todos os tesouros descobertos em cena?

Revisitei novamente os escritos e fui percebendo o meu esforço e do grupo-pesquisador para colocar as afetações em ordem cronológica de acontecimentos, agrupar por temáticas, por fragment(atos), por cenas, etc. Apreendi que os acontecimentos e afetações estavam se agrupando em certos blocos e conjuntos e, quando eu tentava propor uma composição para o ato final percebia que acabava repetindo questões e outras me escapavam.

Pairei a minha atenção justamente nas coisas que escapavam. Notei que alguns acontecimentos e afetações circularam no campo da pesquisa o tempo todo, deixando e criando marcas e que, ao mesmo tempo que não colavam e cabiam nestes blocos, constituíam eles o tempo todo. Eram questões transversais a todos blocos, mas que não “tinham corpo”, questões que estavam como pano de fundo, quase que imperceptíveis e invisíveis para nós do grupo-pesquisador, mas que, ao mesmo tempo, se faziam constantemente presentes e latentes. Essa apreensão me inquietava. Percebi então, que a cartografia final que eu pretendia fazer com a minha análise sobre os dados que produzimos na pesquisa, precisava dar conta de

[...] “agarrar o mundo” em lugar de extrair impressões dele, trabalhar nos objetos, nas pessoas e nos acontecimentos, colados ao real, e não nas impressões. Matar a metáfora. (...). É por isso que as impressões subjetivas

são sistematicamente substituídas por pontos de conexão que funcionam objetivamente como outros tantos sinais em uma segmentação, outros tantos pontos notáveis ou singulares em uma constituição de séries. (DELEUZE, 2014, p.126)

Eram justamente estes pontos de conexões que eu estava capturando na pesquisa e que sentia a necessidade de colocá-los em cena. Percebi que muito mais do que engendrar uma arquitetura de blocos, precisava tornar estes pontos de conexões contíguos uns aos outros.

É preciso que os próprios blocos, já que eles persistem, mudem ao menos de forma passando de um ponto de vista ao outro. (...) Todos os blocos têm menos portas dos fundos que, elas, são contíguas. (DELEUZE, 2014, p. 133)

Neste momento, os mapas analíticos foram fundamentais para pensar a análise e apreender as principais questões que emergiam. Mas, mesmo que o meu corpo vibrátil de pesquisadora-BSC captasse estes pontos de conexões, eu não encontrava modo de “agarrar o mundo” e de produzir novos sentidos como Deleuze e Guattari propuseram.

Foi então, na UPP ofertada pelo PPGCol que discutia a Clínica da Saúde Coletiva, que me deparei com o livro “A Visão Dionisíaca do Mundo” de Friedrich Nietzsche, onde o autor pensa a filosofia através da arte. A leitura deste livro produziu novos agenciamentos e me permitiu dar sentido para as apreensões e pistas que pairavam no campo e dados desta pesquisa e que tatuavam marcas profundas em mim.

A proposição de Nietzsche de uma visão dionisíaca me permitiu propor um novo mapa. Um mapa com pontos de conexões contíguos que me permitiram um novo olhar e leitura dos acontecimentos, um olhar menos espacial e preso as “formas” de blocos. Assim sendo, neste último ato, proponho desbravar Apolo e Dionísio das experiências compartilhadas pelos BSC nesta pesquisa-espetáculo. Coloco Apolo e Dionísio em cena para romper com os blocos montados pelo grupo-pesquisador, constituindo uma cartografia baseada nas intensidades dos acontecimentos e afetações, um mapa com barreiras e fronteiras moventes e contíguas. Este último ato faz uma “passagem de uma cena à outra por limiares: a linguagem tornada intensiva faz escoar os conteúdos seguindo este novo mapa” (DELEUZE, 2014, p. 140). A seguir, apresento os pontos de conexões apreendidas no campo da pesquisa, questões e acontecimentos contíguos que falam deste novo território de análise.



CENA 12

APRESENTANDO APOLO E DIONÍSIO

Que a regência da paz sirva a todos nós...
Cegos ou não que enxerguemos o fato
De termos acessórios para nossa oração.
Separados ou adjuntos, nominais ou não
Façamos parte do contexto da crônica
E de todas as capas de edição especial.
Sejamos também o anúncio da contracapa.
Mas, ser a capa e ser contracapa,
É a beleza da contradição,
É negar a si mesmo;
E negar a si mesmo,
É muitas vezes,
Encontrar-se com Deus.
Com o teu Deus.
Teatro Mágico

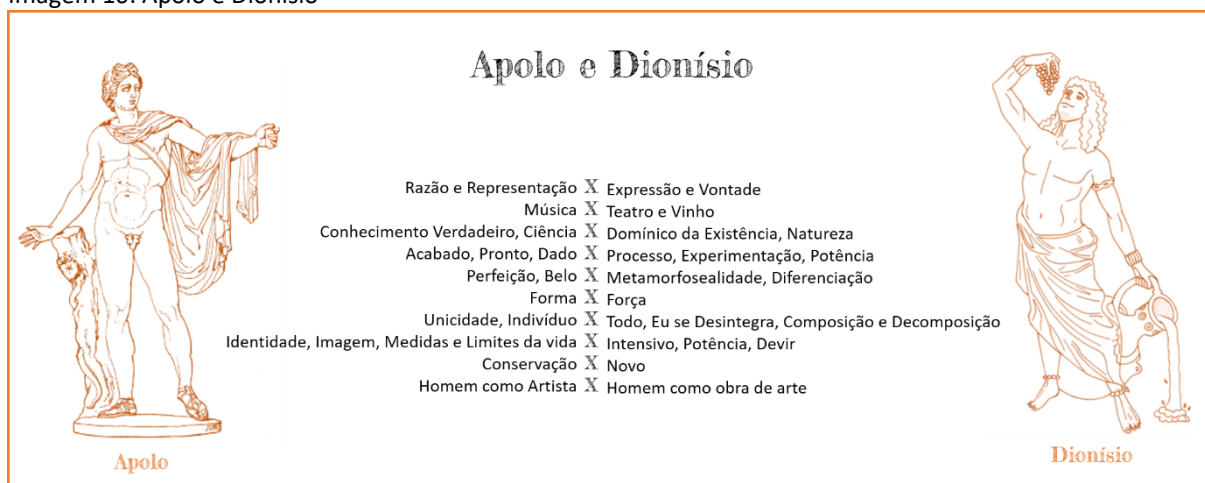
Para construir este último ato, começo apresentando os deuses *Apolo* e *Dionísio* e o pensamento trágico; conceitos-elementos que Nietzsche utiliza em suas obras e que compartilho aqui para compor a análise desta cartografia.

Apolo e Dionísio são dois deuses gregos, irmãos e filhos de Zeus. Apolo é filho de Zeus com sua esposa Hera (também uma deusa), enquanto Dionísio é fruto de uma traição de Zeus com Semele (humana), o que fez de Dionísio o último deus aceito no Olimpo e único deus filho de uma mortal. Nietzsche apresenta Apolo como o Deus da razão, da representação, do conhecimento verdadeiro, da ciência, da unicidade, do indivíduo, da bela aparência, da perfeição, da bondade e da justiça, das medidas e limites visíveis da vida, da música, das artes épicas. A imagem de Apolo ilustra um mundo acabado e pronto, um mundo dado, individuado, um mundo racional, ordenado e harmônico, um mundo onde há o equilíbrio das formas. Apolo representa um mundo que é forma, iludido pela cortina do belo, através de uma aparência idealizada. O mundo apolíneo é o mundo das formas e da representação, é um mundo seguro, é um mundo de contemplação, onde o homem ocupa o lugar de artista (NIETZSCHE, 2005).

Já Dionísio é o deus do teatro e do vinho, da embriaguez criativa, da expressão e da Vontade, da força da vida, do ilimitado. Dionísio é um deus amorfo, nele não há formas e

nem limites, não há diferenciação. É um deus multifacetado que faz a metamorfoseabilidade da vida. Dionísio acredita que as inúmeras possibilidades da vida nos exigem diferentes posturas, diferentes máscaras. Dionísio nos coloca em contato com o todo, com o domínio da essência, com a força instintiva e com os impulsos, nos permite manifestações desmedidas. No mundo de Dionísio a humanidade está em harmonia com a natureza, é um mundo onde a realidade possui suas contingências e contradições, um mundo onde as barreiras da individuação são quebradas e o *eu* se desintegra fazendo a ligação com a realidade pura. É um mundo onde a experiência é autêntica. O mundo dionisíaco é marcado pela Vontade, pelo viver de modo espontâneo e extasiante, um mundo que é entendido como processo, como um jogo de composição e decomposição de máscaras; um mundo onde há um momento criador que engendra outros mundos, onde o homem é compreendido como a própria obra de arte e onde a arte é a representação das forças dos devires (NIETZSCHE, 2005).

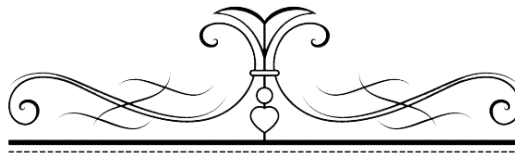
Imagem 10: Apolo e Dionísio



Nietzsche coloca em cena que os Deuses Apolo e Dionísio são vistos como forças ontológicas em oposição, são vistos com polaridade, dualidade. A atualidade teórica desta obra de Nietzsche se dá, porque o autor propõe que Apolo e Dionísio não sejam mais vistos como dualísticos, mas que a tensão constitutiva entre eles é formadora e afirmativa da vida. Nietzsche propõe superarmos a dualidade e o duelo e reconciliarmos Apolo e Dionísio compreendendo que essa tensão entre os dois deuses, sustenta e justifica a existência de ambos. A proposta do autor é de entendermos Apolo e Dionísio como uma unidade que resulta na criação de uma nova percepção: de que eles são completos juntos e fazem parte do mesmo todo e da mesma realidade (NIETZSCHE, 2005).

O nosso mundo (ainda) é apolíneo: com padrões racionais, lineares, casuais e de formas definidas, onde há a valorização do belo e perfeito. Na “Visão Dionisíaca de Mundo” proposta por Nietzsche, a proposta não é de trocamos o mundo apolíneo pelo mundo dionisíaco, mas sim, chamarmos Dionísio para compor o mundo junto com Apolo. Dionísio entra nesta composição como uma força capaz de introduzir os atos humanos, de produzir movimentos, de fomentar a criatividade, de coloca a potência em cena. Introduzir Dionísio em um mundo apolíneo é resgatar o equilíbrio, trazer a Vontade enquanto capacidade de efetivar e expandir a potência (NIETZSCHE, 2005).

O **drama** está para Nietzsche como uma estética racionalista (apolínea) de mundo, onde o homem assume uma atitude mais calcada no padecer do que no agir. A entrada do Dionísio para compor o mundo apolíneo inaugura o pensamento **trágico**, que é o núcleo do pensamento de Nietzsche. A tragédia suscitada pela composição de Apolo e Dionísio é marcada pelo fato de que nada é negado, tanto a vida quanto a morte, tanto a criação quanto a destruição, tudo faz parte do mesmo plano e da mesma totalidade da existência. A vida trágica abre a possibilidade de transformar a dor em êxtase, ela opera na catarse, cria movimento, aposta no devir. O pensamento trágico nos permite compreender a vida como ela é realmente, nos permite nos reconciliar com a verdade, compreender que os sentimentos são indissolúveis e que os afetos, as afecções, os símbolos múltiplos, os conceitos que incorporamos produzem em nós devires e vontade de criar mundos. A visão dionisíaca do mundo e o pensamento trágico colocam a potência em cena, nos permitem compreender a realidade como mutante e processual, onde para se criar/nascer é necessário abandonar/morrer (NIETZSCHE, 2005).



CENA 13

APOLO OU DIONÍSIO? APOLO E DIONÍSIO?

Que nesse encontro que acontece agora,
Cada um possa se encontrar no outro.
Até porque...
Tem horas que a gente se pergunta:
Por que é que não se junta
Tudo numa coisa só?
Teatro Mágico

Nesta pesquisa-espetáculo identifiquei em algumas questões vivenciadas pelos BSC um duelo travado entre Apolo e Dionísio, um duelo fruto de uma compreensão e representação dualística de mundo e de saúde.

Do lado apolíneo do duelo, a busca pelas formas e representação são travadas na conservação de uma clínica instituída, na busca de uma identidade profissional, na defesa da regulamentação e regulação através de um conselho profissional, na necessidade de definir um escopo de práticas e núcleo profissional, etc. Já do lado dionisíaco do duelo, estão a aposta em uma atuação processual e em devir, uma aposta na potência, no trabalho multiprofissional e multidisciplinar, na formação generalista do BSC, uma aposta no campo da Saúde Coletiva, na criação, na construção de novos mundos, no movimento, questões essas que, por vezes, são dicotômicas ao mercado de trabalho apolíneo.

Duas batalhas dualísticas travadas entre Apolo e Dionísio me chamam atenção: o duelo travado na construção de uma identidade profissional versus uma atuação em devir e, outro duelo presente na batalha pela inserção profissional onde existe a disputa pela lógica de mercado que tensiona uma regulamentação versus a lógica de atuação da Saúde Coletiva que tensiona pela desregulamentação.

13.1. DESCONHECIDO E ESTRANHO: O DRAMA PELA BUSCA DE UMA IDENTIDADE

Dos medos nascem as coragens.

Os sonhos anunciam outra realidade possível,
 E os delírios, outra razão.
 Somos o que fazemos para transformar o que somos.
 A identidade não é uma peça de museu,
 Quietinha na vitrine,
 Mas sempre assombrosa síntese das
 Contradições nossas de cada dia.
 Nessa fé, fugitiva, eu creio.
 Eduardo Galeano

Ao longo desta cartografia-espetáculo-pesquisa, sempre esteve presente na cena o quanto os BSC são profissionais ainda desconhecidos. Questões como: quem é, o que faz e onde atua o BSC, sempre compuseram o roteiro da nossa intervenção. Também marcou a cena, o fato de que mesmo quando o BSC era “apresentado”, ele passava de desconhecido para estranho. O desconhecimento e estranhamento sobre este profissional sempre pairou o campo desta pesquisa e, não esteve presente somente nos “outros” de fora da área da Saúde Coletiva, também se fez/faz presente nos pensadores da área, nos professores e alunos dos CGSC e nos próprios BSC.

Como fazer com que o BSC deixe de ser um profissional desconhecido e estranho para o mercado de trabalho (e para eles mesmos)? Um dos movimentos que a área da Saúde Coletiva tem feito, é a construção e debate sobre a identidade profissional do BSC. Mas, o que é mesmo uma identidade profissional? A identidade profissional é um produto da socialização, ela se dá a partir das interações sociais e das características dos indivíduos em um determinado território. Lorena (2016b) coloca que podemos pensar em 3 concepções diferentes sobre a identidade:

a) sujeito do iluminismo: concepção baseada na ideia de *ser* humano marcado pelo total centramento e unicidade em torno de si mesmo, sendo a identidade permanente e encerrada em um padrão singular, *b)* sujeito sociológico: concepção introdutória da sobredeterminação mútua entre pessoa e mundo social na construção da identidade, que sofre fortes influências desta relação a qual “estabiliza tanto os sujeitos quanto os mundos culturais que eles habitam, tornando ambos reciprocamente mais unificados e predizíveis”; e *c)* sujeito pós-moderno: não há nenhuma unificação, nenhuma permanência na identidade, que é fragmentada, provisória e instável, com extrema dificuldade de se estabilizar, numa celebração móvel da vida social, deixando a pessoa sem uma referência segura pela qual se guiar. (LORENA, 2016b, p.76).

É necessário compreendermos que a transformação das identidades fixas em identidades mais globalizadas se deu em função da mudança nas carreiras propostas pelo

mercado de trabalho. As carreiras profissionais são como etapas e caminhos (status e cargos) de um profissional para alcançar reconhecimento e sucesso profissional, econômico e social (DELUCA, 2014). “Nesta ideia, a carreira compreende duas perspectivas: uma objetiva, ligada aos status e cargos já estabelecidos naquela sociedade; e uma subjetiva, que contempla a concepção do indivíduo sobre os aspectos objetivos que contempla e sobre sua própria vida” (DELUCA, 2014, p.3). A carreira se dá na relação do que o profissional espera do mercado de trabalho e do que o mercado de trabalho espera dele.

