

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E
INSTITUCIONAL

Lucia Helena Reus

**DA CÂMARA ESCURA AO BRILHO DO FOCO: VISIBILIDADES POSSÍVEIS
DOS TRABALHADORES DE CENTRO CIRÚRGICO**

Porto Alegre

2011

Lucia Helena Reus

**DA CÂMARA ESCURA AO BRILHO DO FOCO: VISIBILIDADES POSSÍVEIS
DOS TRABALHADORES DE CENTRO CIRÚRGICO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Social e Institucional.

Orientadora: Jaqueline Tittoni

Porto alegre, 2011

Lucia Helena Reus

**DA CÂMARA ESCURA AO BRILHO DO FOCO: VISIBILIDADES POSSÍVEIS
DOS TRABALHADORES DE CENTRO CIRÚRGICO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Social e Institucional.

Dissertação defendida e aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Analice Palombini

Prof^ª Dr^ª Maria Henriqueta Luce Kruse

Prof^ª Dr^ª Cláudia Osório Silva

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Jaqueline Tittoni

Para meu filho Leo, a quem tento ser um exemplo.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Jaqueline Tittoni que acreditou na proposta e mostrou ser possível fazer pesquisa por caminhos espinhosos “sin perder la ternura”.

À Professora Maria Henriqueta Kruse pelo carinho com que me apontou um caminho e me apresentou a arte do governmento.

Às minhas colegas de mestrado Lucia e Daiana que comigo partilharam um caminho de crescimento e descobertas.

Ao grupo de pesquisa da Prof^ª Jaqueline Tittoni que me acolheu e mostrou ser um espaço de livre pensamento.

Aos professores Analice Palombini e Maria Henriqueta Kruse pelas contribuições ao projeto na banca de qualificação e à prof^ª Cláudia Osório Silva por aceitar fazer parte desta banca na defesa da dissertação.

À Prof^ª Heloisa Hoefel, chefe do Serviço de Enfermagem em Centro Cirúrgico do HCPA por acolher o projeto e possibilitar a realização desta pesquisa.

Aos trabalhadores do Bloco Cirúrgico do Hospital de Clínica de Porto Alegre que participaram deste estudo e que, através de seus olhares, possibilitaram a construção de novos maneiras de olhar os modos de trabalhar;

Aos meus colegas de trabalho, em especial minhas colegas do turno da noite e da tarde que, juntamente com enf^a Kelly, me auxiliaram em trocas de plantões, possibilitando que meus caminhos de trabalhadora e pesquisadora fossem trilhados lado a lado.

A minha colega e amiga Enf^a Sonia Bruno atual chefe do Bloco Cirúrgico, pela compreensão com que acolheu meus momentos de ansiedade em tempos agitados.

Aos meus colegas de turno, técnicos de enfermagem, que com paciência acompanharam minha trajetória de lutas e conquistas.

Ao meu filho Leo e meu marido Everson, pelo compartilhamento e compreensão de tempos difíceis.

RESUMO

Este estudo analisa a articulação dos jogos de saber e poder, bem como os efeitos de verdade no trabalho, sustentados pelo olhar de trabalhadores do centro cirúrgico e presentes na produção de éticas nos modos de trabalhar. A análise do estudo toma como eixo principal o trabalho dos profissionais que atuam no centro cirúrgico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, um hospital-escola, instituição pública e universitária, integrante da Rede de Hospitais Universitários do Ministério da Educação e vinculada academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Com este eixo principal, tomo o pensamento de Michel Foucault como norteador de um recorte teórico sobre a condição deste sujeito trabalhador permeado pelas relações de saber-poder e jogos de verdade, traçando um diálogo no que se refere às questões do olhar e buscando outros suportes que contemplem uma trajetória particular para essas questões além do campo foucaultiano. A proposta metodológica utilizada nesta pesquisa contemplou as ferramentas da pesquisa intervenção e a estratégia da intervenção fotográfica. Os participantes foram convidados por cartazes e e-mails para a produção de fotografias e realização de encontros para oficinas de fotografias e produção de narrativas fotográficas. Essas narrativas foram construídas coletivamente e possibilitaram refletir sobre os jogos de verdade, indicando visibilidades e invisibilidades nos processos saber-poder presentes neste trabalho. Com imagens escolhidas pelos participantes do grupo, foi realizada uma exposição fotográfica no corredor central do bloco cirúrgico com espaços para a livre manifestação dos trabalhadores. O Centro Cirúrgico foi retratado como um espaço do olhar, da vigilância e do controle. O saber é determinado a partir da visibilidade dos corpos, sejam de pacientes ou de trabalhadores e este saber é legitimado quando emana do brilho do foco cirúrgico. Os recortes produzidos por este estudo e visibilizados pelas imagens apontaram para os elementos que gravitam ao redor, que estão na obscuridade e fora do foco iluminado. As fotos possibilitaram um olhar que se sobressai à cegueira do trabalho cotidiano e lança luz à penumbra do trabalho “secundário”. Tanto esta “cegueira” como o “brilho” são instâncias que fazem parte de um jogo de forças, são estratégias dos jogos de verdade. A visibilidade desses jogos adquire novas possibilidades através do olhar fotográfico, com suas táticas de congelamento no tempo, possibilidades de olhares diversos e de criação de um espaço de discussão.

PALAVRAS-CHAVE: Pesquisa intervenção, fotografia, centro cirúrgico, trabalho, poder, jogos de verdade, olhar.

ABSTRACT

This study analyses how the games of knowledge and power are played and the effects of truth at work, uphold by the surgical center's workers' point of view and present in the ethic production on the ways of working, The main objective of the work is the professionals' job who work in the surgical center of the Hospital de Clínicas from Porto Alegre, a teaching hospital, university and public institution, part of the University hospitals' network of the Education Ministry and connected academically with the Universidade Federal do Rio grande do Sul(UFRGS). Having it as the main objective, I follow Michel Foucault thoughts as a theoretical framework guider on this worker's job conditions permeated by power and knowledge relations and the games of the truth, establishing a dialogue related to the point of view issues and searching other supports that can sustain the private route for the issues beyond Foulcault's field. The methodological proposal used in this research observed the tool of the Intervention Research and the photographic intervention strategy. The candidates were invited by posters and e-mails for the photographic production and for the meetings for pictures workshops and photographic narrative's production. These narratives were made out collectively and allow reflecting on the truth games indicating the visibility and the invisibility in the knowledge and power process existing in this work. It was done a photographic exhibit with the images chosen by the participants in the main aisle of the surgical area with places so that workers could openly show their thoughts .The surgical center was portrayed as a space of the look, vigilance and power. The knowledge is determined from the bodies' visibility be it from patients or from workers and this knowledge is legitimized when it comes from the surgery focus's brightness. The frameworks produced by this study and enabled by these images spotted the elements around it, that are hidden and out of the bright focus. The pictures displays what is beyond the everyday job's blindness and shows the "secondary" job. As much this blindness as the brightness they are pieces that are part of a strength game, they are strategies of the truth game. The visibility of these games gains new prospects through the photographic view, with its tactics of freezing in the time, several possibilities of look and the creation of a space for debates.

KEY-WORDS: Intervention Research, photography, surgical center, work, power, truth games, look.

SUMÁRIO

PRIMEIRA PARTE (DIÉRESE¹)	11
1 INTRODUÇÃO: um percurso de trabalho, um percurso de pesquisa	11
2 O TRABALHO NO CENTRO CIRÚRGICO	19
2.1 O trabalho no Centro Cirúrgico: espaços do olhar	19
2.2 Profissionais que atuam no local: um olhar sobre os modos de trabalhar	25
3 INSTRUMENTAIS TEÓRICOS.....	31
4 PESQUISA INTERVENÇÃO E FOTOGRAFIA.....	41
4.1 Estratégias metodológicas	41
4.2 Procedimentos de pesquisa.....	47

¹ Manobra destinada a criar descontinuidade de tecidos, incisão, secção, punção
(www.jorgebinsely.com/dierese.pdf)

SEGUNDA PARTE (HEMOSTASIA²)	50
5 OFICINA DE FOTOGRAFIA	50
5.1 Grupo I	50
5.1.1 Primeiro encontro: sensibilização do olhar	50
5.1.2 Segundo encontro: narrativas fotográficas como uma produção coletiva	54
5.2 Grupo II	91
5.3 Ecos de uma exposição fotográfica: desdobramentos das visibilidades	96
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS (SÍNTESE³)	102
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109

² Manobra destinada a evitar ou estancar a hemorragia (www.jorgebinsely.com/dierese.pdf)

³ Aproximação das bordas de tecidos seccionados para facilitar a cicatrização, sutura (www.jorgebinsely.com/dierese.pdf)

PRIMEIRA PARTE (DIÉRESE⁴)

1 INTRODUÇÃO: um percurso de trabalho, um percurso de pesquisa

Este estudo pretende discutir o olhar e seus efeitos nos modos de trabalhar. Os olhares de trabalhadora e pesquisadora, de enfermeira e psicóloga se misturam, complementam-se, entram em conflito e tensionam uma ética de olhar o corpo. Trabalhar em um centro cirúrgico suscita ações, sentidos, modos de trabalhar os quais requerem olhares apurados, toques e atenção.

Diante da proposta de realizar um “diário de campo”, optei por escrever um percurso de trabalho, minhas implicações, ou melhor, a trajetória que minhas ideias percorreram até se transformarem em um suporte para este trabalho.

A ideia de trabalhar com o olhar sobre o corpo veio se delineando ao longo de 25 anos exercendo a profissão de enfermeira em um centro cirúrgico. Essas ideias não eram concretas e estruturadas, e sim golpes de vista, traços que ficavam ao final de cada plantão. O trânsito de pacientes, médicos e trabalhadores de enfermagem faziam um traçado com sentido estritamente lógico pelas linhas prescritivas do trabalho institucional. Todavia, algo insistia em reverberar para além do instituído, como um eco que fica soando e somando interrogações. A busca pelo conhecimento parte do

⁴ Manobra destinada a criar descontinuidade de tecidos, incisão, secção, punção
(www.jorgebinsely.com/dierese.pdf)

desassossego que, como aponta Edson Sousa (2006) em “Noite e dia...”, se constitui em uma espécie de desequilíbrio diante da visão do fio que temos que percorrer; fio que nos conduz a uma linha de vida imaginariamente ideal: “O único percurso é como o da linha. Percursos por vezes cegos, no escuro, a sós. Há ‘só cegos’ nesse espaço obscuro. A superfície rasgada testemunha a presença de um sujeito em deslocamento. De onde? Para onde? Questões cruciais que passamos na vida tentando responder” (SOUSA, 2006, p.79). Ainda neste texto, Edson se remete a Schopenhauer, o que me fez buscar alguns conceitos que achei pertinente para esta abertura. O filósofo alemão, em suas obras, nos apresenta a noção da busca de conhecimento ligado ao corpo, ou seja, ao aparato biológico. Não pode conceber um sujeito da vontade como sendo outra coisa senão um sujeito corporal. O próprio corpo é vontade – vontade de vida. O querer, empenhar-se e tentar devem ser coisas que fazemos com o corpo e não eventos afastados dele (JANAWAY, 2003).

O ingresso no curso de psicologia precipitou ainda mais meus questionamentos. O que eu buscava? Nem eu sabia. Fiz incursões em áreas como da humanização, participando de grupos de trabalho e buscando referências para a estruturação de um caminho a ser trilhado. Achei. Mesmo que meu caminho não seja propriamente o da humanização em seus conceitos e referenciais teóricos, está ancorado ideologicamente na busca de um entendimento para a construção de um trabalho humanizado.

Trabalhando como enfermeira no centro cirúrgico⁵ do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), tive a oportunidade de participar do grupo de humanização da instituição, bem como de algumas iniciativas de projetos alinhados com a proposta do PNH (Política Nacional de Humanização) no centro cirúrgico. Pude, ainda, constatar algumas dificuldades na implantação de projetos, bem como certo desinteresse de alguns trabalhadores do centro cirúrgico por este tema, tão caro aos profissionais que defendem um atendimento humanizado. Sabedores dessas dificuldades, os trabalhadores deste grupo estudam processos alternativos e maneiras de abordagens diversas que visem sensibilizar os demais profissionais do hospital no sentido de repensar seus processos de trabalho. Posso tecer algumas considerações a respeito dessas dificuldades, como por exemplo, afirmar que, em um centro cirúrgico, local mais recluso, as práticas

⁵ Uso o termo Centro Cirúrgico e Bloco Cirúrgico para me referir ao mesmo local, pois assim são referidos cotidianamente, apesar deste último ser mais utilizado pelos trabalhadores.

profissionais sejam mais prescritivas e “engessadas”, ou ainda, com receio de identificações, os profissionais usem mecanismos de defesa e assumam uma postura mais fria e resistente em relação aos afetos. São apreciações muito populares e amplamente encontradas em pesquisas científicas de quem se dispõe a refletir sobre o sofrimento dos trabalhadores nas profissões de medicina e enfermagem. Em vez de pesquisar novas alternativas para a eficácia dos projetos, escolhi investigar os processos de trabalho tomando como ponto de partida o olhar destes trabalhadores e seus efeitos no cotidiano de trabalho. Como os profissionais de saúde olham o corpo do paciente e como olham o trabalho da equipe multiprofissional e seu próprio trabalho? Que efeitos têm este olhar nos modos de subjetivação dos trabalhadores? Estes questionamentos apontam para os objetivos deste estudo que consistiram em analisar como se articulam os jogos de saber e poder e os efeitos de verdade sustentados pelo olhar dos profissionais que trabalham no centro cirúrgico e que apontam para a produção de éticas nos modos de trabalhar.

A sala cirúrgica é o local onde se desenvolve a cena. Tudo funciona como num filme, onde atores desempenham papéis bem definidos. A cada cirurgia, uma nova refilmagem, em que os atores podem ser diferentes, mas as cenas são repetidas em seus mínimos detalhes. Cada profissional tem um contato diferenciado com o corpo do paciente, o que confere um status nesta relação. O cirurgião, durante a cirurgia e amparado por um saber, trabalha no interior do corpo, manipulando-o e modificando-o. Com isto, faz operar, no corpo e no ambiente, um saber. O anestesiológista interfere na consciência do paciente, retirando seu acesso ao meio e tornando-o vulnerável aos procedimentos cirúrgicos. Os profissionais de enfermagem trabalham manipulando o exterior do corpo, com procedimentos chamados “não invasivos”, também amparados por um saber. Esses saberes determinam poderes (de olhar e tocar) que, por sua vez, determinam lugares na instituição, processos de subjetivação que moldam a individualidade moderna (FONSECA, 2003).

Também trilhei caminhos foucaultianos, participando de um grupo de estudos culturais na área de enfermagem que, como linha de pesquisa, adota a linha pós-estruturalista de estudos culturais. Ali, mais à vontade pelo viés teórico, pude vivenciar e reconhecer situações que me remetiam, em um grupo de estudantes de graduação e

pós-graduação em enfermagem, à sobreposição de enfermeira e psicóloga. O tensionamento entre estes dois papéis, que em meu local de trabalho não posso deixar emergir, mas que insiste em bater à porta, foi o motor que me impulsionou na busca de um referencial teórico que desse conta deste entrelaçamento. As ideias de Foucault e o referencial voltado aos estudos culturais encaminharam-me para a estruturação de um projeto de mestrado direcionado para as questões de poder nas relações de trabalho.

O caminho estava aberto para o enfrentamento da seleção de mestrado. Ainda pensando em trabalhar com o tema da humanização, o ingresso no mestrado e o início do percurso foram fundamentais para a construção de novos caminhos. Com a apropriação teórica de novos referenciais e linhas de pesquisa, surgiram novas possibilidades e até novas ideias sobre o tema de pesquisa. Ocorre também o que podemos chamar de adequação às normas, ou melhor, um enquadramento à forma da pesquisa científica. A apropriação de certas regras é essencial para que possamos, no futuro, fazer escolhas e até dispensarmos as tais regras de pesquisa em prol de caminhos que possam nos guiar a um olhar particular e inventivo sobre o objeto estudado.

A aprovação na seleção de mestrado traz a inserção em um grupo que aponta para um delineamento de fazer pesquisa, um referencial teórico e metodológico a desvendar e a seguir. A fotografia entra, assim, como uma novidade nesta área da ciência. A linha de pesquisa a qual me inseri faz uso da fotografia como estratégia metodológica de pesquisa e como um instrumento da Pesquisa Intervenção. Foi necessário um investimento de minha parte para entender como a fotografia podia exercer tal função.

Inicialmente, o confronto de ideias para contemplar uma discussão metodológica era difícil pela falta de uma consistência teórica. Nas disciplinas, lugar do confronto de ideias, muitas vezes vivenciei certa pressão por um ideal de busca metodológica mais consistente e ancorado em teorias tradicionais que trouxesse uma suposta segurança no trabalho. Em função disso, revisar os processos e conceitos da pesquisa intervenção também se tornou fundamental neste momento de “gestação” da pesquisa, pois esta proposta metodológica supõe uma subversão aos padrões da relação sujeito-objeto, colocando em evidência os jogos de poder no campo investigado.

Paralelamente às disciplinas obrigatórias de metodologia, optei também por outras que me dessem um aporte teórico em relação aos temas “trabalho”, “fotografia”, “instituição” e “psicanálise”, sendo que em todas elas houve uma retomada aos textos de Foucault.

A intenção de fazer fotografias em um hospital provocou reações de espanto. Como retratar a dor, o sofrimento, as doenças, os trabalhadores sujos de sangue? Certamente, ideias que levam a uma postura de repúdio a estas imagens dolorosas, imagens que trazem o que não deve ser exposto, o que deve ficar escondido. Ao anunciar o trabalho fotográfico em um centro cirúrgico, a reação foi imediata: a ideia da visualização de imagens com sangue, corpos inertes com a exposição de partes internas do corpo provocaram olhares apreensivos.