Os modelos tradicionais de carreiras – organizacionais - eram limitadas as oportunidades que um profissional tinha de obter sucesso dentro de uma organização através da conquista de recursos financeiros. Assim, as organizações eram as responsáveis pelas carreiras de seus funcionários. As necessidades de adaptações aos ambientes de trabalho deram origem às *carreiras proteanas*, onde o trabalhador é responsável pela sua carreira e o sucesso é alcançado através da realização profissional. As carreiras proteanas são marcadas pela aprendizagem constante e pela disposição a mudanças, colocando os profissionais na condição de heróis ao desenvolverem a habilidade adaptativa e a capacidade de contornar os momentos de crise (DELUCA, 2014).

A mudança de uma identidade fixa, rígida, caracterizada, categorizada, rotulada e cristalizada para uma identidade mais aberta e inacabada tem relação com a expectativa do mercado de trabalho com os profissionais e suas carreiras. Por mais aberta e flexível que possa ser uma identidade profissional, ela ainda assim, diz sobre um modelo ideal de trabalhador, ela ainda assim, tensiona para um recorte específico de perfil profissional.

A mesma globalização que intensifica as misturas e pulveriza as identidades, implica também na produção de *kits* de perfis-padrão de acordo com cada órbita do mercado, para serem consumidos pelas subjetividades, independentemente do contexto geográfico, nacional, cultural, etc. Identidades locais fixas desaparecem para dar lugar a identidades globalizadas flexíveis que mudam ao sabor dos movimentos do mercado e com igual velocidade. (ROLNIK, 1997, p.1).

Podemos concluir que a identidade profissional é um produto das relações, interações e representações sociais e, sendo assim, elas nos remetem à concepção de um corporativismo, de um *habitus* profissional que pode ser compreendido como um “conjunto de valores, normas, regras sociais e modelos culturais dos indivíduos” (MATOS, 2005, p.17). Não ignoro o fato de a Saúde Coletiva é um campo de conhecimento e que está

[...] implícita nesta noção de campo (está presente) uma lógica de funcionamento e de estruturação do espaço social, com hierarquias, embates e regras que se impõem às diferentes profissões da saúde, sendo que o objeto dessas lutas é o monopólio da gestão de um determinado corpo de conhecimentos reconhecidos oficialmente, para a realização de determinados procedimentos terapêuticos. O campo pressupõe certos “recursos” ou “capitais” de que se dispõe para participar de um “jogo social”, sejam eles de natureza econômica, social, ou cultural – no caso em pauta, este último convertido em diplomas e títulos escolares. (MATOS, 2005, p.41).

A Saúde Coletiva brasileira possui um conjunto de conhecimentos, valores e competências definidas (PAIM, 2013), que acabam criando um “modelo ideal” de profissional da Saúde Coletiva que projeta expectativas sobre a formação e atuação do BSC. Embora o campo da Saúde Coletiva tenha este modelo ideal construído, ele não é suficiente para representar a “identidade” do BSC, ainda mais porque este profissional não é reconhecido pelo mercado de trabalho e não possui uma identidade formatada (embora tente-se constantemente forjar a identidade deste profissional). Durante o processo de pesquisa ficou evidente o quanto os BSC têm dificuldades de falar sobre o profissional que são, sobre as suas práticas, as suas potências, de dizer o que fazem, o seu diferencial. Portanto, compreendo que a atuação e prática profissional dos BSC ainda não está cristalizada através de uma forma e de uma identidade.

As identidades profissionais são frutos do desejo e necessidade de monopolizar um mercado de trabalho, de discriminar, categorizar e controlar as diferenças, de disputar lugares, cargos, ocupações, práticas, de ter as expertises reconhecidas. Os BSC são profissionais que se propuseram a ser generalistas, que identificam que não possuem um núcleo de práticas exclusivas, que dizem quererem compor junto e não disputar campos de conhecimentos e práticas; são profissionais que reconhecem que tentaram forjar uma identidade através da escolha de símbolos, frases, cores e que isso não produziu sentido e que se sentiram capturados.

E então, fico com a dúvida: os BSC querem uma identidade profissional? Me parece incoerente o desejo de uma identidade com a proposta de formação dos BSC, porque por mais flexível e global que seja uma identidade, ela sempre será uma unificação totalizadora. Me parece que “romper com tal regime identitário seria uma condição essencial para que

possa afirmar-se o imenso potencial de criação na existência individual e coletiva, de que é portadora a atualidade” (ROLNIK, 1997, p.6).

O que se coloca para as subjetividades hoje não é a defesa de identidades locais contra identidades globais, nem tampouco da identidade em geral contra a pulverização; é a própria referência identitária que deve ser combatida, não em nome da pulverização (o fascínio niilista pelo caos), mas para dar lugar aos processos de singularização, de criação existencial, movidos pelo vento dos acontecimentos. Recolocando o problema nestes termos, reivindicar identidade pode ter o sentido conservador de resistências a embarcar em tal processo. [...] Todas estas estratégias, tanto as que visam à volta às identidades locais, quanto as que visam à sustentação das identidades globais, têm uma mesma meta: domesticar as forças. Em todas elas, tal tentativa malogra necessariamente. Mas o estrago está feito: neutraliza-se a tensão constitutiva entre figura e forças, despotencializa-se o poder disruptivo e criador desta tensão, brecam-se os processos de subjetivação. Quando isso acontece, vence a resistência ao contemporâneo. (ROLNIK, 1997, p.3-4).

Essa fala da Rolnik representa bem o duelo e tensão existentes entre Apolo e Dionísio no que se refere à construção de uma identidade profissional. As múltiplas possibilidades de atuação profissional do BSC entram em duelo com o movimento de criação de uma identidade profissional porque ambas visões são contraditórias. Compreendo que romper com este regime identitário é uma condição de existência para o BSC porque só assim teremos liberdade e autonomia profissional para compormos juntos os processos de trabalho e as equipes. A atuação do BSC não é fixa, ela é múltipla, é heterogênea, valoriza a diferença e a diversidade, ela se dá em movimento, se dá em devir. Cristalizar essa atuação em uma identidade é acabar com a potência do devir. A formação dos BSC faz com que este profissional escape do modelo profissional vigente enquadrado em “caixinhas”, faz parte da natureza e da genética do BSC o devir minoritário (DELEUZE, 2014).

Se a identidade profissional cristaliza a potência e é contraditória à lógica de atuação do BSC, por quê alguns colegas desejam forjar uma identidade profissional? O mercado de trabalho tem sido o grande argumento constitutivo deste duelo. O mercado de trabalho possui uma lógica apolínea, é disciplinar e segmentado, pressiona não só a criação de uma identidade profissional, como também pela definição de um escopo de práticas exclusivas, pela regulamentação e regulação através de conselho profissional, etc. Deste modo, para alguns BSC, forjar uma identidade profissional poderia favorecer a inserção no mercado de trabalho, pois estaríamos mais próximos de sua lógica organizacional. Mais uma vez, as

palavras da Rolnik (1997) discutindo a identidade ecoam em mim; ela traz a cena a análise de que

[...] quanto mais este dispositivo sucumbir ao poder hegemônico de outros tipos de dispositivos que se inserem no mercado das drogas da ilusão, mais sua ética estará correndo o risco de desaparecer: nesse caso, é em nosso próprio campo que estarão vencendo as forças de resistência à emergência do novo. (ROLNIK, 1997, p.5).

Esta pressão do mercado de trabalho coíbe a desregulamentação profissional, ao passo que o processo de regulamentação (escopo de práticas exclusivas, reserva de mercado, disputas corporativas) não fazem parte da lógica profissional da Saúde Coletiva. Este duelo pela construção de uma identidade profissional nos faz caminhar de encontro a essa emergência da construção do BSC como um novo profissional, como um profissional disruptor, capaz de produzir novos arranjos e inventar novas possibilidades de mundo e existência. Investir em cristalizar a potência de atuação dos BSC através de uma identidade profissional não só foge da proposta de criação dos CGSC, como também é a perda da “essência” da criação desta profissão, é a perda do lugar do novo, é a perda da aposta no novo, é a perda de nossa ética profissional, de nossa ideologia. Temo que investir esforços na consolidação de uma identidade profissional seria como declarar o fracasso da Graduação em Saúde Coletiva, porque, deste modo, estaríamos abrindo mão de sermos um profissional preparado para romper o instituído e ser instituinte do SUS para sermos profissionais dispostos, em prol do benefício próprio, a replicar mais do mesmo.

Lorena (2016b) coloca em cena que o BSC possui uma identidade múltipla e que alguns BSC estão experimentando-a porém não estão se identificando com ela, o que acaba fazendo com que alguns egressos dos CGSC estejam se sentindo deslocados, desinteressados, decepcionados e em crise de identidade em função da sensação de não pertencimento e dos sentimentos de desestabilização, ansiedade e insegurança que estão experienciando (LORENA, 2016b). “Eu não tenho crise de identidade alguma. Eu sofro como BSC, mas não por não me identificar com a profissão ou coisa parecida. Eu me identifico muito com a minha profissão. A Saúde Coletiva oferece um leque de possibilidades de atuação e, eu escolhi um. Me identifico com esse leque, poderia trabalhar tranquilamente com outra área. Eu sofro porque não tenho emprego, salário e me sinto frustrada com isso.” Compreendendo a identidade profissional como sendo constituída nas relações e interações

sociais, as diversas cenas desta pesquisa-espetáculo que evidenciaram o desconhecimento sobre o BSC nos permitem concluir que este profissional não possui uma identidade consolidada e, portanto, não está em “crise” de identidade e também não tem uma identidade “múltipla”. A dificuldade de compreender o profissional BSC, o estranhamento decorrente deste desconhecimento e o difícil cenário de inserção profissional, podem sim gerar sofrimento, angústia e desconforto.

É a desestabilização exacerbada de um lado e, de outro, a persistência da referência identitária, acenando com o perigo de se virar um nada, caso não se consiga produzir o perfil requerido para gravitar em alguma órbita de mercado. A combinação desses dois fatores faz com que os vazios de sentido sejam insuportáveis. É que eles são vividos como esvaziamento da própria subjetividade e não de uma de suas figuras – ou seja, como efeito de uma falta, relativamente à imagem completa de uma suposta identidade, e não como efeito de uma proliferação de forças que excedem os atuais contornos da subjetividade e a impelem a tornar-se outra. Tais experiências tendem então a ser aterrorizadoras: as subjetividades são tomadas pela sensação de ameaça de fracasso, despersonalização, enlouquecimento ou até morte. As forças, ao invés de serem produtivas, ganham um caráter diabólico; o desassossego trazido pela desestabilização torna-se traumático. Para proteger-se da proliferação das forças e impedir que abalem a ilusão identitária, breca-se o processo, anestesiando a vibratibilidade do corpo ao mundo e, portanto, seus afetos. (ROLNIK, 1997, p.2).

Para que essa dificuldade de compreensão não se torne um vazio de sentidos, penso que é urgente colocar em cena o debate sobre o profissional BSC, sobre as suas práticas, sobre a potência de sua atuação. Por mais que a Saúde Coletiva e a RSB tenham preconizado uma nova *práxis* profissional e tenha garantido esse novo modo de produzir saúde através das leis e da criação do SUS, ainda conservamos o mesmo modo de produzir saúde, ainda replicamos as mesmas práticas profissionais e a mesma clínica tradicional. O desconhecimento sobre o BSC pode ser explicado pelo fato de este profissional ser novo, esse desconhecimento faz parte do lugar de pioneiros ocupados pelos recém egressos dos CGSC. Já o estranhamento é justificado pelo fato de que a nossa sociedade pensar e organizar as profissões e as práticas profissionais a partir de um mundo apolíneo (disciplinar, identitário e formatado em caixinhas).

Todas as profissões são bastante formatadas: possuem um objeto de trabalho bem definido, possuem uma forma de atuação prescrita e recomendada, possuem escopo de práticas delineados, exclusivos e bem delimitados, possuem uma forma de fazer clínica

(assistencialista e individual). Estamos acostumados a buscar essa forma apolínea nos profissionais. É a busca pela forma o ponto que nos produz um estranhamento em relação à atuação do BSC, tentamos compreender o BSC através de uma perspectiva apolínea enquanto a sua formação possui uma visão dionisíaca de mundo. Este estranhamento é fruto da genética deste profissional que, ao pretender-se como campo interdisciplinar, tem uma atuação múltipla e não possui escopo de práticas exclusivas. Os BSC são, assim, profissionais com uma lógica diferente da instituída, são uma visão e inovação dionisíaca em um mundo apolíneo e disciplinar. Por esta característica, os BSC costumam causar desterritorialização e estranhamento por onde passam. Neste duelo para cristalizar a imagem e atuação do BSC, Apolo busca a “forma” e Dionísio defende a força e a potência deste profissional.

O grupo-pesquisador identificou que as atividades e funções que o BSC exercem não são práticas exclusivas destes profissionais. A formação generalista e interdisciplinar nos faz apostar em uma atuação no campo da Saúde Coletiva porque compreendemos que não possuímos um núcleo profissional. Nos entendemos como *anucleados* e por esta razão, não possuímos escopo de práticas exclusivas para a nossa profissão. Essa peculiaridade e singularidade do BSC é o que pode gerar dificuldades de compreender o que é, o que pode e o que faz este profissional. A formação do BSC é um “borramento de fronteiras” e não percebemos que esse borramento invade a atuação profissional, que a formação é o grande diferencial do BSC e que esse sentimento de “fazemos tudo” diz respeito à prática e à clínica realizada e produzida pelos BSC.

Em vista disso, a primeira potência de atuação do BSC que destaco é justamente o seu caráter **generalista**, que lhe permite aglutinar diferentes conhecimentos e lhe confere uma visão singular para compreender e pensar as políticas públicas, o papel do estado, de fazer gestão, cuidado, etc. Essa visão mais generalista permite apreender as questões de saúde de forma mais ampla, dando atenção à equidade e à integralidade, por exemplo, através de um olhar macro e micro sobre essas questões.

O caráter generalista confere ao BSC uma atuação processual, uma **prática cartógrafa**, onde este profissional se coloca em alteridade na cena do trabalho, no processo, nas demandas e nas necessidades presentes no território de sua inserção, habitando, apreendendo e compreendendo a realidade que está inserido. Este profissional

possui habilidade para se inserir e habitar o território de sua atuação, identificando-o e mapeando-o, e fazendo uma espécie de busca ativa das necessidades e vulnerabilidades deste território, conseguindo identificar os recursos e estratégias adotados para o enfrentamento destas vulnerabilidades e necessidades. Deste modo, a atuação do BSC se dá de forma singular e múltipla, de acordo com cada cena que se apresenta, este profissional tem a habilidade de metamorfosear a sua atuação de acordo com as necessidades do território.

No 12º Congresso Internacional da Rede Unida, na tábua “O trabalho dos sanitaristas: o que dizem as experiências atuais?”, ao falar da potência de atuação do BSC enquanto analista biopoliticossocial, Rebel Zambrano Machado, trabalhadora da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, disse que

[...] Nenhum outro profissional com quem eu trabalho possui essa capacidade de olhar programas, compreendê-los e fazer uma análise crítica profunda. Os sanitaristas que atuam comigo podem não conhecer o programa, o plano de governo, mas em um instante eles buscam e compreendem as informações, se apropriam de tal forma que passam a ser referência, explicam os programas e metodologias, implementam!

São as habilidades generalistas e a prática cartógrafa que conferem um terceiro atributo ao BSC: a sua potência como **analista biopoliticossocial**. Esse atributo permite que ele faça uma análise situacional de forma mais global, uma análise biológica, política e social do território. O BSC utiliza a tecnologia leve para fazer a análise dos serviços de saúde, dos processos de trabalho, dos processos institucionais.

A **construção coletiva** também é outra potência facilmente identificada na atuação do BSC, que tendem a compartilhar e a descentralizar os processos de trabalho, construir horizontal e coletivamente os diagnósticos, análise e estratégias. Essa postura de construção coletiva, aliada às potências de **comunicação como tecnologia leve de interação**, desenvolve nos BSC atributos como a escuta sensível, o estímulo ao diálogo, o poder de argumentação. Os BSC facilmente desempenham o papel de articuladores, negociadores, ativadores, coordenadores, mobilizadores, aglutinadores, moderadores, mediadores e gestores de conflito. Esses atributos permitem que o BSC transite e dialogue com as demais profissões e atue em diferentes espaços e instâncias. Assim, este profissional acaba assumindo o papel de **produtor de conexões**, sendo elo de integração da equipe de saúde

entre si, desta com os conselhos, usuários, diferentes níveis do sistema de saúde, rede de serviços, dos processos e fluxos, espaços, etc.

Vou pensar o sanitaria enquanto rizoma, como um princípio de conexão. O rizoma possibilita pontes jamais vistas ou imaginadas. É deste ponto que vejo o sanitaria como rizoma, produtor de encontros que fabrica novos caminhos para a produção da vida, do cuidado e da saúde. Criando ligações com aquilo que possa fazer sentido para a saúde ou para si, sob os diferentes pontos de atenção e gestão no SUS. (LORENA, 2016b, p.124).

Estas potências de atuação mapeadas durante o 12º Congresso Internacional da Rede Unida permitiu identificarmos três importantes eixos de atuação para os BSC. Primeiro, a **gestão e o planejamento**, já que os atributos do sanitaria permitem que este transite pelas três esferas de poder com tranquilidade. O segundo, fala que as potências do BSC lhe permitem fazer a **gestão da clínica**, com forte preparo para tomada de decisão e ação, “*encontrando caminhos, de forma leve, para superar as dificuldades*”, se destacando em sua capacidade de implantação e implementação de programas, ações, políticas e SUS. O terceiro eixo fala sobre o quanto os BSC ativam a Educação Permanente em Saúde nos espaços que frequentam, fazendo a negociação, a pactuação e a reorganização de processos de trabalho, ações e estratégias, tendo assim, forte atuação como **apoiador institucional**.

“O que eu sinto é que tudo isso que vocês disseram [escopo de práticas] eu tenho competência para fazer.” “Sei lá, às vezes, acho que faço tudo e que não faço nada. Me perguntam o que eu faço e eu não consigo dizer.” Por ser uma formação singular e desenvolvida em uma lógica diferente da instituída no mercado de trabalho, os próprios BSC possuem dificuldades para identificar e reconhecerem o seu potencial de atuação.

Esta dificuldade se dá porque as potências do BSC não estão centradas em uma prática específica, em uma tabela ou atividade. A atuação do BSC não pode ser apreendida em uma forma. A potência do BSC está no intercâmbio das culturas e práticas profissionais, no borramento de fronteiras de serviços, redes, processos de trabalho, de produção de cuidado e saúde. A potência do BSC está no “*convite para um outro fazer, um outro olhar, de pensar e construir uma outra saúde possível*”. Reconhecer as potências de atuação dos BSC nos permite conhecer e compreender as potências que este profissional oferece para o mercado de trabalho, o que nos viabiliza pensar sua inserção profissional. O

mundo do trabalho tensiona que se dê forma para este profissional e ao tentar dar forma definindo a atuação do BSC em algumas práticas profissionais, percebemos que algo escapa e, então, a inquietação e o desconforto ficam no ar.

Essa “coisa” que tentamos nomear e que é uma característica presente em todos os BSC-Sanitaristas, esta “habilidade – competência - atributo” que é comum, que representa o lado dionisíaco, é a atuação no campo da força e da potência, é uma atuação instituinte e em ato, é uma atuação em devir.

[...] A própria diversidade dos agenciamentos que nos atravessam nos torna irreduzíveis a uma classificação. Contraditoriamente a essa irreduzibilidade, o que se percebe no dia a dia é a negação dessas transversalidades, através da noção de identidade que caracteriza, categoriza, rotula e cristaliza. [...] Propõe que, ao invés da noção redutora de identidade, o conceito de *devir*, que sugere a nossa multiplicidade heterogênea. [...] O *devir* é então uma linha de fuga, algo que escapa à categorização socialmente produzida. (PETIT, 2005, p.10).

Ao pretender-se como campo, o leque de atuação do BSC é múltiplo e, sendo assim, também são múltiplos os BSC. Cada um dos egressos do CGSC atua de modo singular, mobilizando para a cena do trabalho as suas afetações, os seus desejos, o seu corpo vibrátil, a sua função radar, fazendo uma composição única e singular. Em cada cena de atuação profissional, o BSC se coloca para atuar conforme as necessidades sociais de saúde do território que está inserido, se coloca em alteridade com os atores deste cenário, mobiliza os seus conhecimentos e saberes, fazendo uma alquimia singular e em ato entre a atenção, a gestão, a participação e a formação.

Esta atuação em alteridade nos encontros com os atores e territórios é que confere ao BSC diversos agenciamentos que lhe permite atuar em devir, que lhe permite produzir movimentos instituintes, que lhe permite atuar de forma múltipla e disciplinar, que lhe permite reinventar as práticas de saúde. O BSC borra as fronteiras das práticas e roteiros profissionais, ele atua técnico-ético-politicamente, considera a dimensão processual-relacional e se constitui como sujeito em cena, durante o encontro com o outro (CAMPOS, 2000). O BSC atua em devir.

O devir é potência de mudar, por isso ama a máscara. Ela *exprime* a realidade da potência de mudar sem torná-la explícita, isto é, sem reduzi-la ao estado efetuado da expressão. Aparição direta do que *devém*, a máscara é também condição de crescimento e continuidade intensiva (FUGANTI, 2012, p.75).

É essa condição do devir que faz com que a única máscara que cole no BSC, seja a máscara **devir mandala**. Uma máscara, um artefato e alegoria, que permite que os afetos tenham passagem. É uma máscara amorfa, que vai criando desenhos e mudando conforme o personagem-profissional BSC dá espaço para os afetos passarem, ou não, e, conforme ele se coloca em alteridade nos encontros em seu cenário de atuação. É uma máscara que muda conforme as simulações e intensidades destes afetos. É uma máscara onde a mandala vai criando desenhos e os mudando ao ponto de produzir “movimentos permanentes e imperceptíveis de criação de outras máscaras” (ROLNIK, 2014, P.36).

Imagem 11: Alegoria do Devir Mandala



A máscara **devir mandala** do BSC não é identitária e fixa como as máscaras dos demais profissionais, ela não é um produto de conhecimentos e práticas do paradigma vigente desde o final do Século XVII. Ela é uma máscara que mobiliza saberes e conhecimentos em uma perspectiva construtivista e transdisciplinar. É uma máscara que coloca o quadrilátero em movimento, ou seja, é uma máscara que coloca a gestão, a formação, a participação e a atenção como elementos indissociáveis e imbricados nas práticas de trabalho e de produção de saúde (CECCIM, 2004, 2005).

Assim, compreendo que a atuação do BSC só é potente quando este experimenta a máscara **devir mandala**. Somente a aposta no devir e na potência é que permite uma atuação com o corpo vibrátil, utilizando a função radar, provocando desterritorialização, protagonizando mudanças, produzindo movimentos, criando fluxos, novos arranjos e desenhos, imprimindo cores, fazendo dobras, fazendo redes de conexões rizomática, atuando com leveza e criatividade, abrindo fissuras em roteiros cristalizados, improvisando, trabalhando de forma viva e em ato, produzindo e reinventando práticas de saúde.

É fundamental que a área da Saúde Coletiva, em especial os próprios Bacharéis em Saúde Coletiva, compreendam que o grande diferencial, onde reside a maior potência de sua

atuação profissional, é a sua máscara devir mandala. É ela que permite ao BSC exercite o seu olhar generalista, exerça um agir cartógrafo, faça a construção coletiva, execute uma boa análise biopoliticassocial, utilize as tecnologias leves para produzir redes de conexões. É o *devir mandala* que permite ao BSC devolver ao mundo do trabalho a sua complexidade.

13.2. (RE)PENSANDO A INSERÇÃO PROFISSIONAL

Por mais difícil e inovador que fosse o mercado de trabalho na área da Saúde Coletiva, sempre foi possível capturar no campo da pesquisa, que a expectativa dos BSC era de conseguir se inserirem profissionalmente em algum serviço de saúde após concluir o CGSC. Gallegari (2001) realizou um estudo com egressos de diferentes cursos e apontou que a expectativa de inserção no mercado de trabalho é no período imediato até um ano da conclusão da graduação. Este imaginário foi construído, não só pelo fato da sociedade idealizar que a obtenção de um diploma universitário é sinônimo de garantia de trabalho e emprego (MATOS, 2005), como também foi nutrido pelos discursos da área da Saúde Coletiva, que afirmam que este profissional representava uma resposta a uma demanda do mercado de trabalho e; com isso, fizeram parecer que “era só” uma questão de tempo para que os BSC pegassem o canudo e conseguissem uma oportunidade de inserção profissional.

Carregando esta expectativa, os BSC saíram do percurso formativo e tentaram ingressar no mercado de trabalho, mas no momento que estes profissionais procuraram possibilidades de inserção profissional, a realidade foi bastante diferente. A realidade hoje, que pode ser acompanhada através dos estudos e pesquisas com os BSC, é que existe muita oferta de trabalho e pouca oferta de postos de trabalho na área. Callegari (2001) aponta que a maioria dos egressos busca empregos estáveis através de cargos públicos (concursos) e em atividades empreendedoras, porém, o número de vagas abertas para BSC (setor público e privado) ainda é pequeno, sempre concorridas e disputadas pela grande maioria dos egressos nacionais.

Andriola (2014) e Callegari (2001) realizaram estudos com egressos de outros cursos e instituições e verificaram que, em média, os egressos levam de seis a trinta meses para se

inserir no mercado de trabalho e que 80% dos egressos conseguem atuar na área de sua formação. Estes pesquisadores identificaram que o cenário de inserção profissional não é muito diferente em relação às áreas de formação, estando o emprego e desemprego mais relacionados com as questões socioeconômicas que influenciam o mercado de trabalho.

A realidade de inserção profissional do BSC é um diferente. Lorena et al. (2016) realizaram uma pesquisa nacional com os egressos dos CGSC e identificaram que somente 42,4% dos egressos estão inseridos em sua área de formação. Silva et al. (No prelo) realizaram uma pesquisa com os egressos do BSC da UFRGS e, destes, somente 23,81% dos egressos estão inseridos na área de formação. Ambas as pesquisas foram realizadas no período próximo a conclusão da graduação (variação de 0 a 48 meses).

Assim, diante desta realidade e não havendo possibilidade de executar sua expectativa, o recém-formado se confrontará com uma realidade profissional diferente da imaginada. Deverá enfrentar uma situação de frustração e incapacidade de realização do seu projeto profissional. (MATOS, 2005, p.18)

Ao saírem para o mercado de trabalho os BSC encontraram um destino profissional bem diferente do destino idealizado, encontraram um cenário de inserção profissional que tem gerado angústia e frustração. A dura realidade do mercado de trabalho dos BSC tem sido uma questão invisível e indizível, porque as micropolíticas presentes nas relações entre os atores, acabam constringendo os egressos de cobrarem as suas vagas e postos de trabalho prometidas pelos discursos.

**UFRGS - Confiro-lhe o grau de Bacharel em Saúde Coletiva!
Formando - (olha para diploma) Eu ainda nem sei bem o
que eu faço com isso!**

**UFRGS - Nem eu! Mas, o mercado de trabalho precisa muito
de profissionais como vocês! Boa sorte!**

**Formando - Espero que tenham feito alguma combinação
com o mercado de trabalho. (Trecho da Intervenção Sanitaristas
em Cena)**

Matos (2005), ao falar sobre a formação em Odontologia, diz que a graduação cometeu um erro estratégico ao fazer a formação de um profissional com o perfil para atender determinada clientela, mas que não realizou a interlocução com os serviços e demais atores. Em 2015, durante o 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da Abrasco, em uma mesa que discutia o mercado de trabalho do BSC, um dos egressos gritou da plateia “vocês esqueceram de combinar isso com o SUS!” e essa fala foi ovacionada pelos BSC e

estudantes desta formação que estavam presentes. Esta fala reflete o quanto os CGSC também cometeram este mesmo erro estratégico: fizeram uma formação profissional com perfil voltado a atender as necessidades e demandas do SUS, mas não articularam com o SUS o modo e a estratégia de inserção destes profissionais.

*BSC 5 - (Entra no fundo do palco com editais na mão.)
Gente acabou de sair o resultado do concurso para a SES/RS. A Raíssa e o Guilherme passaram no concurso! (Cumprimentam Guilherme). Vocês viram que abriram vários concursos para nossa área e que pedem profissionais com o nosso perfil?! Olhem só!! Vejam esse aqui! (Distribui editais entre os colegas que começam a folhear.)*

BSC 6 - Esse aqui não dá, precisa de conselho e a gente não tem conselho.

BSC 5 - Mas esse aqui é bom oh! É cargo para sanitarista!

BSC 7- Não! Não! Olha a formação... tem que ser médico sanitarista!

BSC 5 - Vejam esse aqui! Olhem o perfil! E o salário está bom!

BSC 3 - Esse aqui também não dá, pedem pós-graduação!

BSC 5 - Tá, mas daí eu fiz a graduação e vou ter que fazer mais uma pós pra poder fazer concurso?!

BSC 1- Pelo jeito, pior que é! (Trecho da Intervenção Sanitaristas em Cena)

É claro que não podemos ignorar que o contexto político em que estamos inseridos não favorece ações e contratações no sentido de fortalecimento do SUS, não podemos ignorar a lógica capitalista e privatizadora da saúde, e também não podemos ignorar que o mercado de trabalho está difícil para a grande maioria das profissões (PAIM, 2013). Porém, compreendo que a questão da inserção profissional do BSC é diferente, não só porque este profissional ser desconhecido e estranho por possuir uma atuação profissional múltipla (que é entendida pelo mercado de trabalho como “faz tudo e não faz nada”); como também, ao sair da formação, o BSC não tem tido muitas opções de vagas e postos de trabalho onde pode se inserir profissionalmente. Justamente pelo desconhecimento e estranhamento, são escassas as vagas de trabalho que aceitam BSC como pré-requisito (CEZAR, 2015).

Deluca (2014) diz que cada profissional desenvolve um projeto de carreira de acordo com os campos de possibilidades¹⁷ em que está inserido. O autor compreende como campo de possibilidades as múltiplas alternativas que o profissional encontra para construir sua trajetória profissional (DELUCA, 2014). Os BSC, ao longo desta pesquisa, colocaram em cena que ao saírem para o mercado de trabalho não haviam possibilidades de inserção profissional, não haviam vagas de postos de trabalho em aberto, não haviam concursos públicos em aberto e que, assim, alguns egressos acabaram fazendo cursos de pós-graduação porque eram a “única” possibilidade que se apresentava no momento para ganhar recurso financeiro (através de bolsas de estudo) e continuar na área da Saúde Coletiva.

Um profissional idealiza um projeto de carreira e um percurso que deseja seguir, quando não encontra possibilidades de seguir pelo caminho que traçou vai negociando com as possibilidades que encontra, vai metamorfoseando a sua trajetória, vai fazendo outras escolhas, ou seja, ele vai encontrando possibilidades de transformar o projeto de carreira profissional, através de negociações com o campo das possibilidades (DELUCA, 2014). Ao fazer essa metamorfose em seu projeto de carreira, os profissionais podem se deparar com

[...] dilemas quanto aos *status* diferentes que vivencia, bem como terá conflitos devido às contradições que ele percebe entre os aspectos subjetivos e objetivos de sua trajetória. Esses dilemas e conflitos podem gerar transformações na trajetória do indivíduo, posto que, na tentativa de solucionar estas contradições, o indivíduo pode mudar sua trajetória ou criar novos *status* e cargos que contemplem suas diferentes realidades. (DELUCA, 2014, p.11).

Se compreendermos a metamorfose como as negociações que os profissionais realizam com o projeto de carreira que haviam pensado, percebemos que os BSC utilizaram as pós-graduações como estratégias de metamorfosear as suas carreiras. Mas, quais são as outras possibilidades de inserção ou de metamorfosear as carreiras dos BSC? Alguns

¹⁷ Deluca (2014) analisa os campos de possibilidades por dois aspectos, um objetivo e outro subjetivo. No lado objetivo “pode-se enxergar a constituição de um campo de possibilidades a partir de profissões, sistema de ensino, instituições, organizações, pré-noções e valores socialmente estabelecidos que, de certo modo, são transitórios em sociedades complexas. De outro - o subjetivo - podem-se compreender as reinterpretções daquilo que é socialmente dado, de modo que o indivíduo exerça seu “potencial de metamorfose”, não apenas recebendo aquilo que se apresenta a ele, bem como agindo a partir de uma rede de significados” (DELUCA, 2014, p. 9).

permaneceram em seus antigos postos de trabalho. Outros ainda, sentindo-se obsoletos em função da ausência de possibilidades de inserção e abriram mão do investimento na formação em Saúde Coletiva, acabaram recorrendo a outras áreas de atuação. Outros buscaram prosseguir com a formação profissional. Se considerarmos que são estas as possibilidades de inserção para o BSC, podemos concluir que o campo de possibilidades deste profissional é bastante restrito para que eles possam fazerem negociações com a carreira que idealizaram.