Trabalhando em um centro cirúrgico, observo a frequente manipulação de fotos que podemos chamar de “técnicas”. Fotos de “achados operatórios” como tumores, anormalidades anatômicas, deformidades e curiosidades são comuns e recebidas com tranquilidade em um meio onde circulam profissionais de medicina e enfermagem. É comum encontrar este tipo de fotografia em trabalhos acadêmicos, sempre com a intenção de ilustrar o que é encontrado no momento da cirurgia ou procedimentos médicos e de enfermagem. Qual é então a diferença entre uma fotografia que retrata a imagem técnica de um trabalhador em suas atividades laborais e uma imagem que vai além do que é visto, pois suscita questionamentos e busca compreender simbolicamente os sentidos do que é estudado para além de um registro de fatos cotidianos? Estes são questionamentos que surgiram ao longo deste percurso de mestrado, nas disciplinas e nos estudos do grupo de pesquisa.

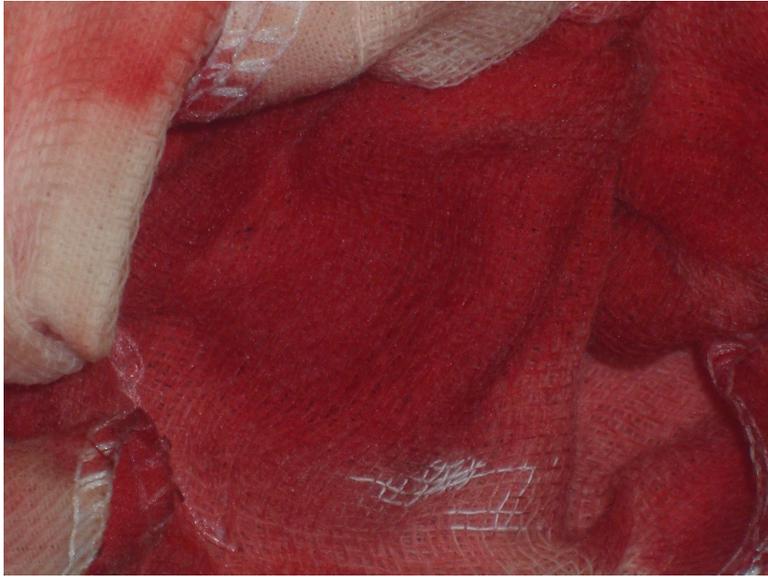
A disciplina de “fotografia e produção de conhecimento” provocou a realização de uma narrativa fotográfica na qual focalizei meu papel como produtora das imagens, bem como minha reação ao olhar dos espectadores. As fotos foram realizadas no centro cirúrgico do HCPA durante uma cirurgia, com o cuidado de não identificar pacientes ou trabalhadores. Houve um envolvimento das equipes médicas e de enfermagem que trabalhavam no momento, auxiliando para a captação de um melhor enquadramento ou sugestões de novas fotos, o que demonstra a tranquilidade como é recebida a realização de fotografias neste local de trabalho. Foram priorizados os focos, as cores, a movimentação dos trabalhadores, as características de trabalho de cada

equipe, enfim, fotos que mostravam algo do trabalho que, em um primeiro momento, não houve receio de mostrar. Para mim, fotos bastante comuns, traços do trabalho, focos de cenas do fazer, um olhar mais apurado para o cotidiano de trabalho em uma sala de cirurgia.

A narrativa fotográfica em sala de aula iniciou com a exposição das fotos realizadas no hospital, na ordem que foram tiradas e sem intervenções. Os colegas teceram alguns comentários trazendo as sensações experimentadas ao olhar as imagens. As cores vermelhas, as imagens desfocadas e alguns movimentos de trabalho foram citados e apreciados. Após, houve uma nova exposição da série de imagens, agora com minha intervenção ou do “*Operator*”⁶, expondo as intenções que capturam as cenas, enfim, o que aconteceu durante a realização das fotos. A partir deste momento há um reposicionamento dos discursos sobre as imagens e o aparecimento de novos sentidos e visibilidades. Os espectadores ou “*Spectator*”⁷ são informados de que a imagem, a princípio não identificada, de um vermelho vibrante trata-se, na realidade, de uma compressa cirúrgica com sangue; que a superfície líquida e vermelha onde se reflete a imagem da fotógrafa em ação é o retrato de um balde onde se depositam os líquidos aspirados da cavidade cirúrgica; que a mão enluvada e com sangue posicionada em formato de coração não foi produzida e sim posicionada desta maneira por um protocolo de repouso das mãos no período transoperatório. Enfim, a narrativa proporcionou uma demonstração dos modos de trabalhar em uma sala cirúrgica.

⁶ O fotógrafo é aquele que captura a emoção, segundo Barthes em “A câmara clara”.

⁷ O espectador é aquele que olha a imagem e recebe a intenção do fotógrafo.





As reações de surpresa aconteceram de ambos os lados. Algumas manifestações de interesse se alternaram às manifestações de repugnância ao sangue ou horror ao corpo aberto com a exposição dos órgãos internos. Por outro lado, tive que experimentar e suportar reações de horror refletidas no olhar de quem vê e sente as imagens. São reposicionamentos, ressignificações de conceitos e sentidos. A câmera fotográfica captura a intenção do fotógrafo, mas as sensações apreendidas pelo olhar do espectador apontam para uma subjetivação, para sensações escondidas na história de vida de cada um que olha estas imagens.

O trabalho realizado pelo grupo de pesquisa e a troca de saberes entre os mestrandos foi fundamental no entendimento deste processo. A possibilidade de um projeto de pesquisa mais consistente foi se delineando a cada encontro deste grupo, no qual o debate entre orientadora e mestrandas que já aplicavam esta metodologia nos dava uma dimensão real do trabalho. Essas discussões foram fundamentais para a visibilidade do processo e um estímulo à realização de experimentos fotográficos e narrativas próprias.

Assim, mais apropriada dos caminhos metodológicos e, após a qualificação do projeto pela banca, inicio um retorno à instituição da qual “saí” em busca de suporte acadêmico para pesquisa. Através dos canais oferecidos (web), submeto o projeto de pesquisa ao comitê de ética do hospital (GPPG-HCPA), processo que se mostrou longo

e com muitas discussões. Após a liberação do projeto por este comitê, passo à realização do trabalho de “campo”. É importante ressaltar que exerço a profissão de enfermagem neste mesmo local de trabalho, tornando-se, assim, muito difícil a separação entre os papéis de pesquisador e trabalhador, bem como entre o pesquisador e o objeto pesquisado, o que destoa da neutralidade exigida em trabalhos de pesquisa tradicionais.

A partir dessa trajetória, que se constituiu em uma instrumentalização para esta caminhada, apresentamos as etapas deste estudo. O local a ser estudado e os modos de trabalhar destes profissionais apresentam um roteiro de visibilidades, sendo a casa que acolhe e o fazer que dispara nossos questionamentos. O referencial teórico nos mostra um caminho de possibilidades a ser percorrido, permitindo mais adiante, o confronto de ideias e um diálogo de nossas questões com os autores. A partir de então, apresentamos o instrumento de pesquisa que utiliza a intervenção fotográfica numa perspectiva da Pesquisa Intervenção; os procedimentos de pesquisa que se constituem na realização de encontros para oficinas de fotografias e narrativas fotográficas; e as análises das informações produzidas. Torna-se importante ressaltar que essas etapas contêm certa mobilidade e esta análise permeia todo o desenvolvimento da pesquisa, apresentando as impressões da pesquisadora, associações com as questões levantadas no projeto ou referenciais teóricos. Nesse caso, o processo de produção da pesquisa está em constante processo de análise.

2 O TRABALHO NO CENTRO CIRÚRGICO

2.1 O trabalho no Centro Cirúrgico: espaços do olhar

O centro cirúrgico considerado neste estudo faz parte do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Este hospital é um hospital-escola, instituição pública e universitária, integrante da Rede de Hospitais Universitários do Ministério da Educação e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A instituição presta serviços à comunidade, oferecendo atendimento em mais de 60 especialidades, além de desenvolver trabalhos na formação de recursos humanos e no desenvolvimento de pesquisas. Os serviços são oferecidos a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), em quase sua totalidade. Um pequeno percentual das internações é utilizado por pacientes particulares e de convênios, gerando receitas para investimentos na melhoria da infra-estrutura do hospital.

A visão institucional do Hospital de Clínicas é: “ser um referencial público de alta confiabilidade em saúde”; e a sua missão institucional é: “prestar assistência de excelência e referência com responsabilidade social, formar recursos humanos e gerar conhecimentos, atuando decisivamente na transformação de realidades e no pleno desenvolvimento da cidadania”⁸. O hospital realiza cerca de 40 mil cirurgias por ano, conta com cerca de 4.500 funcionários em todo o hospital e recebe, para estágios curriculares e extracurriculares, estudantes de graduação e pós-graduação de vários cursos da Universidade, sendo os cursos de medicina e enfermagem os mais frequentes. Instalado em um prédio de 128 mil m² com 13 andares, oferece 661 leitos de internação, 67 leitos de tratamento intensivo, um serviço de emergência de 50 leitos e dois centros

⁸ Informações da página do HCPA. Disponíveis em: <http://www.hcpa.ufrgs.br>. Acesso em: 10 jan. 2011.

cirúrgicos, um ambulatorial com 17 salas (CCA⁹) e outro com 12 salas (UBC¹⁰) onde acontecem cirurgias de grande porte. A estrutura ainda conta com muitas outras unidades e serviços, mas detalhar todos os atendimentos fugiria aos objetivos deste estudo.