Egresso 1 - Oi gente! Eu tô fazendo *cupcakes* para vender. Alguém quer comprar um para experimentar?
 Egresso 2 - *Cupcakes?* E a residência?
 Egresso 1 - Pois é... A residência acabou, eu não encontro emprego e eu preciso me sustentar, né?! (Trecho da Intervenção Sanitaristas em Cena)

O potencial de metamorfose dos BSC está inerte porque não há um leque de possibilidades para este profissional negociar com a sua realidade de inserção. Não há perspectivas a curto e médio prazo destes profissionais serem absorvidos pelo mercado de trabalho, não há previsão de abertura de novos concursos, e vivemos um contexto político no Brasil, onde o próprio SUS corre risco quanto a sua sobrevivência. Neste cenário e contexto de inserção, o que se faz com o projeto de carreira dos BSC? Fica evidente pela escassez do campo de possibilidades dos BSC que, quanto mais difícil é metamorfosear os projetos de carreira, mais dilemas e conflitos são enfrentados (DELUCA, 2014).

Vale ressaltar que este campo de possibilidades é constituído por um emaranhado de projetos de carreiras individuais e coletivos, por um emaranhado de indivíduos, organizações e instituições e que todo este emaranhado se influencia mutuamente e, sendo assim, é possível pensar nas relações entre estes atores, pensar nas negociações e mediações destes projetos (DELUCA, 2014).

Ora, se projetos individuais são influenciados por projetos coletivos e os últimos o são pelos primeiros, transformando-se mutuamente; e se a carreira do indivíduo influencia as instituições e é influenciada por elas, também transformando-se mutuamente. [...] Dado isso, entendemos que a metamorfose pode ser admitida tanto para indivíduo como para instituição, dando singularidade à vida de cada um. A partir desse vínculo, portanto, entendemos que a própria instituição, seja um grupo, uma organização, uma profissão, enfim, um aspecto objetivo institucionalizado e com uma história, também pode ter uma carreira singular, mutável pelas mesmas interações. (DELUCA, 2014, p. 12).

Se a formação do BSC prevê a inserção deste profissional no SUS e visa a atender às necessidades e às demandas desta política, não podemos ser ingênuos e pensar que as carreiras destes profissionais não são influenciadas pelo SUS também. A criação dos CGSC passou por longos investimentos de recursos públicos, inclusive dos Ministérios da Saúde e da Educação e, foi uma formação que surgiu como resultado de muitas articulações políticas e acadêmicas por parte de movimentos sociais que defendem a RSB. Portanto, penso que a pauta sobre as possibilidades de carreira dos BSC também deve povoar estes espaços e agendas, ou então, corremos o risco de esta profissão tornar-se obsoleta. Paim (2013) reforça que a responsabilidade pela inserção dos BSC é uma responsabilidade conjunta das IES e do SUS (gestores e colegiados) e reforça ainda que o Brasil não pode desperdiçar os recursos investidos na formação destes profissionais, nem pode permitir que o mercado de trabalho desqualifique, tampouco desperdice profissionais formados em defesa do SUS.

Acho necessário destacarmos que a inserção profissional do BSC é um movimento político, uma vez que estes profissionais defendem o SUS e que sua atuação visa a atender às necessidades sociais de saúde dos usuários. É preciso ter “[...] compreensão dos limites de sua atuação, uma vez que o objeto de sua prática – a transformação das condições de saúde da população – é determinado na esfera sociopolítica, sobre a qual não teria ingerência como profissional, mas como cidadão” (ARMANI, 2007, p.93). Deste modo, tanto quanto considerar que o SUS tenha influência nas carreiras dos BSC, é preciso que os atores dos CGSC possuam uma atuação política, compreendendo que este profissional também interfere no sistema de saúde. É imprescindível que os BSC produzam movimentos de apoio e defesa ao SUS e possam ocupar postos de trabalho onde atuem como aliados e defensores das propostas da Saúde Coletiva.

Uma das características das carreiras proteanas é que há uma supervalorização do indivíduo que acaba desconsiderando o impacto das organizações e do social na construção das carreiras, projetos profissionais e regulamentação das profissões (DELUCA, 2014). Este aspecto parece estar presente na área da Saúde Coletiva, uma vez que se espera dos egressos dos CGSC a condução e articulação de novos postos de trabalho, solicitações de inclusão dos BSC em editais abertos de concursos públicos, solicitações e movimentos para registro na CBO, criação de conselho profissional, etc. Reitero o argumento que o SUS enquanto “organização/instituição” impacta e influencia a carreira do BSC e, sendo assim, é

preciso considerar e incluir os múltiplos atores políticos e sociais no debate da profissão do BSC e na construção de possibilidades de inserção profissional.

“O indivíduo somente é capaz de constituir uma carreira a partir das possibilidades que visualiza em sua trajetória. Tais possibilidades são negociadas entre aquilo que é dado - objetivamente - e aquilo que é interpretado – subjetivamente” (DELUCA, 2014, p.10). Trago para a cena esta análise para observarmos que as angústias profissionais experienciadas pelos BSC não se relacionam somente a uma ânsia por auto-realização profissional característica da geração hedonista conhecida como Yrs (LEMOS, 2014); mas elas dizem respeito ao restrito campo de possibilidades de inserção que este profissional enfrenta e pela impossibilidade de transformação incorpórea que a atuação como BSC oferta.

Deleuze e Guattari (2011) dizem que a “transformação incorpórea é reconhecida por sua instantaneidade, por sua imediatidade, pela simultaneidade do enunciado que a exprime e do efeito que ela produz” (DELEUZE, 2011b, p.20) e que são essas características de imediatidade e instantaneidade que “lhe confere uma potência de variação em relação aos corpos aos quais se atribui a transformação” (DELEUZE, 2011b, p.23).

Um agenciamento comporta dois segmentos: um do conteúdo, o outro de expressão. Por um lado, ele é agenciamento maquínico de corpos, de ações, de paixões, mistura de corpo reagindo uns sobre os outros; por outro lado, *agenciamento coletivo de enunciação*, de atos e de enunciados, transformações incorpóreas sendo atribuídas aos corpos. Mas, segundo um eixo vertical orientando, o agenciamento tem, de uma parte, *lados territoriais* ou reterritorializados que o estabilizam e, de outra parte, *picos de desterritorialização* que o arrebatam. (DELEUZE, 2011b, p.31)

Ponderando as transformações incorpóreas como expressões de enunciados que repercutem como atributos dos corpos (DELEUZE, 2011b), apreendo que a primeira transformação incorpórea ao qual os egressos dos CGSC passam é a própria cerimônia de colação de grau. Na academia estamos na condição de alunos. Podemos ser aspirantes de BSC-Sanitaristas, podemos ser quase BSC-Sanitaristas, podemos nos sentir como BSC-Sanitaristas, mas somos alunos. Somente no momento que a instituição de ensino lhe confere o grau, que você assina o diploma e que o momento solene é dado como encerrado é que se passa a *ser* BSC-Sanitarista. É nesse instante, nesse grande ato, que é possível ultrapassar a fronteira, que deixa de ser o aluno e passa a ser o profissional. Não importa se

a formatura é no gabinete ou no salão de atos da universidade, é no momento da formatura que acontece a transformação incorpórea e que os agora egressos, passam a ser BSC.

Enquanto acadêmicos do CGSC, as dificuldades de inserção no mercado de trabalho, os concursos, a regulamentação e outros assuntos profissionais são sim aspectos de interesse, preocupação e mobilização dos estudantes. O vínculo com a academia nos concede o apoio de uma instituição, de professores, oportunidades de bolsas por conta do vínculo estudantil, etc. Quando entramos na cerimônia de colação de grau como alunos de sucesso, que concluíram uma etapa importante de sua vida e, saímos de lá profissionais BSC, o vínculo com a academia se rompe e ocupamos um outro lugar, um lugar onde todas as preocupações com a carreira profissional diz respeito a si e começa a criar marcas no corpo.

“Enquanto estudantes o futuro da nação, quando graduados um problema social” (MATOS, 2005, p.118). Vale ressaltar que a ambição da grande maioria dos formandos não é somente ter um canudo nas mãos, a ambição é ser um profissional, é atuar profissionalmente, é ter um emprego e ser reconhecido pela sua atuação. Em nossa sociedade, o emprego possui um papel de valorização sociocultural do indivíduo no mundo; ele marca a produtividade e o *status* social, afirma a identidade e é instrumento de fonte de realização profissional e pessoal. Assim, o desemprego é um problema social e individual, gera desigualdade, exclusão, ameaça a segurança econômica pessoal (CALLEGARI, 2001).

O emprego para os BSC é o segundo momento de transformação incorpórea, é o momento que nos permite dizer que estamos atuando e produzindo as mudanças e os movimentos que aprendemos na nossa formação. Não ter um emprego não é somente uma questão de renda e *status*. O emprego é uma transformação incorpórea porque cria uma marca, é um acontecimento que nos permite exercer a nossa potência e devir profissional. Então, quando os BSC deixam de experienciar o emprego em sua área de atuação, eles deixam de fazer uma importante transformação incorpórea, eles não conseguem vivenciar plenamente o *ser* profissional.

Assim, compreendo a atuação profissional como BSC (para aqueles que estão atuando fora da área de formação e que desejam atuar) um acontecimento que se esperava acontecer e que não aconteceu. Uma transformação corporal negada e que não permite ser o que fomos formados e se está pronto para ser; é uma experiência e vivência que não se

concretiza, é um atributo do corpo não exercido, é uma desterritorialização que não se tem perspectiva de quando possa territorializar de alguma forma (DELEUZE, 2011b).

Em consequência da difícil realidade de inserção profissional no mercado de trabalho, os BSC acabam desejando investir no processo de regulamentação profissional, mesmo que contraditório à ideologia da Saúde Coletiva, porque enxerga esta como a única estratégia de inserção profissional e como uma forma de negociar e metamorfosear a sua carreira em um mundo apolíneo.

Trata-se claramente, da disputa entre duas institucionalidades conviventes, o da realidade política, e seu necessário exercício e implementação cotidianos, e a institucionalidade legislativa do direito ao exercício profissional. (LORENA, 2016b, p.102) .

Por mais que os BSC compreendam a sua atuação como múltipla, baseada no campo, com escopo de práticas compartilhadas como necessárias para a consolidação do SUS, estes profissionais estão produzindo movimentos de rendição no duelo para Apolo por compreenderem que a sua atuação generalista vai de encontro as exigências do mercado de trabalho que lhe exige uma regulamentação profissional (MATOS, 2005). Deste modo, os BSC estão considerando como dada a entrega à Apolo da batalha da regulamentação profissional, reproduzindo assim, as formas de regulamentação profissional, por apostarem neste movimento como estratégia de inserção no mercado de trabalho. A rendição à Apolo me parece um tanto ingênua porque se baseia na falsa expectativa que a regulamentação profissional possa vir a garantir a inserção no mercado de trabalho e a abertura de vagas e postos de trabalho.

Mitifica-se a ideia que construindo uma identidade, um conselho e outro assemelhado, conseguiremos assegurar o nosso reconhecimento profissional e garantir a inserção no mercado de trabalho (ROLNIK, 1997). Ouvindo os egressos falarem sobre regulamentação e criação de um conselho profissional, sempre estranhei a sensação que as falas me provocaram que criar um conselho e regulamentar uma profissão fosse somente uma questão de querer e vontade. Como se bastasse o coletivo de egressos nacionais fazer uma votação, escolher meia dúzia de pessoas “responsáveis” por tocar a demanda (de preferência os mais políticos) e pronto, estaria resolvida a questão. Na fala de muitos egressos está presente a confusão sobre as reais funções das DCN, do CBO, do conselho, etc. Essa confusão pode ser apreendida pelo fetiche que alguns BSC têm pela criação de um

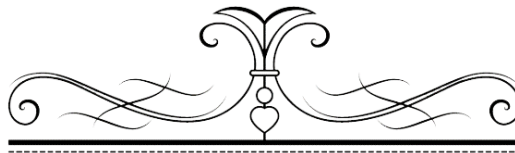
conselho profissional; fetiche baseado na ilusão de que o conselho possa garantir de alguma forma a sua inserção no mercado de trabalho. Noto, por vezes, que o desejo de regulamentação e regulação profissional configura uma espécie de consenso que “precisávamos ter”, mas sem compreender o verdadeiro significado e necessidade delas.

O grupo-pesquisador apreendeu que a emergência dos egressos em inserirem-se no mercado de trabalho acabam atropelando o necessário e fundamental debate sobre a regulamentação profissional e amadurecimento destas ideias; que os colegas egressos e alunos estão tomados e impelidos pelos discursos de emergência de inserção que acabam aderindo a estas ideias sem se quer questionarem-se se este é o melhor caminho e estratégia para os BSC. Regulamentação, conselho e CBO são estratégias com possibilidades de inserção profissional, mas nenhuma delas garante a inserção destes profissionais. O movimento de egressos tem feito algumas opções por estes caminhos, sem discutir outras possibilidades de regulamentação e sem criar e inovar em outras estratégias para regulamentar a profissão.

“Fizemos [BSC] o movimento de pedido de inserção do sanitarista na CBO, mas essa estratégia de entrar no mercado de trabalho vai ser um tiro no pé. É precipitado, estão atropelando os processos, vão só identificar as oportunidades de emprego que já estão postas porque não temos pessoas inseridas em todos os espaços.” Uma das limitações do processo da CBO é que a oficina para definição do escopo de práticas profissionais foi realizada com poucos participantes e a definição das práticas foi realizada a partir da atuação destes. Deste modo, como ainda não temos egressos inseridos em todos os campos possíveis de atuação profissional e o escopo de práticas foi definido a partir das experiências existentes. A CBO não vai contemplar possibilidades de atuação que ainda não temos experiências de inserção. Identificamos deste modo, que a criação da CBO pode se rum movimento contrário à atuação do sanitarista e limitar/restringir o seu campo de atuação e que talvez fosse necessário fazermos um movimento de resistência a esta institucionalização que já está dada e sendo comemorada pela maioria dos colegas.

Das conversas sobre a regulamentação profissional, a CBO, a criação de um conselho, sindicato e outros, o grupo-pesquisador ficou com a impressão que a real demanda dos BSC é por postos de emprego e não por regulamentação propriamente dita. Os egressos dos

CGSC têm recorrido a estes caminhos como uma estratégia de inserção no mercado de trabalho, mas no fundo, a luta e bandeira que defendem não é pela regulamentação, mas por emprego. Em vista disso, compreendo que se quisermos sermos coerentes com a nossa formação, precisamos pensar em um modo de inovação no processo de regulamentação profissional, um modo onde consigamos fugir do corporativismo, mas que nos permita criar oportunidades de inserção profissional.



CENA 14

UM DUELO CANSATIVO E DRAMÁTICO

Nada a inspirava.
Ela estava isolada dentro de sua capacidade,
Existindo pela mesma fraca energia
Que a fizera nascer.
Clarice Lispector

Apolo e Dionísio aparecem assim, como oposições dualísticas nas experiências de inserção dos BSC. Cotidianamente é travado o duelo entre a identidade *versus* o devir e a multiplicidade, das práticas exclusivas *versus* práticas compartilhadas, da forma *versus* força, do disciplinar *versus* multidisciplinar, da conservação *versus* o novo, do instituído *versus* instituinte, da clínica individual e biológica *versus* uma clínica coletiva, da regulamentação profissional *versus* a desregulamentação, etc. O constante duelo travado entre Apolo e Dionísio promove algumas tensões constitutivas, tensões essas (como por exemplo as escassas possibilidades de inserção no mercado de trabalho) que são vivenciadas de maneira dramática pelos BSC-Sanitaristas.

O desconhecimento e estranhamento sobre o profissional BSC-Sanitarista aliado às dificuldades de inserção no mercado de trabalho produzem nestes profissionais, um anestesiamiento que imobiliza, breca e torna dramática a atuação militante dos BSC. Deleuze e Guattari (2010) trazem o conceito de cansado como um espaço onde podemos realizar todo o possível, onde esgotamos a realização de uma determinada possibilidade, sem condição de realizar mais, já o esgotamento é compreendido como esgotar todo o possível, não existindo mais condições de possibilitar (DELEUZE, 2010). “O cansaço afeta a ação em todos os seus estados, enquanto o esgotamento diz respeito apenas à testemunha amnésica” (DELEUZE, 2010, p.74). Apropriando os conceitos de cansado e esgotado de Deleuze e Guattari, compreendo que o anestesiamiento dramático vivenciado pelos BSC é fruto do cansaço vivenciados em virtude deste duelo travado diariamente.

Os BSC realizaram a ratificação de editais de alguns concursos públicos, fizeram movimento de regulamentação da CBO de sanitaria, tentam articular movimentos de articulação profissional, entre outras ações. Nestas situações, os BSC realizaram o todo possível, realizaram todas as ações e atividades e, como não há novos editais abertos, não

há novas pautas que mobilizem a articulação dos egressos; eles estão anestesiados, paralisados e imobilizados pelo cansaço. Apreendo que os BSC estão ocupando um cenário cansado por já terem explorado algumas estratégias e possibilidades que lhe apresentaram.

Embora o movimento de BSC nacional e regional (UFRGS) tenham levantado várias possibilidades de ações e estratégias que ainda não conseguiram realizar e, portanto, não cansaram e muito menos esgotaram estas oportunidades; identifico que existem algumas questões, como a possibilidade de novos arranjos de inserção profissional, que os egressos dos CGSC estão cansados e devido a sua superimplicação com o cenário de inserção, não conseguem criar, produzir, inventar e articular outras possibilidades.

O BSC convive com o duelo dualístico entre Apolo e Dionísio cotidianamente em seu cenário de inserção. Cada vez que o BSC explica a sua formação, a sua atuação, a sua prática, que não possui conselho, que procura um emprego, que explora as suas potencialidades, que milita pela clínica da Saúde Coletiva e pelo SUS, em cada um desses momentos um duelo é travado. É um duelo atuar em devir e investir nas potencialidades enquanto o mundo do trabalho opera com outra lógica. É um duelo ser instituinte e produzir movimentos de devires, enquanto existe uma produção de desejos que territórios fixos e identidades garantem segurança e estabilidade. É um duelo militar por um SUS público, universal e íntegro e lutar por uma vaga de trabalho neste emprego enquanto vivemos em uma conjuntura política de redução de direitos humanos e de precarização e privatização da saúde. Ser BSC é um constante duelar. Ser BSC neste cenário e contexto, é habitar um espaço cansado e dramático. O cansado não inventa, ele fica paralisado, ele replica a política de identidade, replica o modelo de regulamentação profissional, replica o mesmo mundo.

A atitude dramática faz com que muitos adotem uma postura mais queixosa em relação as dificuldades enfrentadas e não produzirem movimentos para construir uma outra realidade de inserção profissional, um outro mundo. O coletivo de BSC da UFRGS, e até mesmo nacional, são coletivos constituídos por poucos atores e, deste modo, além do risco de personalizar demais o movimento de militância, são sempre estes sujeitos que tomam para si as demandas e responsabilidades, ficando assim, sobrecarregados. “Não há dúvida que os personagens se cansam e seus passos se tornarão cada vez mais arrastados. [...] Os personagens cansam-se de acordo com o número de realizações” (DELEUZE, 2010, p.89). Diversas ações e atividades já foram realizadas, com êxito ou não, e deste modo, é justo o

cansaço sentido por estes atores. O que é necessário enfatizar é que estes cenários de inserção profissional constituem espaços cansados e despotencializados por não conseguir criar novas possibilidades, mas são espaços que estão muito longes de se esgotar, já que é justamente o esgotamento que nos dá condições de inventar e invencionar um novo mundo.

Essa consideração de espaço dá um novo sentido e um novo objeto ao esgotamento: esgotar as potencialidades de um espaço qualquer. O espaço goza de potencialidades na medida em que se torna possível a realização de acontecimentos: portanto, ele precede a realização, e a potencialidade, pertence ao possível. (DELEUZE, 2010, p.84)

Por mais que tenhamos cansado por algumas ações e atividades, por mais que tenhamos cansado pelas possibilidades que enxergamos, existem outras tantas possibilidades, ações e atividades que os egressos já mapearam como possíveis e outras tantas novas possibilidades que estão aí para serem descobertas e inventadas. Para superar esta condição dramática e produzir uma tragédia é necessário esgotar para engendrar e invencionar novas possibilidades, é necessário reinventar o espaço que ocupamos e a atitude que adotamos.

A potencialidade é um duplo possível. É a possibilidade de que um acontecimento, ele próprio possível, se realize no espaço considerado. A possibilidade de que alguma coisa se realize, e de que algum lugar o realize. (DELEUZE, 2010, p.89, grifos do autor).

Enfatizo que existem questões que as possibilidades não são apreendidas ou criadas e que isso gera a sensação de esgotamento, mas não necessariamente estas questões estão esgotadas. Acredito que é necessário novos encontros e momentos de *brainstorming* (chuva de ideias) para produzir agenciamentos e disparar a criação de novas possibilidades. “Esgotar o espaço é exaurir sua possibilidade, tornando todo encontro possível” (DELEUZE, 2010, p.90). Ainda não acabaram as possibilidades, ainda não esgotamos o espaço do BSC, ainda não fizemos o movimento coletivo de invencionar outras possibilidades, de criar estratégias, de juntar esforços. É preciso produzir novos encontros, encontros que produzam novos agenciamentos, que produzam novos devires, que despertem as potências.

Cansamos. Estamos exauridos. Mas, cansamos somente. Ainda não esgotamos as possibilidades de investirmos profissionalmente na força, na potência e no devir? Não existem possibilidades de se forjar a inserção profissional dos BSC sem passar pelo processo de regulamentação do modo que está instituído hoje? Se esgotaram as possibilidades de

produzirmos e praticarmos no cotidiano dos serviços de saúde a clínica da Saúde Coletiva? Esgotamos as possibilidades de investimentos em uma atuação multidisciplinar e com práticas compartilhadas? Esgotamos este duelo dualístico entre Apolo e Dionísio?



CENA 15

POSSIBILIDADE TRÁGICA DE MUNDO

Para nascer as coisas precisam ter vida,
Pois nascer é um movimento -
Se disseram que o movimento é necessário
Apenas às coisas que faz nascer e não à nascida
Não é certo porque a coisa que faz nascer
Não pode fazer nascer algo fora de sua natureza
E assim sempre dá nascimento a uma coisa da sua própria espécie
E assim como movimentos também.
Clarice Lispector

O cansaço e drama vivenciados pelos BSC se deve ao “simples” fato de que a grande maioria das pessoas enxergam Apolo e Dionísio em um duelo, como dois personagens antagônicos que fazem uma disputa de mundos possíveis. Acredito que para fugir do cansaço e do drama é preciso esgotar e produzir uma tragédia e, para isso, o primeiro passo é compreender que os BSC não são Dionísio em um mundo apolíneo, mas que essa formação possui uma visão dionisíaca e, compreender assim, que Apolo e Dionísio são aliados, e lutam lado a lado na batalha pela construção de possibilidades de mundo (NIETZSCHE, 2005).

Nesta dissertação fiz a aposta de colocar o “duelo” no centro do palco, sob o foco dos holofotes. Não fiz este movimento para desestimular a formação em Saúde Coletiva, para produzir mais drama, tão pouco para desencorajar a atuação dos colegas. Fiz a escolha de colocar esta temática na cena como uma possibilidade de construir uma outra concepção acerca da realidade profissional dos BSC. Uma concepção que compreende a realidade de inserção profissional do BSC como um emaranhado das tensões constitutivas de Apolo e Dionísio e que estas tensões, dificuldades e contradições experienciadas produzem cansaço e drama, que trazem paixões tristes, a sensação de impotência, paralisa e anestesia, tornando assim, essa condição invisível e indizível para muitos.

Compreender a experiência de inserção dos BSC, assim como a vida, marcada por esta concatenação de tensões constitutivas e das afetações que o “duelo” de Apolo e Dionísio despertam, permite encarar a realidade do modo como ela é e, isso dá a oportunidade de percebermos que em mundos acabados, cansados, dramáticos e destruídos, é justamente onde reside a potência da desterritorialização, onde reside a

potência de composição de outras possibilidades de vida, a potência de construirmos novas percepções da realidade.

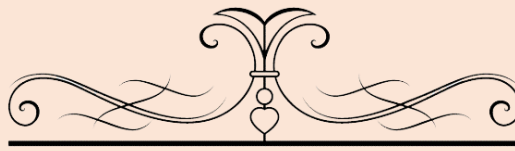
Nos permite compreender que a RSB convidou Dionísio para compor o mundo e que assim, o SUS e o campo da Saúde Coletiva emergiram, mas que este convite não é o suficiente para fazer com que Dionísio compose a cena. Nos permite compreender que é necessário convidar Dionísio para pensar e compor a forma e convidar Apolo para pensar e compor a potência. Compreender que é preciso negociar com ambos as condições de possibilidades para compor o mundo. Compreender que é preciso negociar com o mundo do trabalho e engendrar movimentos que possibilitem a inserção profissional do BSC. Permite compreender que chegou o momento de produzir o esgotamento e a tragédia, de produzir movimentos juntos, produzir movimentos com o outro. Movimentos que faz o outro se movimentar, mas que faz nos movimentarmos também. Movimentos que nos permitam produzir novos acontecimentos, novos encontros, novos agenciamentos que produzam linhas de fuga no sentido de construirmos possibilidades.

Precisamos nos apropriar da perspectiva interacionista proposta por Gilberto Velho, antropólogo social brasileiro, para pensarmos na carreira do BSC levando em consideração a coexistência das diferenças, das questões conflitantes e dos dilemas contraditórios que são negociados com a realidade de inserção profissional. Considerando as carreiras nesta perspectiva interacionista, onde as carreiras profissionais são influenciadas não só pelos indivíduos como também pelas instituições e pelas possibilidades de inserção profissional. Acredito que é necessário juntarmos esforços para pensarmos e construirmos um projeto de carreira para os BSC, apostando nos atores (BSC, alunos, docentes e IES) como reinventores das circunstâncias e criadores de um novo leque de possibilidades (DELUCA, 2014).

Acredito ser necessário produzir dois movimentos de composição de Apolo e Dionísio para qualificar a realidade de inserção profissional do BSC. O primeiro movimento é o de resistência para não reproduzir as mesmas práticas de trabalho e de se apropriar e não abrir mão das ideologias da Saúde Coletiva, escapando assim, das armadilhas e determinismo da identidade profissional e regulamentação. O segundo movimento é o de inventar uma estratégia de trânsito e inserção profissional em um mundo predominantemente apolíneo, movimento de negociação e metamorfoseabilidade com a realidade que crie possibilidades de

atuação profissional, crie projetos de carreiras, que explore as potências de uma atuação em devir mandala.

A produção da tragédia através da conciliação entre Apolo e Dionísio, irá garantir a *grande saúde*, aquela que idealizamos como mundo possível e que nos colocou como argonautas deste ideal que chamamos de Bacharelado em Saúde Coletiva. Esta tragédia irá nos permitir exploração a potência da desterritorialização, da composição de outras possibilidades de mundo e invencionar outras condições de possibilitar.



EPÍLOGO

Voltamos a encenação.

No centro do palco, sob as luzes dos holofotes, está a nossa personagem BSC. A máscara *devir mandala* dela produz mais movimentos do que nunca, ela faz novos desenhos, novas composições, novas cores, novas dobras. Depois de transcorrida toda a pesquisa-espetáculo, in-mundada com as novas descobertas e reinvenções de sua atuação, a personagem BSC já não é mais a mesma.

Esta BSC-pesquisadora-mestranda está convicta que as experiências de inserção dos Bacharéis em Saúde Coletiva são processuais e, novas cenas podem ser construídas, novos atores podem integrar o elenco, novas histórias podem ser compartilhadas, novas apresentações podem serem feitas, novos cenário e arranjos podem serem construídos. O roteiro fica em aberto, ele está em devir. E o palco está livre para quem quiser atuar.

Prestes a encerrar esta pesquisa-espetáculo, novamente a quarta parede é quebrada e esta personagem BSC-pesquisadora-mestranda, se apropria da poesia *Celebração das contradições/2* de Eduardo Galeano, para fazer sua última fala:

Desamarrar as vozes, dessonhar os sonhos: escrevo querendo revelar o real maravilhoso, e descubro o real maravilhoso no exato centro do real horroroso da América. Nestas terras, a cabeça do deus Elegguá leva a morte na nuca e a vida na cara. Cada promessa é uma ameaça; cada perda, um encontro. Dos medos nascem as coragens, e das dúvidas, as certezas. Os sonhos anunciam outra realidade possível e os delírios, outra razão. Somos, enfim, o que fazemos para transformar o que somos. A identidade não é uma peça de museu, quietinha na vitrine, mas a sempre assombrosa síntese das contradições nossas de cada dia. Nessa fé, fugitiva, eu creio. Para mim, é a única fé digna de confiança, porque é parecida com o bicho humano, fodido mas sagrado, e à louca aventura de viver no mundo. (GALEANO, 2016).

Uma última reverência ao público em sinal de agradecimento. As luzes do palco se apagam e a cortina se fecha. Fim do espetáculo-pesquisa. Merda!



TEXTOS INSPIRADORES¹⁸

ABRAHÃO, Ana Lúcia. Et al. O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde (a título de fechamento depois de tudo o que escrevemos). In: Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Org. GOMES, Maria Paula Cerqueira; MERHY, Emerson Elias. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

ABRASCO, Fórum de Graduação em Saúde Coletiva. Nova Proposta de Minuta das Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Saúde Coletiva. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/06/DCN-CGSC-versao-junho-2015.pdf>> Acesso em: 11 de novembro de 2015.

ABREU, Luis Alberto. Processo Colaborativo: Relato e Reflexões sobre uma Experiência de Criação. Cadernos da ELT: Revista de relatos, reflexões e teoria teatral. São Paulo: Escola Livre de Teatro de Santo André, n.2, 2004.

ALIBERTI, Rosangela. Central de Atores. São Paulo, n.11, v.3, 2007. Disponível em <<http://www.rosangelaliberti.recantodasletras.com.br/audio.php?cod=5722>>. Acesso: 07 de julho de 2015.

ANDRIOLA, Wagner Bandeira. Estudo de egressos de cursos de graduação: subsídios para a autoavaliação e o planejamento institucionais. Educar em Revista, Editora UFPR, Curitiba, n. 54, p. 203-219, out-dez 2014.

ARMANI, Teresa Borget. Formação de sanitaristas: cartografia de uma pedagogia da Educação em Saúde Coletiva. Caxias do Sul, EDUCS, 2007.

BECK, Alexander. Tirinha do. Tiras Armandinho. Disponível em: <<https://www.facebook.com/tirasarmandinho/photos/a.488361671209144.113963.488356901209621/1192973217414649/?type=3&theater>>. Acesso em: 11 de agosto de 2016.

BELISÁRIO, S. A. et al. Implantação do curso de graduação em Saúde Coletiva: a visão dos coordenadores. Ciências & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1625-1634, 2013.

BOAL, Augusto. Jogos para atores e não atores. São Paulo, Cosac Naify, 2015.

BOAL, Augusto. Teatro do Oprimido e outra Poiéticas Políticas. São Paulo, Cosac Naify, 2013.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Disponível em: <<http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/8b6939f8b38f377a03256ca20068617>>

¹⁸ Refere-se as referências.

1/509f2321d97cd2d203256b280052245a?OpenDocument>. Acesso em: 11 de agosto de 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Glossário Temático: Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2ed., 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Fazer do amor uma cidade / fazer o amor numa cidade: a presença do social e do cultural nos contextos e nas práticas da saúde. Em: Brasil. Ministério da Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde. Unidade de aprendizagem “Análise do contexto da gestão e das práticas de saúde”. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fiocruz, 2005. p.49-64.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 256, de 11 de março de 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0256_11_03_2013.html>. Acesso em: 11 de agosto de 2016b.

BRASIL, Ministério da Saúde e Educação. Curso de Especialização Educação Permanente em Saúde em Movimento. Tornando-se anfíbios voadores. 2014a.

BRASIL, Ministério da Saúde e Educação. Curso de Especialização Educação Permanente em Saúde em Movimento. Uma conversa sobre narrativas. 2014b.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações. Disponível em: < <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/>>. Acesso em: 11 de agosto de 2016c.

CALLEGARI, Monique Morganti. A inserção profissional de egressos universitários. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2001.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.219-230, 2000.

CECCIM, Ricardo Burg. Onde se lê “Recursos Humanos da Saúde”, leia-se “Coletivos Organizados de Produção da Saúde”: Desafios para a Educação. In: *Construção Social da Demanda*. 2005, p.161-179.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e Saúde: Ensino e Cidadania como Travessia de Fronteiras. *Trabalho, Educação, Saúde*, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p.443-456, 2009.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis - Rev. Saúde Coletiva*, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg; KREUTZ, J. A.; MAYER JR, Manoel. Das Residências Integradas às Residências Multiprofissionais em Saúde: vasculhando fios embaraçados entre 2005 e 2010

para destacar o componente Educação. In: Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro, Abrasco, p. 257-292, 2011.

CEZAR, Diego Menger et al. O Bacharel em Saúde Coletiva e o Mundo do Trabalho: uma análise sobre editais para concursos públicos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Saúde em Rede, Porto Alegre: v.1, n.4, p.65-73, 2015.