Em um hospital geral, o centro cirúrgico é um local fechado, onde circulam somente profissionais e pacientes prestes a se submeter a um procedimento cirúrgico. A área física é constituída de um corredor central que dá acesso a várias salas de cirurgias, por isso, muitas vezes nomeado de “bloco cirúrgico”, ou seja, uma unidade de atendimento hospitalar constituída de um bloco de salas com especialidades cirúrgicas. O formato retangular da planta tem a função de garantir uma linearidade de circulação, facilitando os acessos. O corredor é muito largo para facilitar a circulação de macas e aparelhos de diversos tamanhos. A localização das pessoas também é importante, o que justifica um aparelho telefônico em cada sala cirúrgica além dos telefones celulares de uso pessoal. Na área de entrada de pacientes, há o setor administrativo, onde são liberados os trâmites burocráticos às cirurgias. Um pouco mais adiante, a sala das enfermeiras e logo a seguir, a central de anestesia, onde ficam armazenados os materiais e drogas anestésicas.

A cada duas salas cirúrgicas, há uma ante-sala com lavabos para a escovação das mãos e computador para os registros. Em frente aos lavabos, há visores que permitem que o cirurgião acompanhe a preparação do paciente enquanto realiza a antisepsia¹¹ das mãos. Há uma sala de RX onde são reveladas radiografias na câmara escura e ainda um espaço para guardar os aparelhos de RX e intensificadores de imagens. Ao final do corredor central há um setor de materiais descartáveis, como fios cirúrgicos, seringas e medicações e uma área de recebimento de materiais do CME¹² por elevadores, já que esta unidade fica um andar acima. Em torno desses blocos de salas cirúrgicas, há corredores laterais onde é possível contornar toda a unidade sem passar pelo centro. Dessa maneira, são retirados os dejetos das salas, como lixos e secreções, sem que seja necessário passar pelo corredor central onde circulam trabalhadores e paciente.

⁹ Centro cirúrgico ambulatorial.

¹⁰ Unidade de bloco cirúrgico.

¹¹ Medidas que visam inibir o crescimento de microorganismos através do uso de uma substância antisséptica.

¹² Centro de materiais esterilizados.

Os espaços são pensados para satisfazer a necessidade de vigilância, aumentado, assim, a sua utilidade. A planta não está exatamente ao estilo do panóptico de Bentham, mas revela uma estrutura anterior a este, como demonstra uma ilustração de Pierre Giffart apresentada no livro *Vigiar e Punir* (2008). Neste livro, Foucault mostra um projeto sobre a construção de quartéis em 1719, onde aparecem blocos de formato retangular com circulação central e lateral (Figura 1).

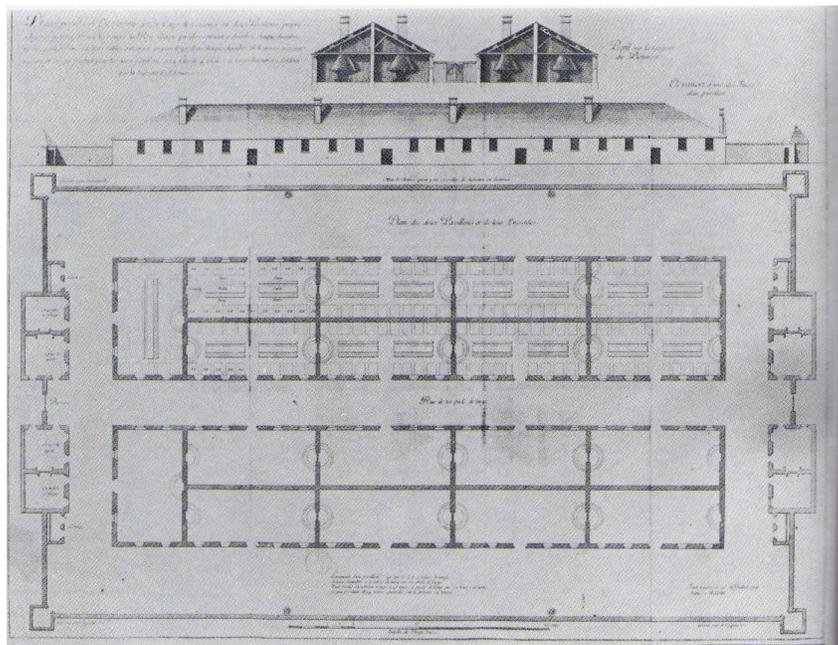


Figura 1 – P. Giffart. Planta que acompanhava a Ordenação de 25 de setembro de 1719.

Esta estrutura de blocos e a estrutura de Bentham são duas imagens da disciplina: em um extremo, a disciplina-bloco, instituição fechada voltada para funções negativas, e a disciplina-mecanismo, dispositivo funcional que deve melhorar o exercício do poder (FOUCAULT, 2008). A planta do centro cirúrgico, apesar de retangular, possui artifícios que permitem estes dispositivos de vigilância, como veremos ao longo deste estudo (Figura 2)

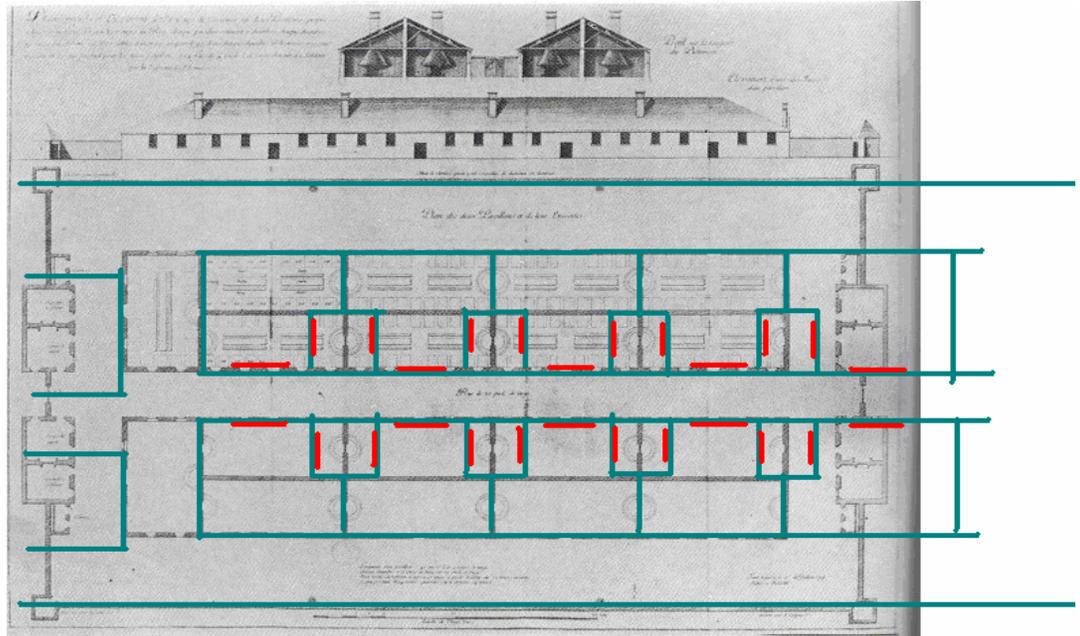


Figura 2- Esboço da planta do bloco cirúrgico do HCPA superposta à planta de Giffart.

A cena da entrada de um paciente ao centro cirúrgico, repetida diariamente, nos dá a dimensão de uma viagem, de uma travessia pelo desconhecido: despedidas emocionadas de familiares desejando boa sorte, afagos e carinhos ao paciente. A porta, quase um portal, frequentemente é metálica e mais larga que as outras proporcionando a passagem de macas e cadeira de rodas. O paciente é recebido e levado ao interior do centro cirúrgico deixando para trás seus familiares que acenam ou choram.

O local é fechado à visitação, fechado à livre circulação e à especulação visual. O que acontece neste local só é revelado aos profissionais que lá trabalham, já que os pacientes vivenciam uma rápida e ficcional passagem em função da anestesia. Esta intervenção produz um apagamento sensorial onde se produz o corpo inerte do paciente, sujeito à manipulação cirúrgica sem a consciência dolorosa. Vários profissionais de saúde trabalham em um procedimento cirúrgico, e a circulação é intensa. Antes de acessar a unidade, os profissionais passam pela rouparia, onde são fornecidas roupas de uso exclusivo do bloco cirúrgico. Da mesma maneira, na saída, estas roupas são descartadas em sacos de tecido chamados de “hamper”, para serem levados à lavanderia. Nos vestiários, há armários com chave numerada para a guarda dos pertences de cada trabalhador.