CHANLAT, Jean-François. O gerencialismo e a ética do bem comum: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos. Portugal: VII Congresso Internacional del CLAD del Estado y de la Administración Pública, p.08-11, 2002.

CHIAVEGATO, Filho Luiz Gonzaga; NAVARRO, Vera Lucia. A Organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e do avanço da ideologia gerencialista. Revista Pegada. v.13, n.2, p.67-82, 2012.

CHIAVENATO, Idalberto. Introdução à Teoria Geral da Administração. São Paulo: Makron, 8ed., 2011.

DAL POZ, Mario Roberto; PIERANTONI, Celia Regina; GIRARDI, Sábado. Formação, Mercado de Trabalho e Regulação da Força de Trabalho em Saúde no Brasil. In: A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

DELEUZE, Gilles. Sobre o teatro: Um manifesto de menos; O esgotado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2010.

DELEUZE, Gilles; GUATARRI, Félix. Kafka: por uma literatura menor. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2014.

____DELEUZE, Gilles; GUATARRI, Félix. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, Vol.1, 2011a.

____DELEUZE, Gilles; GUATARRI, Félix. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, Vol.2, 2011b.

____DELEUZE, Gilles; GUATARRI, Félix. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, Vol.3, 2011c.

____DELEUZE, Gilles; GUATARRI, Félix. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, Vol.4, 2011d.

DELUCA, Gabriela; OLIVEIRA, Sidinei Rocha de; CHIESA, Carolina Dalla. Projeto e Metamorfose: Contribuições de Gilberto Velho para os Estudos sobre Carreiras. Rio de Janeiro, EnANPAD, 2014.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. A cadeia do cuidado em saúde. Educação, Saúde e Gestão. Rio de Janeiro e São Paulo: ABEM- Hucitec, 2011.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2010.

FOUCAULT, Michel. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001, 5ed.

FUGANTI, Luiz. Devir. In: FONSECA, T.M.G.; NASCIMENTO, M.L.; MARASCHIN, C. Pesquisa na diferença: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, p. 75-79, 2012.

FRANCO, Tulio Batista; MERHY, Emerson Elias. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho, 2007. Disponível em: <<http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/mapasanaliticos.pdf>>. Acesso em: 11 de agosto de 2016.

GALEANO, Eduardo. O livro dos abraços. Tradução de Eric Nepomuceno. Coleção L&PM Pocket, Porto Alegre, 2016.

GAUTHIER, Jacques Zanidê. A questão da metáfora, da referência e do sentido em pesquisas qualitativas: o aporte da sociopoética. Revista Brasileira de Educação: n.5, p.127-142, 2004.

GIRARDI, Sábado. A regulação dos recursos humanos em saúde e a reforma do setor saúde em países da América Latina. Genebra: OPAS/OMS, 1999.

GIRARDI, Sábado Nicolau; JÚNIOR, Hugo Fernandes; CARVALHO, Cristiana Leite. A regulamentação das profissões de saúde no Brasil. Portal Espaço Saúde, Paraná, v.2, n.1, p.1-21, 2000.

GIRARDI, Sábado Nicolau; SEIXAS, Paulo Henrique. Dilemas da regulamentação profissional na área da saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. Revista Formação, Presidente Prudente, v.2, n.5, p. 29-43, 2002.

GUIMARÃES, Cristian Fabiano. A variação do coletivo em saúde. Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

ICLE, Gilberto. Pedagogia teatral como cuidado de si: problematização na companhia de Foucault e Stanislavski. In: Anais da 30ª Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação. ANPED, Rio de Janeiro, v.1, p.1-20, 2007.

INOJOSA, Rose Marie. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. RAP: Rio de Janeiro, v.32, n.2, p.35-48, 1998.

LAROSSA, Bondía Jorge. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Revista Brasileira de Educação, Rio de Janeiro, n.19. p.20-28, 2002.

LEMOS, Ana Heloísa Costa; SÁ, Patricia Freitas; CAVASOTTE, Flávia de Souza Costa Neves. Expectativas de Carreira na Contemporaneidade: o que Querem os Jovens Profissionais?. Rio de Janeiro, Revista Administração MADE, v.18, n.2, p.8-27, 2014.

LORENA, Allan Gomes, et al. Graduação em Saúde Coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos desta formação? Saúde e Sociedade, São Paulo: v.25, n.2, p.369-380, 2016a.

LORENA, Allan Gomes de; AKERMAN, Marco. Uma ou várias? Identidades para o sanitarista! São Paulo: Hucitec, 2016b.

MAFFESOLI, Michel; ICLE, Gilberto. Pesquisa como Conhecimento Compartilhado: uma entrevista com Michel Maffesoli. Educação e Realidade. Porto Alegre: Educação e Realidade, v.36, n.2, p.521-532, 2011.

MATOS, Izabella Barsison. Expectativas do Exercício Profissional de Graduados em Odontologia. Tese de Doutorado em Ciências – Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2005.

MERHY, Emerson Elias. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. In: Túlio Batista Franco; Marco Aurélio de Anselmo Peres. (Org.). Acolher Chapecó. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Editora Hucitec, v.1, p.21-45, 2004.

____MERHY, Emerson Elias. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: Contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, p.69-78, 2006.

____MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2014.

____MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. São Paulo: Interface, Comunicação, Saúde e Educação, p.109-116, 2000.

MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

NICOLETE, Adélia. Criação coletiva e processo colaborativo: algumas semelhanças e diferenças no trabalho dramaturgico. Sala Preta. São Paulo: USP, v. 2, 2002.

NIETZSCHE, Friedrich Wilhelm. A Genealogia da Moral. São Paulo: Editora Escala, 3ed, 2009.

NIETZSCHE, Friedrich. A Visão Dionisíaca do Mundo. São Paulo, Martins Fontes, 2005.

OLIVEIRA, Gustavo Henrique Justino de. Modelos teóricos de Administração Pública. IESDE Brasil S.A. Curitiba: IESDE, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva; FILHO, Naomar de Almeida. A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2000.

_____. PAIM, Jairnilson Silva; FILHO, Naomar de Almeida. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto de paradigmas? Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.32, n.4, p.299-316, 1998.

PAIM, Jairnilson Silva; PINTO, Isabela CM. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. Tempus Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v.7, n.3, p. 13-35, 2013.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. (Org.) Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2012.

PETIT, Sandra H. Sociopoética: potencializando a dimensão poética da pesquisa. In: Registros de Pesquisas na Educação. Fortaleza: LCR, 2002.

PETIT, Sandra H.; GAUTHIER, Jacques Z. Introduzindo a sociopoética. In: Prática da pesquisa nas ciências humanas e sociais: abordagem sociopoética. São Paulo: Atheneu, 2005.

PIERANTONI, Celia Regina. Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde. Projeto de Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, 2014.

ROLNIK, Suely. Toxicômanos de identidade, subjetividade em tempo de globalização. In: Cultura e Subjetividade: Saberes Nômades. Papyrus, Campinas, 1997, p.19-24.

ROLNIK, Suely. Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS, 2014.

RUELA, Helifrancis Condé Grôppo. A formação de sanitaristas e os cursos de graduação em Saúde Coletiva no Brasil. Fundação Oswaldo Cruz: 2013.

SILVEIRA, Eduardo Cesar. Quando tudo pode virar texto: a influência da criação coletiva e do processo colaborativo na dramaturgia contemporânea. São Paulo: Revista Anagrama - Científica Interdisciplinar da Graduação, v,5, 2011.

SILVA, Vivian Costa da; ROCHA, Cristianne Maria Famer. A Comunicação em Saúde no Sistema Único de Saúde: uma revisão de literatura. Cadernos de Saúde Coletiva. Porto Alegre: Rede Unida, v.3, 2014.

SILVA, Vivian Costa da; et al. Desafios e Possibilidades de Inserção dos Bacharéis em Saúde Coletiva da UFRGS. No prelo.

SOUSA, Maria Fátima de, et al. Perfil, motivações e oportunidades dos estudantes do curso de graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v.9, n.1, p. 91-106, 2015.

SOUZA, Filho Rodrigo de. Crítica à concepção gerencialista de gestão pública: o caso brasileiro. XIX Seminario Latinoamericano de Trabajo Social. *El Trabajo Social en la coyuntura latino-americana: desafios para su formación, articulación e acción profesional*. Ecuador: Universidad Católica Santiago de Guayaquil, 2009.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. Saúde Pública ou Saúde Coletiva? Espaço para a Saúde-Revista de Saúde Pública do Paraná, Londrina, v.15, n.4, p.7-21, 2014.

TEIXEIRA, Ubiratan. Dicionário de Teatro. 2015. Disponível em: <<https://onedrive.live.com/view.aspx?resid=FC3DE2D5BEDF090C!181&cid=fc3de2d5bedf090c&app=Word>>. Acesso em: 07 de julho de 2015.

TESTA, Mario. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas/ ABRASCO, 1992.

TRINDADE, Rafael. Espinosa: A potência do ser. *Razão Inadequada*. 2014. Disponível em: <<http://razaoinadequada.com/2014/08/07/espinosa-a-potencia-do-ser/>>. Acesso em: 14/07/2015.

TRINDADE, Rafael. Nietzsche: Vontade de Potência. *Razão Inadequada*. 2013. Disponível em: <<http://razaoinadequada.com/2013/07/15/nietzsche-vontade-de-potencia/>>. Acesso em: 14/07/2015.

UFRGS, Bacharelado em Saúde Coletiva. Projeto Pedagógico do Curso de Saúde Coletiva. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/saudecoletiva/Projeto%20Pedagogico%20Saude%20Coletiva.pdf>>. Acesso em: 11 de agosto de 2016^a.

UFRGS, COPERSE. Densidade de Vestibulares. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/coperse>>. Acesso em: 11 de agosto de 2016b.

UFRGS, Curso de Graduação em Saúde Coletiva. Projeto Político Pedagógico do Curso de Análise de Políticas e Sistemas de Saúde. 2008.

VAISTMAN, Jeni. Cultura de organizações de saúde públicas de saúde: notas sobre a construção de um objeto. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.847-850, 2000.

VAISTMAN, Jeni. Gerencialismo, cultura e expectativas entre servidores públicos de saúde. *Revista de administração pública*, Rio de Janeiro, v.35, n.1, p.29-47, 2001.

VARELLA, Thereza Christina; PIERANTONI, Célia Regina. Mercado de Trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: v.18, n.3, p.521-544, 2008.

VASCONCELLOS, Jorge. A ontologia do Devir de Gilles Deleuze. Revista de Filosofia do Mestrado Acadêmico em Filosofia da UECE. Fortaleza: v.2, n.4, p.137-167, 2005.

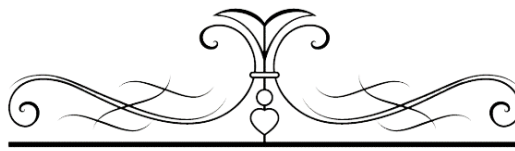
VERGARA, Sylvia Constant; FERREIRA, Victor Cláudio Paradela. Teoria das representações sociais: uma opção para pesquisas em administração. Revista ANGRAD. Rio de Janeiro: Angrad, v.8, n.2, p.225-241, 2007.

ZOURABICHVILI, François. O vocabulário de Deleuze. Centro Interdisciplinar de Estudos em Novas Tecnologias e Informação. São Paulo: UNICAMP, 2004.



APÊNDICES





APÊNDICE 1

PERFIL DO GRUPO-PESQUISADOR



DIEGO MENGER CEZAR

<http://lattes.cnpq.br/1297597040585686>

Ingressou com 23 anos na primeira turma do CGSC da UFRGS (2009/1). Já havia iniciado um Tecnólogo em Rádio, mas acabou interrompendo a formação. Quando ingressou no curso, possuía experiência profissional na área da saúde, pois já havia atuado como assistente administrativo no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e trabalhava na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Foram suas experiências profissionais que lhe despertaram o desejo de se aproximar ainda mais da área visando conhecer a organização e funcionamento de todo o sistema de saúde.

Durante a formação, fez estágio curricular obrigatório¹⁹ na emergência do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) (eixo I) e na Gestão do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (eixo II). Ao concluir a formação em 2013/2, iniciou a Residência Integrada em Saúde na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, que acabou interrompendo, fez Especialização em Gestão de Organização Pública de Saúde pela UFRGS e, é mestrando em Ensino na Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

Hoje está atuando profissionalmente na gerência executiva do curso de Especialização em Saúde da Família, formação que faz parte do projeto da Universidade Aberta do SUS da UFCSPA. Tem vontade de continuar atuando como BSC na área da gestão, políticas e programas.

ESTELA MARIS GRUSKE JUNGES

<http://lattes.cnpq.br/2163572489784167>

Em 2009/2, com 21 anos, entrou no CGSC da UFRGS. Na ocasião do ingresso, cursava graduação em Administração em Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS) e fazia estágio não obrigatório no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A graduação em Saúde Coletiva apareceu como uma possibilidade de complementar a formação anterior.



No decurso da formação, participou de diversas atividades de extensão e pesquisa, foi pesquisadora do projeto Rede Governo Colaborativo em Saúde. Integrou a primeira e segunda gestão do CAESC, fez parte da gestão da CONESC e foi uma das fundadoras do Fórum de Estudantes. Realizou estágio

¹⁹ O CGSC da UFRGS possui estágio curricular em dois eixos: I - Promoção, Educação e Vigilância e, II - Planejamento, Gestão e Avaliação.

curricular obrigatório no Consultório de Rua do GHC (eixo I) e na Gestão do Trabalho e da Educação do GHC (eixo II).

Egressa em 2013/1, fez Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde e Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva pela UFRGS. Trabalhou no Ministério da Saúde na Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica e no Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Atualmente é agente socioeducadora da Fundação de Atendimento Sócio Educativo do Rio Grande do Sul (FASE) e colaboradora da Associação Brasileira da Rede Unida.



FABIANO BARNART

<http://lattes.cnpq.br/0988943226380206>

Ingressou em 2009/1 com 26 anos. Havia iniciado uma graduação em Administração – Comércio Exterior no Centro Universitário La Salle (interrompida) e na ocasião, fez estágio no departamento de vendas e atendimentos na Unimed Porto Alegre. O desejo de trabalhar na área de gestão em saúde, vigilâncias, promoção e educação em saúde e na defesa do SUS em prol dos interesses da população, o motivou a procurar o CGSC.

No movimento estudantil, atuou na primeira e segunda gestão do CAESC e participou de diversos encontros e atividades. Foi pesquisador pela Fundação Oswaldo Cruz e dos projetos “Rede Governo Colaborativo em Saúde” e “Feminicídios e Assassinatos Pautados em Gênero”, ambos da UFRGS. Ainda durante a formação, foi coordenador técnico da Secretaria Executiva da Associação Brasileira da Rede Unida e Membro da Secretaria Nacional do VER-SUS Brasil. Fez estágio curricular no Consultório na Rua do GHC (eixo I) e na Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento do GHC (eixo II).

Formado em 2014/1, iniciou a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva pela UFRGS, mas interrompeu porque deu início ao Mestrado Acadêmico em Geografia pela UFRGS. É coordenador geral do Grupo Pela Livre Expressão Sexual - Nuances, membro do Conselho Estadual de Direitos da População LGBT - Secretaria de Justiça e Direitos Humanos do Estado do Rio Grande do Sul, membro do Comitê Técnico de Saúde Integral da População LGBT - Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Deseja atuar como BSC como docente, educador e promotor em saúde.

GUILHERME DE SOUZA MÜLLER

<http://lattes.cnpq.br/4646302768298403>

Entrou no CGSC da UFRGS em 2009/2 com 21 anos de idade. Trabalhava como auxiliar administrativo no Hospital Nossa Senhora da Conceição do GHC. O CGSC apareceu como uma possibilidade de conciliar os anseios e interesses profissionais em administração pública, biologia e educação física.



Participou dos principais encontros nacionais do movimento estudantil e de diversos projetos de pesquisa e extensão na área da educação em saúde pelo Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica (EducaSaúde). Realizou o estágio curricular obrigatório no Consultório da Rua (eixo I) do GHC e na Gestão do Trabalho, Ensino e Pesquisa (eixo II) do GHC.

Concluiu a formação em 2013/1 e cursou a Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde e Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, ambos pela UFRGS. Atualmente atua em projetos de pesquisa do EducaSaúde e é servidor público no cargo de Analista de Políticas e Sistemas de Saúde na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, onde compõe a equipe de Promoção da Equidade em Saúde, com os Povos Indígenas.



MAYNA YAÇANA BORGES DE ÁVILA

<http://lattes.cnpq.br/1335270540468404>

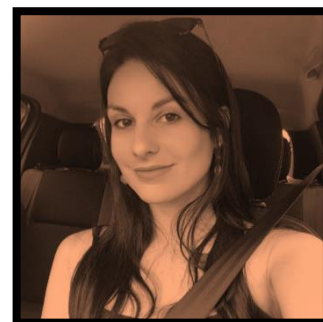
Em 2009/1, com 25 anos de idade, entrou para a primeira turma do CGSC da UFRGS. Na ocasião, já era formada em Nutrição, era mestranda em Ciências Médicas pela UFRGS (formação interrompida) e era pesquisadora do mesmo Programa de Pós-Graduação. Na busca por um curso de pós-graduação na área de educação e políticas públicas, encontrou o CGSC e se identificou com a proposta.

Ao longo da formação participou ativamente do movimento estudantil, foi da primeira gestão do CAESC e uma das fundadoras do Fórum de Estudantes; foi representante discente na COMGRAD, na Unidade da Escola de Enfermagem, na Coordenadoria dos Cursos de Saúde da UFRGS, na Coordenadoria de Saúde do Diretório Central de Estudantes (DCE) da UFRGS. Fez monitoria acadêmica, participou de diversos projetos de extensão ao longo do curso, foi pesquisadora pela Fundação Oswaldo Cruz e do projeto Rede Governo Colaborativo em Saúde. Realizou estágio curricular obrigatório no Chalé da Cultura do GHC (eixo I) e na Gerência Distrital Glória-Cruzeiro-Cristal da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (eixo II).

Concluiu a formação em 2013/1 e ingressou no Mestrado Acadêmico de Saúde Coletiva pela UFRGS. Atualmente trabalha fora da área de formação e deseja atuar como BSC na área de educação, promoção, apoio institucional, em especial, em projetos que permitam costuras entre cultura e arte.

NATÁSSIA DENARDIN

<http://lattes.cnpq.br/6691098711399443>



Ingressou na terceira turma do CGSC da UFRGS (2010/1), com 21 anos de idade. Havia iniciado graduação em Psicologia e Publicidade e Propaganda, mas interrompeu ambas formações. Escolheu a graduação em Saúde Coletiva motivada para trabalhar na área da saúde sem necessitar fazer assistência.

Participou de encontros e atividades promovidos pelo movimento estudantil e de diversos projetos de extensão e formação. Durante a formação, começou a trabalhar na área administrativa do Hospital Moinhos de Vento de Porto Alegre. Realizou o estágio curricular na UBS Santa Cecília de Porto Alegre (eixo I) e na Secretaria de Planejamento e Programação (ASSEPLA) da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (eixo II).

Formada em 2013/2, ingressou na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva pela UFRGS (concluída). Atualmente atua profissionalmente fora da área de formação, mas deseja atuar como BSC na área de planejamento e gestão.



RAÍSSA BARBIERI BALLEJO CANTO

<http://lattes.cnpq.br/2440356204614436>

Iniciou a formação em 2009/2, com 17 anos, motivada pelo interesse de trabalhar com gestão pública.

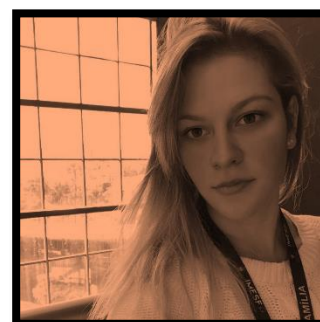
No decurso da formação, participou ativamente do movimento estudantil, compondo a primeira e segunda gestão do CAESC e também foi uma das fundadoras do Fórum de Estudantes. Participou de diversas atividades de extensão e pesquisa, sendo pesquisadora do projeto Rede Governo Colaborativo em Saúde. Fez estágio curricular obrigatório na Escola GHC (eixo I e II).

Concluiu a formação em 2013/1 e fez Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde e Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva pela UFRGS. Trabalhou como consultora e apoiadora institucional no Departamento de atenção Básica do Ministério da Saúde. Atualmente trabalha como servidora na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, no cargo de Analista de Políticas e Sistemas de Saúde, na Coordenação de Atenção Básica do Departamento de Ações em Saúde.

VANESSA DA ROSA GUERRA

<http://lattes.cnpq.br/5708122464046988>

Ingressou com 19 anos na turma de 2010/2 do CGSC da UFRGS. Havia iniciado um curso de Letras (formação interrompida) e trabalhava como professora de inglês. Desejava fazer uma formação na área da saúde, mas não desejava uma profissão que fizesse assistência, deste modo o CGSC apareceu como uma oportunidade de viabilizar essa atuação.



Durante a formação participou do Programa de Educação Tutorial (PET) Cenários de Práticas e de Estágios Curriculares Noturnos e foi pesquisadora do projeto Rede Governo Colaborativo em Saúde.

Concluiu a formação em 2014/1 e ingressou no programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva pela UFRGS (concluída). Atualmente trabalha fora da área de formação, mas deseja atuar.



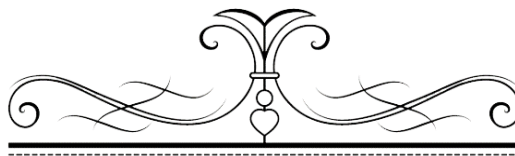
VIVIAN COSTA DA SILVA

<http://lattes.cnpq.br/0455872966959168>

Entrou para o CGSC em 2010/1, com 27 anos de idade. Havia iniciado uma graduação em Psicologia, mas interrompeu por não se identificar com as práticas profissionais. A escolha pelo CGSC foi motivada por experiências de processos de saúde-doença que lhe fizeram identificar a necessidade de um profissional com formação mais generalista, perfil que ia encontro com seus interesses em gestão, planejamento, administração, educação, artes.

Participou do movimento estudantil, colaborando com a primeira gestão do CAESC e integrando a segunda gestão. Foi representante discente em dois encontros de estudantes de Saúde Coletiva. Participou de diversas atividades de formação, extensão e pesquisa na área de comunicação, educação e gestão em saúde. Foi bolsista do projeto UBS Cultura da UBS Santa Cecília de Porto Alegre, do Programa de Educação Tutorial Cenários de Práticas e de Estágios Curriculares Noturnos e do projeto Rede Governo Colaborativo em Saúde, UBS Cultura. Fez estágio não obrigatório no Gabinete do Secretário de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo-RS e estágios curriculares no Chalé da Cultura do GHC (eixo I) e na Secretaria de Planejamento e Programação (ASSEPLA) da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (eixo II).

É egressa da turma de 2013/2, fez Especialização em Educação Permanente em Saúde pela UFRGS, Especialização em Micropolíticas da Gestão do Trabalho em Saúde pela Universidade Federal Fluminense e mestrado acadêmico em Saúde Coletiva pela UFRGS. Atualmente é representante dos egressos no FGSC e procura uma oportunidade para atuar como BSC na área da educação, promoção, comunicação, gestão e planejamento.



APÊNDICE 2

INTERVENÇÃO TEATRAL SANITARISTAS EM CENA

ATO I: A ESCOLHA DO CURSO

Cena 1: O que eu queria ser quando criança

(Palco vazio. Diego entra e fica em cena, todos dizem texto e saem.)

Diego – Todo mundo já ouviu a seguinte frase quando criança: “o que é que você quer ser quando crescer?”. Eu queria ser astro de rock! *(fica em cena)*

Mayna - Fotógrafa da *National Geographic* *(sai de cena)*

Guilherme - Jogador de futebol. *(sai de cena)*

Natássia – Astronauta. *(sai de cena)*

Estela – Queria ver bebê chegar, queria ser obstetra! *(sai de cena)*

Fabiano – Queria salvar vidas, queria ser médico. *(sai de cena)*

Vanessa – Eu queria ser cantora ou agente secreta. *(sai de cena)*

Vivian – Psicóloga. Freud explica! *(sai de cena)*

Diego –Mas quando éramos pequenos, ninguém aqui disse: “quando eu crescer vou ser Bacharel em Saúde Coletiva!” *(vai pro fundo)*

Cena 2: Sobre a motivação da escolha do curso

(Cada ator, entra em cena, diz texto e sai.)

Fabiano – Eu queria ser médico quando criança, mas não me identificava com as práticas da medicina. Pensei em fazer enfermagem, pensei em fazer engenharia civil e decidi fazer ciências sociais. Quando fui me escrever para o vestibular, eu vi o curso de Saúde Coletiva. Era o primeiro vestibular de Saúde Coletiva da UFRGS e decidi encarar este desafio.

Natássia – Quando o meu vô estava internado no hospital, eu adorava passear por lá, aí pensei: “quero trabalhar na área da saúde”. Mas, eu não queria ser enfermeira e médica. O que mais eu poderia ser? Eu descobri o curso de Saúde Coletiva e resolvi tentar.

Vanessa – Sempre quis trabalhar na área da saúde, mas eu não queria ver pereba, sangue e coisas estranhas... Percebi que o assistencialismo não era para mim.

Guilherme – Eu queria ser biólogo ou educador físico, mas todo mundo me falava que não dava dinheiro. E então, eu pensei em fazer administração pública, mas não deu certo. A Saúde Coletiva surgiu aí, como um meio termo dos meus anseios profissionais.

Mayna – Me formei na nutrição e não me identificava com a prática clínica da nutrição. E eu queria fazer algo mais próximo de políticas públicas e de educação em saúde.

Estela – Em 2008, eu ingressei no curso de Administração de Sistemas e Serviços de Saúde da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul. Escolhi a Saúde Coletiva para complementar a minha primeira profissão... bobinha!

Diego – Minha mãe trabalhava no hospital e eu sempre ia visitar ela no trabalho. Depois, eu fui trabalhar em um hospital. Eu pensava que saúde não se faz somente no ambiente hospitalar. Eu vi o curso de Saúde Coletiva e achei muito interessante poder conhecer todo o sistema de saúde.

Vivian – Eu fazia graduação em psicologia e vivenciei três processos de adocimento na minha família. Nestes processos, eu identifiquei que faltava um profissional com uma profissão mais generalista, que produzisse saúde de forma mais integral. Então, sai da psicologia e fiz vestibular para Saúde Coletiva. Feitoooo!

(Todos entram em cena e comemoram a passagem no vestibular. Pegam plaquinhas: “Segredos UFRGS: fiz vestibular para SC porque era fácil de entrar”, “bixo UFRGS Saúde Coletiva”, “Ih foi mal, a minha é federal!”.)

ATO II: A FORMAÇÃO

Cena 3: Chegada na Saúde Coletiva!

(Posicionamento palco em meio círculo, simulando sala de aula)

Vivian: Gente, gente... Primeiro dia de aula...

Professor – Bem-vindos à Saúde Coletiva meus alunos. Vocês estão em um curso inovador. Vocês podem escolher: serem as cobaias ou serem os pioneiros!

Todos – Pioneiros!

Guilherme – Vamos fazer uma roda de apresentação para que a gente possa se conhecer melhor. Falem seus nomes, de onde são, o que fazem, quais as suas expectativas...

(Em meio círculo. Todos se apresentam na ordem que ficar no círculo.)

Estela – Eu sou a Estela, tenho 21 anos, faço administração e estágio não obrigatório no Hospital de Clínicas, aqui pertinho da universidade. Estou cheia de expectativas para esse curso, estou que não caibo em mim.

Diego – Eu sou o Diego e trabalho no hospital. Eu também fiz um curso de tecnólogo em rádio, mas não é rádio de radiologia ou raio-x, é de rádio mesmo. Tenho muito interesse na párea da saúde e acho que essa área tem muito mais a acrescentar na minha vida profissional.

Natássia – Meu nome é Natássia tenho 21 anos. Fiz um semestre de psicologia, mas vi que não era o que eu queria; então mudei para publicidade e propaganda, mas vi que queria trabalhar mesmo na área da saúde. Então, eu vi o curso de Saúde Coletiva e me inscrevi. Não sei muito bem o que esperar do curso.

Vivian – Oi. Me chamo Vivian, tenho 27 anos. Eu iniciei uma graduação em Psicologia, mas não me identifiquei com as práticas e acabei trancando. Já trabalhei em várias áreas, decoração, vendas, teatro e agora estou buscando uma atividade profissional que me deixe mais próxima da área da saúde. Vi o curso, acabei me identificando porque tem um pouco de gestão, administração... fiz vestibular e estou aqui!

Vanessa - Sou a Vanessa Guerra, tenho 19 anos, fazia letras e, dou umas aulas de inglês. Mas, sempre quis trabalhar com pessoas e na área da saúde. Vi o nome do Curso de Análises de Políticas e Sistemas de Saúde e achei que poderia ser uma possibilidade, uma alternativa ao assistencialismo. Não sei muito o que esperar do curso.

Fabiano – Me chamo Fabiano, tenho 25 anos. Sou bancário e militante do movimento Sindical e LGBT; atuo no NUANCES - Grupo pela Livre Expressão Sexual. Antes de entrar na Saúde Coletiva fiz três anos de Comércio Exterior e um dia de Turismo. Minha expectativa com esse curso é unir os conhecimentos das áreas das humanas e da saúde.

Mayna – Meu nome é Mayna, tenho 25 anos, me formei em nutrição no ano passado. Estava procurando uma pós-graduação em uma área que para mim me interessava: educação e políticas públicas de saúde. Então, procurando um curso no vestibular para as minhas irmãs, encontrei o curso de graduação em Saúde Coletiva, me inscrevi para o curso e passei. Também estou fazendo mestrado nas ciências médicas e meu projeto é na área de economia da saúde, avaliação e implementação de tecnologias.

Professor – Então tá... Prazer em conhecer a todos. Sejam bem-vindos, um bom semestre para todos!

(Cartaz: um tempo depois.)

Cena 4: Movimento Estudantil e Atividades Extramuros

BSC 1 – Galera, eu não acredito que a gente já está em 2012! Parece que ontem foi 2009! Como passou o tempo! Foi em 2009 que iniciamos o primeiro centro acadêmico da UFRGS.

BSC 2 - Vocês lembram que naquela época a gente tinha um problema né?! Os estudantes eram trabalhadores, o curso noturno e, a gente tinha pouca participação no Centro Acadêmico. Então, os estudantes resolveram criar o Fórum de Estudantes para motivar a participação no curso. E posteriormente, foi a primeira conquista/vitória dos estudantes no curso, que foi conseguir garantir que o Fórum acontecesse em horário de aula. Isso foi importante não só para garantir a participação dos colegas no movimento estudantil, como também, para ouvir e considerar todas as demandas. O Fórum dos Estudantes se constituiu como a instância máxima de representação/deliberação dos estudantes de SC da UFRGS, sendo incluído como uma atribuição do centro acadêmico garantir seu funcionamento.

BSC 3 - Bom, entre mortos e feridos, sobrevivemos todos! (*risos*) Mas falando sério, foi bem difícil, acho que acabamos atropelando algumas coisas na ansiedade de criar alguma institucionalidade pro nosso movimento estudantil... Agora está chegando o II ENESC e, considerando que no I ENESC ficamos com o saldo positivo de termos criado a Coordenação Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva, agora no II ENESC precisamos avançar, fazer gente nova se aproximar do movimento.

BSC 1 – E a responsabilidade desta vez está conosco! Já que em novembro de 2012, seremos os anfitriões do II ENESC! Já escolhemos a temática: “Saúde Coletiva enquanto Movimento Social”, a gente quer tentar aproximar os estudantes e criar um espaço de diálogo sobre a conjuntura político, econômica, científica e social. Está sendo um desafio imenso organizar mesas, oficinas, rodas de conversa, vivências, ato, eleição da CONESC, estadia, alimentação, transporte, festa...

BSC 2 – A gente não pode esquecer de em algum momento do II ENESC conversar sobre a troca de nome Abrasco, que retirou a pós-graduação do nome para incluir a graduação. Essa foi uma conquista importante do movimento estudantil!!

(entra BSC 4 e 5)

BSC 4 – Gente! Gente! Terminamos de calcular! (*Com prancheta, papel, caneta e simulando cálculos com a mão*). Foram um total de 1.292 horas de debate para escolher a cor do curso, 2.963 horas para escolher o símbolo...

BSC 3 – Será que dá para aproveitar isso nos créditos complementares?

BSC 4 – Deveria! 872 horas para escolher a frase lema, 86 horas para falar sobre a pedra do curso e 2 minutos para escolher o grito de guerra...

BSC 5 - É só a Saúde Coletiva da UFRGS que usa o símbolo da mandala?

(Cartaz UFRGS: A Diferentona)

Todos – Sim, só a UFRGS.

BSC 2 - A do contra nas votações.