Por que o centro cirúrgico é um local fechado? As explicações são, num primeiro momento, óbvias e diretas: o local deve ser protegido do risco de contaminações provenientes das pessoas que circulam em outras unidades do hospital e da rua. A área física deve ser planejada e estruturada levando em consideração essas questões de inacessibilidade. Contudo, há outras questões que, com um olhar mais apurado, também são relevantes: a área física não contempla a visibilidade para o exterior e vice-versa. Não é possível que um trabalhador desta unidade olhe para fora do setor, ou um paciente ou familiar tenha acesso visual ao trabalho lá realizado. O que há em um centro cirúrgico além dos profissionais? O que é realizado no interior desta unidade? Pessoas doentes, corpos abertos, aberrações anatômicas, tumores, humores, secreções. Olhar o corpo aberto e sendo manipulado envolve outras questões; entramos para o terreno da ciência, do religioso, do místico, do aterrorizante. Entramos no mundo do desconhecido, do estranho, do inacessível, da escuridão. Temos aqui diversos elementos a serem analisadas e podemos trabalhar com questões relativas aos jogos de verdade que envolvem estas visibilidades e a ética do olhar para este corpo vulnerável e a mercê da manipulação cirúrgica. A estrutura arquitetônica e disciplinar possibilita uma visibilidade relativa à vigilância, mas age para obstruir a permeabilidade com o exterior.

A vigilância, elemento fundamental da disciplina estudada por Foucault, assume aqui um papel de destaque nesta escala hierárquica, e a arquitetura traz consigo a concepção utilitária da ocupação personalizada dos espaços. No centro cirúrgico, o corpo do paciente deve ser constantemente vigiado, preparado, manipulado por todos os profissionais; o corpo do cirurgião deve ser constantemente vigiado pela instrumentadora em busca de sinais que indique qual material deve fornecer; o corpo dos técnicos de enfermagem deve ser constantemente vigiado pela supervisão do enfermeiro, enfim, todo um sistema de vigilância que visa permitir e corrigir atitudes e intenções. Durante a cirurgia, o corpo do paciente, com a abertura da pele até as camadas mais internas e os órgãos, vai sendo minuciosamente dissecado, olhado e manipulado, constituindo-se em fonte viva de saber.

Desde Hipócrates e a teoria dos humores até o primeiro relato de uma dissecação com fins anatômicos, em 1315, a abertura dos corpos era tabu e considerada uma afronta à dignidade humana. Mesmo assim, a partir do séc. IV a.C. com a influência do pensamento platônico, a dissociação da alma e do corpo retira os impedimentos para o seu estudo. Com a publicação de "*De humani corporis fabrica*",

de Vesálio, em 1543, se dá o nascimento da anatomia científica moderna, e a dissecação se constitui na técnica fundamental capaz de revelar os segredos do corpo. A função do olhar, com a produção de imagens do corpo, passa a ser a fonte da construção da verdade. (ORTEGA, 2008)

Foucault inicia “O nascimento da clínica” (1980) com a frase: “Este livro trata do espaço, da linguagem e da morte; trata do olhar”. Para estudar o saber médico sobre o corpo, ele constrói um minucioso estudo sobre os discursos que constroem e legitimam um saber sobre o corpo, as doenças e a morte e que produzem verdades sobre eles. Esta produção se dá em um jogo de forças definido como um jogo de verdades, conforme veremos adiante neste estudo. Discursos e verdades igualmente são construídos, formando ao longo do tempo um discurso científico inabalável e protegido pela supremacia do saber médico.

O olhar sobre o corpo torna-se o fator principal da experiência clínica. Com a morte, doenças foram desvendadas pela anatomia patológica seguindo uma ordenação do olhar das superfícies até a profundidade dos órgãos, fato colocado por Foucault como uma reformulação ao nível do próprio saber. “A estrutura perceptiva e epistemológica que fundamenta a anatomia clínica, e toda a medicina que dela deriva, é a da invisível visibilidade” (FOUCAULT, 1980, p. 190). Com isso, sugere a soberania do visível, do olhar para a geometria de linhas, superfícies e volumes em detrimento dos outros sentidos particulares: o olhar domina todo o campo do saber.

2.2 Profissionais que atuam no local: um olhar sobre os modos de trabalhar

Enquanto o sujeito for colocado em relação de produção e significação é igualmente colocado em relações de poder. (FOUCAULT, 1995, p. 232)

No centro cirúrgico, atuam enfermeiros, técnicos de enfermagem, instrumentadores cirúrgicos e médicos (residentes, contratados da instituição e professores da Universidade), bem como estudantes de medicina e enfermagem em

estágios curriculares e extracurriculares. Além desses profissionais que trabalham diretamente com o paciente, há profissionais de outras áreas, como engenharia eletrônica, administração, higienização, manutenção de materiais elétricos e hidráulicos etc. A estrutura de funcionamento é determinada por uma rígida hierarquia que podemos chamar de institucional, não por ser determinada por esta instituição em particular, mas por apresentar-se dessa forma na maioria das instituições hospitalares. O acesso ao corpo do paciente obedece a regras institucionais que se traduzem em tempos e lugares, definindo atuações. A cada cirurgia, há um só paciente a ser operado, mas há vários profissionais que revezam seu tempo e local para atuar. Uma peça fora de lugar pode determinar o insucesso desta operação lógica. Como refere Foucault,

Importa estabelecer as presenças e as ausências, saber onde e como encontrar os indivíduos, instaurar as comunicações úteis, interromper as outras, poder a cada instante vigiar o comportamento de cada um, apreciá-lo, sancioná-lo, medir as qualidades ou os méritos. Procedimento, portanto, para conhecer, dominar e utilizar. A disciplina organiza um espaço analítico. (FOUCAULT, 2008, p. 123)

É a arte de dispor os corpos no espaço e no tempo, arranjá-los para produzirem mais e melhor dentro de regras institucionais que os fazem circular em uma rede de relações, sendo, ao mesmo tempo, uma técnica de poder e um processo de saber.

Antes mesmo da presença do paciente, iniciam-se os preparativos para a cirurgia com a montagem da sala cirúrgica (que já se encontra limpa e higienizada) com materiais e instrumentais cirúrgicos. Ao entrar no centro cirúrgico, o paciente é recebido por um técnico de enfermagem que realiza os preparativos iniciais como, a remoção dos pêlos no local a ser operado, a troca de roupas por uma camisola hospitalar e os registros de identificação do paciente.

A enfermeira faz uma rápida entrevista de admissão com a finalidade de complementar ou revisar o histórico de enfermagem onde se encontram as informações sobre o paciente, essenciais para os procedimentos cirúrgicos. O anestesista, se não realizou sua anamnese anteriormente (entrevista pré-operatória realizada na unidade de internação), também o fará nesta sala. Após as informações devidamente registradas, o paciente é encaminhado para a sala de cirurgia a fim de que se proceda aos demais preparativos. Logo após acomodar o paciente na mesa cirúrgica iniciam as atividades

dos anesthesiologistas como punção venosa¹³ e indução anestésica¹⁴. A enfermagem, neste momento, trabalha em consonância com esta atividade, fornecendo materiais adequados e auxiliando no posicionamento e proteção do paciente.

A equipe cirúrgica inicia a degermação¹⁵ das mãos e a paramentação com roupas esterilizadas. Ao final da indução anestésica, o paciente recebe cuidados da equipe de enfermagem, e, dentro destas atividades, observa-se também uma estratificação das funções. A enfermeira e a circulante de sala (técnica de enfermagem) preparam o paciente para a cirurgia. São realizadas atividades voltadas para a proteção física do paciente (posicionamento do paciente na mesa cirúrgica, acolchoamento de proeminências ósseas, e aquecimento das extremidades) e para a exposição e antisepsia do local da cirurgia (tricotomia¹⁶ e limpeza do local a ser operado). Só então o paciente é liberado para a cirurgia. Durante a cirurgia, a enfermeira gerencia o funcionamento da sala cirúrgica no que se refere ao “fora do campo”, ou seja, ao trabalho fora do campo operatório em que atua o cirurgião.

A enfermeira cuida, então, de tarefas como a mensuração de sangramentos e outras perdas, a providência de materiais para a instrumentadora e anestesista, bem como o auxílio ao anestesista, fornecendo-lhe o material necessário e auxiliando-o em funções compatíveis com o trabalho da enfermagem, como administração de medicamentos e soros. Ainda fazem parte do trabalho da enfermeira, uma série de procedimentos específicos da profissão como a sondagem vesical¹⁷ e nasogástrica¹⁸, as punções venosas, bem como o gerenciamento e a supervisão de todas as atividades dos demais trabalhadores de enfermagem na sala cirúrgica.

Os registros relativos ao processo de enfermagem, como anamneses, evoluções e prescrições de enfermagem também cabem a ela. No momento da cirurgia, ela realiza a “ponte” entre a sala cirúrgica e os demais serviços de apoio, como banco de sangue, laboratórios, unidades de internação e centros de terapia intensiva. O trabalho da enfermeira inicia antes mesmo da entrada do paciente na sala. Diante da marcação de

¹³ Introdução de um dispositivo venoso que possibilita a administração de soros e medicamentos.

¹⁴ Início dos procedimentos anestésicos com a administração de drogas endovenosas e a passagem de um tubo traqueal para administração de gases anestésicos, no caso de anestesia geral.

¹⁵ Escovação da pele com água e sabão seguindo a técnica indicada pela instituição.

¹⁶ Retirada dos pelos.

¹⁷ Procedimento asséptico que introduz uma sonda na bexiga para retirada de urina.

¹⁸ Procedimento que introduz uma sonda no estômago para retirada do conteúdo gástrico ou administração de alimento líquido ou medicação.

uma cirurgia, a enfermeira “dispara” uma série de procedimentos como, providenciar anestesistas, instrumentadores e circulantes de sala, solicitar instrumental cirúrgico especializado ao centro de materiais esterilizados (CME), contatar com o setor de banco de sangue para providenciar reserva de hemoderivados¹⁹, acessar o laboratório para providenciar resultado de exames e providenciar a organização de uma sala de cirurgia.

A instrumentadora organiza o material adequado a cada cirurgia em uma mesa, dispondo corretamente de roupas, campos e instrumentais numa ordem estabelecida que otimiza o procedimento cirúrgico. Todo o seu trabalho é voltado para o “campo operatório”, ou seja, seu trabalho é focado no fornecimento de materiais para o cirurgião. É um profissional de nível técnico (técnico de enfermagem) com curso de instrumentação cirúrgica e deve ter um conhecimento apurado sobre o instrumental e os “tempos cirúrgicos”, isto é, momentos importantes da cirurgia como aberturas de cavidades, sangramentos, retiradas de peças anatômicas, controle de materiais que estão na cavidade como compressas e gazes etc. Existem momentos em que a comunicação se dá somente por sinais que o cirurgião envia à instrumentadora solicitando determinado instrumental. Esta linguagem dos sinais é ensinada nos cursos de instrumentação cirúrgica e indica, na maioria das vezes, a função do instrumental. Podemos visualizar o momento em que o cirurgião está com a cabeça “enterrada” no campo operatório e se comunica exclusivamente por gestos.

Todavia, há também momentos de menor tensão, em que as equipes cirúrgicas conversam com os demais trabalhadores da sala, e os materiais são solicitados verbalmente. A instrumentadora deve permanecer atenta ao seu campo de atuação evitando se dispersar com outras atividades e conversas. Já, a circulante de sala (técnica de enfermagem) realiza suas atividades fornecendo materiais aos anestesistas e à instrumentadora. Como sugere o nome, ela circula dentro e fora da sala cirúrgica, buscando materiais que não foram previstos, realizando a reposição de medicamentos e soros, enfim, mantendo o suporte de materiais adequados para a realização do procedimento. Cada profissional trabalha dentro de sua função, ocupando o tempo que lhe é designado. A sincronia das atividades com a otimização do tempo é a finalidade desta organização do trabalho.

¹⁹ Apresentações de derivados sanguíneos para a administração ao paciente (hemácias, plasma, plaquetas, sangue total etc.).

Ao final do procedimento cirúrgico, a enfermeira revisa novamente o corpo do paciente, avaliando possíveis lesões pelo posicionamento cirúrgico de tempo elevado e as condições da ferida operatória quanto à presença de sangramentos e condições de suturas e drenos. Auxilia a retirada do paciente da sala cirúrgica, levando-o à sala de recuperação e comunicando os dados relevantes para a enfermeira deste setor.

Além da evidente compartimentalização dos exercícios profissionais, longe do que poderíamos chamar de transdisciplinaridade, a hierarquia se mostra explicitamente entre as áreas médicas para com a equipe de enfermagem e, na equipe de enfermagem, entre os enfermeiros e os profissionais de nível técnico. Toda a equipe de enfermagem atua em função de objetivos claros e imperiosos: proporcionar ao cirurgião materiais, segurança e apoio no momento da cirurgia.

Todo o trabalho é realizado com a finalidade de “entregar” ao cirurgião o “corpo” a ser trabalhado com a máxima segurança e exposição adequada da área a ser operada. Claramente, isto se reflete na segurança do paciente e no bom andamento da cirurgia, mas o trabalho em sala cirúrgica funciona convergindo para a atuação do cirurgião. Este tem “voz de comando”, elemento fartamente propagado entre os que lá trabalham, para chegar ao topo da escalada hierárquica do que pode vir a ser um cirurgião de sucesso. Dentro das equipes médicas, conforma-se uma hierarquia que inicia no estudante e estagiário de medicina, residentes I, II e III, dependendo dos anos oferecidos na especialidade da residência, mestrados e doutorandos, médicos contratados da instituição até o professor da faculdade de medicina.

Ainda dentro da escala hierárquica da enfermagem, é importante salientar que o enfermeiro desempenha sempre um papel de liderança entre os demais profissionais de enfermagem. Cabe a ele realizar treinamentos, supervisões, orientações e avaliações do trabalho destes profissionais de nível técnico. Mesmo não exercendo um cargo de chefia dentro da empresa, são chamados de “chefes”, pois têm o poder de avaliar e até dispensar o trabalho dos técnicos, além de desempenhar as atividades gerenciais da unidade. Estes profissionais são, portanto, temidos e amados em proporções iguais. A estrutura institucional também proporciona uma escala hierárquica entre os enfermeiros com a presença de cargos de chefias de unidades, chefias de serviço, assessora das chefias de serviço, supervisoras de enfermagem e coordenadora do grupo de enfermagem. Constitui-se em um quadro mesclado de enfermeiros

assistenciais, isto é, contratados da instituição e que prestam assistência direta ao paciente, e professores da escola de enfermagem que ocupam cargos de chefias de serviço e coordenadora do grupo de enfermagem. Na base, estão estudantes e estagiários de enfermagem e todos os enfermeiros assistenciais. Com as funções assim bem determinadas ao estilo dos princípios disciplinares foucaultianos, “cada indivíduo no seu lugar; e cada lugar, um indivíduo” (FOUCAULT, 2008, p. 123), a disciplina hierárquica nos mostra a configuração da ocupação dos espaços hospitalares.

3 INSTRUMENTAIS TEÓRICOS

Neste capítulo, trago alguns conceitos que me orientaram neste caminho de descobertas partindo de uma análise da articulação entre os jogos de saber e poder e os efeitos de verdade no trabalho, sustentados pelo olhar dos profissionais do centro cirúrgico presentes na produção de éticas nos modos de trabalhar. Com este eixo principal, tomo o pensamento de Michel Foucault como norteador de um recorte teórico sobre a condição deste sujeito trabalhador, traçando um diálogo no que se refere às questões do olhar e buscando outros suportes que contemplem uma trajetória particular para estas questões além do campo foucaultiano.

Ao usar este referencial, remeto-me a Bert (2007) que ressalta o valor social que Foucault imprimiu a seu trabalho, colocando a prevenção de riscos como tarefa prioritária do pesquisador ou pensador e tentando fazer com que as pessoas entendam o que está acontecendo nos ambientes em que trabalham, dando visibilidade aos mecanismos de poder que são exercidos dissimuladamente: “O papel do intelectual não é mais o da filosofia, consiste em uma ação diagnóstica que deve fazer ver e saber o que se passa” (BERT, 2007, p. 157). Trata-se de dar luz ao que nos concerne, o que nos toca de imediato em relação ao que está ao nosso redor.

Destarte, uso as ferramentas conceituais de Foucault para analisar o sujeito e a verdade forjados nesta interação escópica. Sua preocupação sempre foi saber como o sujeito entrava nos jogos de verdade, seja na forma de um modelo científico, ou encontrado em instituições ou nas práticas de controle. Assim, torna-se importante definir este sujeito como indivíduo falante, vivo, trabalhador (FOUCAULT, 2006a). Um sujeito forjado pelo discurso, colocado em relação de produção e significação e em relações de poder. Para pensar o sujeito, trago alguns conceitos de “O sujeito e o Poder”

(1995), onde Foucault pesquisou os diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos tornam-se sujeitos. Para isso, investigou três modos de objetivação: aquele que tenta atingir o estatuto de ciência pela objetivação do sujeito do discurso, do sujeito produtivo ou ainda pelo simples fato de estar vivo; aquele em que a objetivação se dá pelas práticas divisoras, onde o sujeito é definido como louco ou são, doente ou sadio, criminoso ou “bom menino”; e por fim, escolheu o domínio da sexualidade para trabalhar o modo como os seres humanos tornam-se sujeitos, ou seja, como aprenderam a se reconhecer como sujeitos de sexualidade (FOUCAULT, 1995). Ainda neste estudo, Foucault aponta que há dois significados para a palavra sujeito: sujeito a alguém pelo controle e dependência e sujeito preso a sua própria identidade por uma consciência ou autoconhecimento.

Dentro dessa perspectiva, Foucault toma o sujeito como uma forma, que pode se modificar dependendo dos diferentes tipos de relações: “Você não tem consigo próprio o mesmo tipo de relações quando você se constitui como sujeito político que vai votar ou toma a palavra em uma assembléia, ou quando você busca realizar o seu desejo em uma relação sexual” (FOUCAULT, 2006a, p. 275). Estabelece-se, assim, diferentes formas do sujeito se saber sujeito, sua relação consigo mesmo e, conseqüentemente, sua relação com os outros também se modifica. Um sujeito se constitui como louco mediante aquele que o declara louco. Um trabalhador é apto para exercer certa profissão mediante os órgãos institucionais e de formação que o declaram enfermeiro, médico ou advogado. Assim, os sujeitos se modificam por diferentes condições de sujeição.