BSC 3 - A diva de camiseta laranja.

BSC 1 - A revolucionária do Fórum de Estudantes.

BSC 5 - A erudita das Unidades de Produção Pedagógica.

BSC 4 - A arrojada do portfólio.

Todos - É a UFRGS, meu bem, a Diferentona da Saúde Coletiva!

(Saem de cena)

BSC 6 – Esses dias, estava vendo no *Facebook* as nossas fotos no VER-SUS. Participar do VER-SUS fez uma diferença muito grande na minha formação, foi um divisor de águas. Eu vi na prática o que a gente discutia na teoria.

BSC 2 – Legal né?! A gente realmente conseguiu vivenciar a teoria, vivenciando o sistema local de saúde. Para mim foi e é o melhor projeto de extensão da Saúde Coletiva e para os outros cursos da saúde. A gente teve a oportunidade de conhecer os nossos colegas de outras graduações e conhecer o trabalho deles é importante já que a gente vai trabalhar em equipe.

BSC 6 – E tu? O que anda fazendo?

BSC 7 – Eu consegui uma bolsa de iniciação científica, tá super bacana. Acho que tem mais gente fazendo bolsa também! É legal que a gente se aproxima de vários projetos. Mudando de assunto, vocês viram os gurus? Quero combinar com eles o futebol de segunda-feira. Até o professor vai jogar, estamos combinando de descontar na canela dele todas as notas ruins. Depois vamos fazer uma festa na ASCLIN, se quiserem aparecer. Depois vai rolar um churrasco...

BSC 6 – Não sei se vou conseguir ir, tenho que organizar umas coisas da formatura. Estamos perto de nos formar!

(Saem de cena)

Cena 5: A colação de grau

(Formando e Universidade entram em cena e vão ao centro do palco. BSC 1 dá texto fora do palco.)

Formando - Prometo em nome de Deus...

BSC 1 - Promete? Em nome de Deus? Mas o estado não é laico?

Formando - Juro pelas ideologias do campo da Saúde Coletiva...

BSC 1 - Juro? Jurar faz menção religiosa e jurídica! E, prometer indica compromisso... Tu tens que te comprometer enquanto profissional!

Formando - Comprometo-me como sanitarista...

BSC 1 – Mas não é BSC? Não existe a “profissão” estabelecida de sanitarista. Mesmo que a gente queira ser chamado de sanitarista, existe é o “bacharel em Saúde Coletiva”, é o título que consta no diploma.

Universidade - Tá, tá! E com o poder a mim conferido, lhe confiro o grau de Bacharel em Saúde Coletiva! (*apertam as mãos*)

Formando – E o que eu faço com isso agora? Eu ainda não sei como me inserir no mercado de trabalho... (*olha para diploma*)

Universidade - Também não sei! Mas eu fiz meu papel, te formei. O mercado de trabalho precisa muito de profissionais como vocês! Boa sorte! *(dá tapinha nas costas e vai pro fundo)*

Formando – Tá, mas vocês combinaram com o mercado de trabalho? Com o SUS? Alguém combinou alguma coisa com eles? Espero que tenham feito alguma combinação... *(O formando vai ao centro do palco e faz imitação John Travolta.)*

ATO III: ENTRANDO NO MERCADO DE TRABALHO

Cena 6: Inserção

BSC 6 – Agora que estamos formados, o que vocês estão pensando em fazer?

BSC 7 – Eu sinto falta de aperfeiçoar conhecimento prático na área da gestão.... Estou pensando em fazer aquela especialização do Ministério da Saúde em parceria com a UFRGS.

BSC 1 – Parece uma boa, estou pensando em fazer essa especialização também.

BSC 3 – Estou pensando em fazer mestrado, quero dar aula, seguir carreira acadêmica!

BSC 6 – Eu estou pensando em fazer residência, para ficar mais perto do serviço.

BSC 3 – É, vários dos nossos colegas estão escolhendo esse caminho né?! Afinal de contas, não tem vaga de emprego.

BSC 6 – É! Estava conversando esses dias com os colegas da minha turma. Queríamos ir para o mercado de trabalho, mas como não tem vaga em aberto, pensamos em investir em uma pós-graduação, que com um pouco de sorte, conseguimos uma bolsa.

BSC 3 – Tem a residência em Saúde Coletiva da UFRGS, tem a de vigilância da Escola de Saúde Pública e a de gestão do Grupo Hospitalar Conceição.

BSC 1 – É impressão minha ou no final de contas todos nós estamos fazendo pós-graduação? Parece que aquela ideia de antecipar a formação dos sanitaristas não deu muito certo...

Cena 7: Procurando um emprego

BSC 5 - *(Entra no fundo do palco com editas na mão.)* Gente acabou de sair o resultado do concurso para a SES/RS. A Raíssa e o Guilherme passaram no concurso! *(Cumprimentam Guilherme).* Vocês viram que abriram vários concursos para nossa área e que pedem profissionais com o nosso perfil?! Olhem só!! Vejam esse aqui! *(Distribui entre os colegas que começam a folhear.)*

BSC 6 – Esse aqui não dá, precisa de conselho e a gente não tem conselho.

BSC 5 – Mas esse aqui é bom oh! É cardo para sanitarista!

BSC 7– Não! Não! Olha a formação... tem que ser médico sanitarista!

BSC 5 – Vejam esse aqui! Olhem o perfil! E o salário está bom!

BSC 3 – Esse aqui também não dá, pedem pós-graduação!

BSC 5 – Tá, mas daí eu fiz a graduação e vou ter que fazer mais uma pós pra poder fazer concurso?!

BSC 1- Pelo jeito, pior que é!

(Depois de todos jogarem editais, BSC 4 entra vendendo cupcakes)

BSC 4 – *Cupcakes!!!* Oi gente! Eu tô fazendo *cupcakes* para vender. Alguém quer comprar um para experimentar?

BSC 1- *Cupcakes?* E a residência?

BSC 4 - Pois é... A residência acabou e o mercado de trabalho não me absorveu! Então, eu preciso me sustentar, né?! Mas vejam só, eu ESTOU cumprindo todas as normas da vigilância pra fabricação de produtos...

BSC 6 - Bah! Vamos comprar uns para dar essa mão.

(Todos fazem cara de angustiados.)

BSC 3 – Tá mas espera aí... Se não tem vaga de trabalho na área da Saúde Coletiva, o que a gente faz?

BSC 1 – Precisamos nos articular para criar!

Cena 8: Tentando articular o movimento dos egressos

(referência *meme*)

BSC 4 – O que nós queremos?

Todos – Entrar no mercado de trabalho!

BSC 4 – Como faremos isso?

Todos – Com articulação!

BSC 4 – E quando os egressos vão se encontrar?

Todos – Quarta. Quinta. Essa semana não posso. Só depois das 18h. Tenho aula. Tenho atividade do trabalho. (*Todos falam frases desencontradas*).

BSC 4 – E quem mais pode nos ajudar?

(Todos ficam se olhando e saem do palco)

BSC 1 – Os egressos em Saúde Coletiva têm tomado para si a responsabilidade de abrir e articular a nossa inserção no mercado de trabalho na Saúde Coletiva. O movimento de egressos ainda está se fortalecendo, mas já temos algumas conquistas que festejamos como o encaminhamento do CBO, concurso para SES/RS e FEPS. Os nossos professores disseram que a nossa formação respondia a uma demanda no mercado de trabalho e que era para antecipar a formação de 6 anos para 4 anos... Mas, vocês podem ver que não é isso que está acontecendo!

Cena 9: Me descobri sanitaria

(Entram em cena, dizem texto e saem.)

Fabiano – Me descobri sanitaria na graduação, trabalhava na secretaria executiva do VER-SUS. Estava indo para um encontro de estudantes do VER-SUS com uma colega de trabalho, entramos no táxi e passamos por uma aldeia indígena. Comecei a conversar com o taxista, fiz um monte de perguntas para ele a respeito daquela população. Quando desci do táxi uma amiga disse “bem coisa de sanitaria essas tuas perguntas”!

Natássia - Me descobri sanitaria quando fui trabalhar pela residência na atenção básica e vi que minha formação fazia diferença naquele serviço. Acho que foi meu primeiro reconhecimento profissional.

Vivian – Me senti sanitaria a primeira vez quando fiz estágio na Assessoria de Planejamento de Porto Alegre. Eu estava participando de uma reunião com um grupo de diferentes profissionais que tentavam implementar a política ParticipaSUS. Participei ativamente do processo, inclusive criando material de apoio para a implementação. No final do estágio, os profissionais disseram que havia feito muita diferença ter um sanitaria na equipe

Diego - O movimento que a graduação já me proporcionou é muito bom! Já pude trabalhar com Vigilância em Saúde, Gestão e Educação Permanente. Além de poder conhecer a realidade do SUS em diversos locais.

Vanessa: Me percebo sanitaria quando chego em um lugar e percebo coisas que ninguém percebe. Ter um olhar sensível, sair do quadrado... Coisas que essa graduação me trouxe.

Mayna: Me senti sanitaria, quando ouvi pela primeira vez alguém falar algo assim: “Muito legal esse teu olhar! O sistema de saúde precisa disso, alguém que olhe de forma mais abrangente e que saiba trabalhar em equipe.”

Guilherme – Ainda na graduação, eu trabalhava no hospital como assistente administrativo atendendo ao público em um hospital e percebi que comecei a me preocupar com o usuário em todo o percurso pelo serviço. Acabei me candidatando para conselheiro gestor e virei representante dos trabalhadores nesse Hospital, conseguindo atuar politicamente em diversos espaços.

Cena 10: O que faz um Bacharel em Saúde Coletiva?

(Entram e ficam em cena, no fundo do palco)

BSC 5 – Mas afinal, como vocês explicam para as pessoas fora da área o que o sanitaria faz? Eu digo que.... É um profissional que trabalha com políticas públicas de saúde.

BSC 2 - Trabalha com e nos movimentos sociais.

BSC 7 - Nós trabalhamos com tudo que envolve a saúde, mas sem realizar procedimentos clínicos.

BSC 3 - Trabalha com educação em saúde, políticas, gestão. Nosso trabalho está voltado para coletivos e não com indivíduos.

BSC 6 – Trabalha mais com a área da gestão em saúde.

BSC 4 - Trabalha com políticas de saúde e a inserção delas no serviço, com a parte da gestão de saúde dos locais...

BSC 8 – Esperem aí! Vocês esqueceram de muitas coisas! *(Abre um pergaminho e começa a ler)* “O graduado em Saúde Coletiva terá formação geral, crítica e reflexiva, comprometido com a melhoria da qualidade de vida e saúde da população, capaz de atuar na análise, monitoramento e avaliação de situações de saúde, formulação de políticas, planejamento, programação e avaliação de sistemas e serviços de saúde, no desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção de saúde, educação e desenvolvimento comunitário na área de saúde, bem como na execução de ações de vigilância e controle de riscos e agravos à saúde e no desenvolvimento científico e tecnológico da área de Saúde Coletiva levando em consideração o compromisso com a dignidade humana e defesa do Sistema Único de Saúde.”

(Todos saem de cena.)

ATO IV: A VIDA DE SANITARISTA

Cena 11: Bacharel em Saúde Coletiva?

(BSC 6 entra em cena e demais falam de fora de cena)

BSC 6 – Olá! Tudo bem?! Eu sou Bacharel em Saúde Coletiva...

Todos – Qual é a tua formação?

BSC 6 – Eu sou sanitaria de graduação. É uma graduação nova, que iniciou...

Voz coxia 1 - Mas tu é médica?

Voz coxia 2 - Enfermeira?

Voz coxia 3 - Psicóloga?

Voz coxia 4 - Qual tua formação de base?

BSC 6 – É... eu sou Bacharel em Saúde Coletiva mesmo.

Voz coxia 5 – É um técnico? Qual a duração desse curso?

BSC 4 – Não. É uma graduação. Tem duração de 4 anos...

Voz coxia 6 – Não sabia que existia... Onde tu fez?!

BSC 4 – Tem em várias universidades hoje no Brasil. Eu fiz na UFRGS...

Todos – Ahh...Na UFRGS!

(Natássia sai de cena)

Cena 12: Coisas que todo sanitaria escuta

(Locutor entra em cena, simulando um programa de rádio. Demais falam de fora do palco.)

Locutor – Olá queridos ouvintes! Está no ar, com o meu, o seu, o nosso...

Todos – Coisas que todo sanitaria escuta!

Locutor – Coisas que todo sanitaria escuta é um programa com o oferecimento dos Egressos do Bacharelado em Saúde Coletiva da UFRGS. E vejam só, já temos a nossa primeira ligação! Ponham o ouvinte no ar! Alô! Quem está falando?

Gervásio – Pronto! Tudo bem? É o Gervásio!

Locutor – Tudo bem seu Gervásio! É um prazer tê-lo conosco! Parece que o senhor tem uma pergunta.

Gervásio – Sim! Eu escuto esse programa de vocês já faz alguns anos, desde 2009 quando começou o curso na UFRGS, mas até agora eu não entendi ainda... O que que faz um sanitaria? É que nem o Lineu da Grande Família?

Locutor – *(cara de chateado)* Tu tu tu tu... Ahh... Que pena. Parece que caiu a nossa ligação! Vamos para a ligação do nosso segundo ouvinte. Alô! Quem está falando?

Jurema – É a Jurema! Eu liguei para contar que eu tenho um dom. Eu sei identificar direitinho de a pessoa faz Saúde Coletiva só pelo título do trabalho acadêmico – pode ser TCC, dissertação, tese... - eu consigo adivinhar se a pessoa é ou não da Saúde Coletiva.

Locutor – Nossa dona Jurema! Como a senhora faz?

Jurema – É simples! Eu olho o tamanho do título! Se for um título beeeemmm longo pode ter certeza, a pessoa é da Saúde Coletiva! Se eu ficar com uma centelha de dúvida, eu resolvo da seguinte forma, eu olho para ver se tem alguma palavra entre parênteses: (re)construindo, (re)inventando... ou uns dois pontinhos... é batata! É da Saúde Coletiva!

Locutor – Verdade Dona Jurema! Fiquem ligados, vamos fazer um intervalinho comercial e já voltamos! Bem ouvintes, na entrevista de hoje do nosso programa, contamos com a participação da nossa colega Estela – egressa do nosso curso – e que vai passar uma dica superimportante para nós!

BSC 1 – Colegas é uma dica infalível! Se tu precisa de mais crédito, chega no banco e diz com toda a tua força pro gerente: eu sou sanitaria! Sabe o que ele vai dizer? Que ele não faz ideia do que é ou vai achar que tu trabalha com higienização e, não vai conseguir aumentar o teu limite! Mas... Encontrei uma saída para fazer um crédito alto e conseguir fazer um rancho no Zaffari! É só dizer para o gerente que tu é autônoma! Autônomos podem ser qualquer coisa, sempre cola!

Locutor – Que dica maravilhosa Estela! Isso sempre nos acontece! Nosso programa vai chegando ao fim, mas antes, vamos a nossa última ligação! Alô! Quem fala?

Gervásio – Pronto!!! É o Gervásio de novo. Acho que a ligação caiu antes! Eu só quero saber que coisa que o sanitarista faz?!

Locutor – E aí?! O que o sanitarista tem?

Cena 13: O que o sanitarista tem?

(Todos entram em cena.)

Carmem Miranda - O que o sanitarista tem?

Todos - O que o sanitarista tem?

Carmem Miranda - Dança em roda ele tem

Todos - tem

Carmem Miranda – Escuta ele tem

Todos – tem

Carmem Miranda – Faz pós como ninguém...

Carmem Miranda - O que o sanitarista tem?

Todos - O que o sanitarista tem?

Carmem Miranda - Análise política ele tem

Todos - tem

Carmem Miranda – Olhar sensível tem

Todos – tem

Carmem Miranda - Trabalha em equipe como ninguém...

Carmem Miranda - O que o sanitarista tem?

Todos - O que o sanitarista tem?

Carmem Miranda - Atuação múltipla ele tem

Todos - tem

Carmem Miranda - Capacidade de análise tem

Todos – tem

Carmem Miranda – Saia de mandala tem...

Carmem Miranda - O que o sanitarista tem?

Todos - O que o sanitarista tem?

Carmem Miranda – Planejamento e gestão tem

Todos - tem

Carmem Miranda – Promoção e educação tem

Todos – tem

Carmem Miranda – Vigilância em saúde tem

Todos – tem

Carmem Miranda - Emprego ele não tem

Todos – tem???

Carmem Miranda – Quando tiver que contratar alguém, não esqueça o que o sanitarista tem

Todos – O que o sanitarista tem. Tem!