Do mesmo modo como os sujeitos se conformam nesta mobilidade, as relações de poder que se estabelecem são igualmente móveis, reversíveis e instáveis. Foucault declara não empregar a palavra poder e sim “as relações de poder”, quando cada sujeito procura dirigir a conduta de outro. Suas análises incidem sobre as relações de poder que estão implícitas nas relações humanas e são exercidas entre os indivíduos, na família, nas relações pedagógicas e na vida política. Além disso, essas relações de poder somente se estabelecem a partir da condição de liberdade dos sujeitos. Se, na relação, um dos sujeitos adquirir a condição de posse sobre o outro, se este outro estiver completamente à disposição e se tornar sua coisa, seu objeto pela via da violência, então não haverá relações de poder (FOUCAULT, 2006a). É necessário que se estabeleça alguma forma de resistência indicando certa possibilidade de liberdade. O poder está implicado no conceito de dominação, pois exige, na ação, a presença do outro. Para

Foucault, não se trata de interrogar o poder sobre a sua origem, seus princípios ou seus limites, mas de estudar os procedimentos e as técnicas utilizados nos diferentes contextos institucionais, para atuar sobre o comportamento dos indivíduos, para formar, dirigir, modificar sua maneira de se conduzir:

(...) essas relações de poder caracterizam a maneira como os homens são **governados** uns pelos outros; e sua análise mostra de que modo, através de certas formas de **governo**, dos loucos, dos doentes, dos criminosos, etc., foi objetivado o sujeito louco, doente, delinqüente (FOUCAULT, 2006b, p. 238).

As relações de poder não são um mal do qual é necessário se libertar. Foucault acredita que não pode haver sociedade sem relações de poder se elas forem entendidas como estratégias de dominação de uns sobre os outros. No entanto, faz-se necessário distinguir as relações de poder como jogos estratégicos entre liberdades e como estados de dominação. O primeiro se refere às estratégias de determinação de conduta e o segundo, onde as práticas de liberdade são limitadas (FOUCAULT, 2006a).

A análise das relações saber-poder permite estabelecer a relação entre os sujeitos e os jogos de verdade e estes, para Foucault, se referem ao conjunto de regras de produção de verdade. A questão do saber-poder transforma-se em instrumento que permite analisar o problema das relações entre o sujeito e os jogos de verdade. Pela palavra “jogo”, podemos compreender um conjunto de regras de produção da verdade, que produz certo resultado e que pode ser considerado válido ou não. Repete-se aqui a mobilidade pertinente aos jogos, pois sempre há a possibilidade de mudanças nas regras. Por isso Foucault enuncia: “Quem diz a verdade? Indivíduos que são livres, que organizam um certo consenso e se encontram inseridos em uma certa rede de práticas de poder e de instituições coercitivas” (FOUCAULT, 2006a, p. 283). Sendo assim, os jogos de verdades que definem as relações de poder permitem justificar as posições do sujeito e sua mobilidade na estrutura social.

Foucault estuda a constituição do sujeito como objeto para ele próprio, como o sujeito é levado a se observar e se reconhecer como um campo de saber: “Trata-se, em suma, da história da subjetividade, se entendermos esta palavra como a maneira pela qual o sujeito faz a experiência de si em um jogo de verdade, no qual ele se relaciona consigo mesmo” (FOUCAULT, 2006b, p. 236). São as práticas concebidas ao mesmo

tempo como modo de agir e de pensar que mostram a chave para entender a constituição correlativa do sujeito e do objeto.

O cuidado de si remete a um princípio grego fundamental de ocupar-se consigo (*epimeléia heautoû*), que caracterizou a atitude filosófica ao longo de quase toda a cultura grega, helenística e romana e que significou um acontecimento no pensamento e na concepção subjetiva do sujeito moderno. O cuidado de si apresenta-se como uma maneira de ser, uma atitude e como forma de reflexão. O sujeito que cuida de si é aquele que cuida dos outros, aquele que sabe governar. Este conceito, fundamental na filosofia socrático-platônico, também envolve o conhecimento de si e um retorno a sua alma, tomando o sujeito da ação em relação ao que o rodeia, aos objetos de que dispõe, aos outros com os quais se relaciona, ao seu próprio corpo e a sua alma (FOUCAULT, 2006c). Cuidar de si implica em se munir de instrumentos éticos que façam o sujeito refletir sobre regras e princípios que são, simultaneamente, verdades e prescrições. “Cuidar de si é se munir dessas verdades: nesse caso, a ética se liga ao jogo da verdade” (FOUCAULT, 2006a, p. 269).

Se o poder e a liberdade estão articulados pela possibilidade de refletir sobre os jogos de verdade e seus efeitos, para Foucault, a ética se constitui em uma prática reflexiva, em que os códigos morais podem ser pensados e questionados. Onde não há liberdade não existe ética e faz-se necessária uma distinção sobre a ética e a moral. De acordo com Blondel (1999) *in* Nardi (2006), ética e moral têm a mesma origem (do latim, *mores* e do grego *ethos*) e ambas se referem à reflexão sobre os princípios que dirigem a ação e que diferenciam o bem do mal. Para Foucault, a moral é tomada como um conjunto de regras e preceitos veiculados pelas instituições prescritoras como a família, a religião, a escola e o trabalho, e a ética como o comportamento real dos indivíduos em relação a essas regras. Assim, propõe que a ética seja pensada como a forma privilegiada de reflexão sobre as maneiras de viver, e a vida deve ser tratada como uma obra de arte. Segundo Schmid *in* Nardi (2006), é pela via da construção de uma arte de viver, do desenvolvimento de uma estética da existência (estética aqui remetida a uma sensibilidade indispensável na reflexão sobre as escolhas do sujeito), que os indivíduos podem resistir às formas de dominação.

Para os gregos, o *êthos* era a maneira de ser, de conduzir e se traduz pelos seus hábitos, por seu porte, pela maneira de caminhar, pela calma como responde aos

acontecimentos, constituindo-se como uma forma de liberdade. O cuidado de si é ético em si mesmo e determina como um sujeito governa a si e aos outros. A arte de governar repousa em uma concepção ética da existência (FOUCAULT, 2006a).

A concepção do cuidado de si sofreu modificações através dos séculos até a contemporaneidade, desde a separação entre o cuidado de si e o conhecimento de si até a sua problematização atual com as questões sobre o cuidado com o corpo. Cuidar do corpo, hoje, é o melhor meio de cuidar de si, fazendo um contraponto ao cuidado de si socrático. O corpo é considerado o lugar privilegiado da subjetividade, onde incidem as técnicas disciplinadoras em uma nova ordem de mercado globalizada. O culto ao corpo e todas as técnicas para torná-lo jovem e produtivo contam com um aparato científico e industrial onde o hipercapitalismo necessita de corpos liberados não só dos princípios morais e religiosos, mas de seu patrimônio genético e dos limites fisiológicos humanos (SANT'ANNA, 2002).

As imagens trabalhadas na medicina mostram, principalmente, os órgãos, podendo ser considerados “órgãos sem corpo”. As tecnologias de imagens do interior do corpo fornecem um conhecimento objetivo dos males, dispensando cada vez mais o raciocínio crítico e os recursos subjetivos de diagnóstico. Nesse sentido, o corpo tomado na medicina através de imagens é um corpo fragmentado e não uma unidade orgânica e deve ser analisado no âmbito da cultura da fragmentação contemporânea (ORTEGA, 2008). Assim, este corpo “mutilado” pode representar uma ameaça ao ideal totalizante da unidade corporal.

As concepções sobre o que é um corpo são múltiplas e remetem a sua posição de objeto de uma estratégia, quer seja terapêutica ou ética. O corpo aparece, assim, sob a pluralidade de seus aspectos, dissolvendo-se nas disciplinas que pretendem captar suas verdades, indagar das outras ciências do corpo e re-utilizar seus produtos (BOLTANSKI, 1989). O corpo é objeto de estudo submetido a várias significações: sede da vida, organismo capaz de vários movimentos e de trocas com o meio; conjunto de órgãos em funcionamento recoberto por uma superfície elástica e sensível que delinea uma forma mais ou menos estável a partir da qual um indivíduo se reconhece e se representa para os outros. Mesmo um corpo em mau funcionamento, doente e restrito em seus movimentos, continua sendo um corpo. Um corpo morto é chamado de corpo. Um corpo roubado a seu próprio controle, que não pertence mais a si e transformou-se

em objeto de gozo do outro continua sendo corpo. Um olhar sobre o corpo nos remete a um olhar sobre nosso próprio corpo, relação especular em que é lançado aquele que olha. Um corpo que sofre nos interessa, desperta comiseração e fascínio, o que coloca em causa a natureza do nosso prazer. “Estamos, ao mesmo tempo, identificados com o que sofre, mas a salvo; gozamos do fato de quem sofre é um outro, o que acentua o valor de nosso bem-estar e da integridade de nosso corpo” (KEHL, 2004, p. 15).

A psicanálise tenta reconstituir o corpo e o sujeito, divisão já radicada na cultura ocidental pela via do dualismo corpo-alma. Como se dá a passagem do puro organismo para o corpo sensível? O corpo sensível, acordado e consciente é o corpo da dor, onde há o acesso privilegiado a si mesmo e ao outro. O puro organismo é o corpo desacordado, objeto de estudo. Assim, podemos depreender que o modo como olhamos o corpo do outro está subjetivado pelo nosso olhar. Para pensar este olhar sobre o corpo aberto e desacordado, temos que reviver em nós as feridas e as cicatrizes que já expuseram o interior de nosso corpo. Esta é a bagagem de cada profissional que chega ao centro cirúrgico e que, na formação, irá se fundir aos conhecimentos adquiridos, constituindo a identidade profissional e os modos de trabalhar.

O interior do corpo pode ser entendido, no sentido freudiano de *unheimlich*, ou seja, algo que se revela estranho, mas nos é familiar. “Não há dúvida de que pertence a ordem do terrífico, do que excita angústia e horror” (FREUD, 1992, p. 219). A palavra que dá título ao escrito de 1919, “*Das Unheimliche*”, é objeto de estudo de Freud que traçou um percurso de significados, um desenvolvimento que mostra uma metamorfose em que *heimlich* segue uma ambivalência até coincidir com seu oposto *unheimlich*. Mostra, assim, seu caráter duplo, ao mesmo tempo familiar e agradável com o desconhecido e abominável. Essa tentativa de demonstrar a aproximação dos dois termos revela o empenho de Freud para explicar a questão da identificação de uma pessoa com outra, ou seja, que por seus aspectos idênticos passam a se considerar idênticas até o ponto de equivocar-se com o próprio eu, com o permanente retorno do igual. Também aponta para o sentimento de estranhamento que uma pessoa pode vivenciar a respeito de sua própria identidade, como algo antigo que retorna mascarado pela potência do recalque, podendo levar ao não reconhecimento de sua própria imagem no espelho. A vivência deste “estranho” se produz quando alguns complexos infantis reprimidos são reanimados por impressões ou sensações, acarretando o retorno de sentimentos aparentemente desconhecidos, de angústia, mas, no íntimo, familiar.

Este referente de duplicidade convoca-nos a pensar sobre o outro que nos habita, ou seja, nossa viceralidade, absolutamente igual em todos os seres humanos. Hannah Arendt *in* Ortega (2008) refere-se a esta constatação terrífica por ocasião da abertura dos corpos: “monótona mesmice e feiúra penetrante (...) se esse interior aparecesse, todos pareceríamos iguais” (ORTEGA, 2008, p. 73). Essa situação de indiferenciação desperta angústia e nos leva a perceber que o visceral é alheio a nossa experiência. Constitui-se em algo vivido somente por ocasião da dor. Descobrimos nosso corpo pela dor que, em última instância é sempre psíquica e denuncia a lesão do laço com o outro. Por ela, entramos em contato com o outro e consigo mesmo; é um dos caminhos de se experimentar e se conhecer, sentir a existência de si mesmo e do outro (FLEIG, 2004). Pode-se pensar, assim, que a supressão da dor e da sensibilidade pela anestesia nos conduz ao puro organismo, ao apagamento do próprio sujeito desejante.

Sabemos que o paciente é subjetivado como doente antes mesmo de sua entrada no hospital. Já na consulta médica, o doente recebe um diagnóstico e um anúncio: terá que ser submetido a um procedimento cirúrgico. Desde já, é tomado como “doente”, subjetivado como objeto do discurso médico que está pautado em estudos e pesquisas diagnósticas. Ao entrar no hospital, é recebido como uma pessoa frágil, que necessita de auxílio, mas, ao mesmo tempo, terá que se adequar às normas hospitalares, às rotinas de trabalho dos profissionais. Terá que se submeter a exames, receber medicamentos, banhos no leito, enfim, aceitar a manipulação de seu corpo por outras pessoas. O olhar do trabalhador é dirigido para esse corpo, já subjetivado pela doença e pela internação hospitalar e é este olhar que o enquadra no regime de verdades definindo-o como “doente”. Essa interação de trabalhadores com pacientes produz modos de subjetivação atravessados por jogos de verdade que dão sustentação às relações de poder e se refletem, certamente, em uma ética no trabalho. A manipulação do corpo legitimada pela hospitalização, através da autorização social, confere poder ao profissional de saúde pela via do saber e da possibilidade de cuidar do corpo. O paciente hospitalizado fica neste lugar de expectador, a mercê da manipulação, reforçando este poder incontestável sobre a doença e a vida humana (KRUSE, 2004).

Cada profissional, atravessado pelo saber, sustenta uma visibilidade do corpo do paciente e lança um olhar aos outros profissionais e ao local de trabalho, criando seu próprio campo de visibilidades corporais. São corpos a serem cuidados, controlados, estudados, dissecados. Assim, o campo do olhar torna-se relativo à perspectiva

profissional e cada trabalhador vai traçando, em seu caminho, uma linha de condutas e possibilidades de trabalhar com o corpo através desse olhar.

Esses saberes sustentam uma visibilidade do corpo do paciente a ser trabalhado. As imagens que aparecem no campo cirúrgico, na tela da TV, nos livros, nas fotografias e nos filmes produzidos sobre técnicas cirúrgicas são de corpos objetivados, órgãos sem corpo. A imagem agora é dos órgãos e é esta imagem que opera um saber. A imagem do corpo desacordado do paciente intervém no corpo do trabalhador. São entrelaçamentos de olhares determinados pela identificação escópica.

Em “O nascimento da Clínica”, Foucault (1980) se ocupa do “olhar clínico”, aquele olhar da observação, “olhar que terá acesso à verdade das coisas, se se coloca em silêncio sobre elas, se tudo se cala em torno do que se vê” (FOUCAULT, 1980, p.122). É o olhar que “ouve” uma linguagem, recebe as impressões dos objetos e tira suas conclusões através de um sistema de verdades conformando e legitimando um discurso médico, um saber.

Este olhar compreende um aprendizado, como se fosse um treinamento. Não somente os ensinamentos sobre os sinais que o corpo envia, mas outro relativo à tecnologia disponível para os tratamentos de saúde. Iniciando pela “decifração” de imagens em exames radiológicos e ecográficos, onde há uma formação profissional específica, até o uso de videocirurgias, há um aumento do uso de tecnologias da visualização. Após uma videocirurgia, o paciente tem a possibilidade de levar pra casa um CD, podendo, inclusive, partilhar sua cirurgia com familiares e amigos. A prática diagnóstica da medicina, na atualidade, está atrelada de forma irredutível a essas tecnologias, provocando mudanças nas práticas sociais em função das informações visuais.

Um salto vertiginoso se imaginarmos o olhar de Vesalius, que descrevia minuciosamente suas apresentações de anatomia sem tocar nos corpos, passando pelas descobertas de Pasteur com lentes de olhar microscópico até as descobertas de um novo universo pelo olhar telescópico. Nesse percurso, os recursos de visualização nas práticas de saúde constituem as novas tecnologias do olhar (SPINK, 2008).

A temática do olhar é fascinante e abordada de diversas formas e referenciais. Desde psicólogos, psicanalistas, filósofos, fotógrafos, escritores, entre outros são

levados a estudar o que captura o olhar e que consequências esta visibilidade produz na vida humana.

A função do olho como órgão é a visão. O ato de olhar significa dirigir o pensamento para um ato de intencionalidade, de significação. Este olhar não funciona isolado, está enraizado na corporeidade enquanto sensibilidade. Para Bosi (1997), o marxismo e a psicanálise nos mostram um homem enredado nas malhas de sua classe, da cultura, da família, da educação e do seu próprio corpo (BOSI, 1997). Podemos assim fazer algumas considerações: quando olhamos um corpo, estamos olhando nosso próprio corpo, mas não propriamente nosso corpo como ele é, e sim como o imaginamos, atravessados por sentimentos que estão guardados na memória pela imagem familiar que temos dele. Para Nasio (2009), a imagem não se configura somente no domínio da visão. Além de ser convocada por esse duplo referente a um “original”, a imagem não existe senão em um objeto investido afetivamente, inscrito na memória consciente ou inconsciente e capturado nas redes da relação com o Outro. A fotografia constitui-se para este autor, uma modalidade desta imagem especular, tendo o poder mágico de alimentar o amor e o ódio de si. Remete-nos ao estádio do espelho proposto por Lacan com a seguinte proposição: “o outro está em mim e eu estou no outro”. “Esta paranóia constitutiva de nosso *eu*, cristalizada por ocasião de *estádio do espelho*, é matriz de todo laço humano” (NASIO, 2009, p. 142).

O *estádio do espelho* revela um conceito elaborado por Lacan na qual a criança, ao ver sua imagem refletida no espelho, reconstitui a sua unidade corporal que antes era fragmentada e colada à mãe. Esta é uma fase do primeiro esboço do eu, da constituição de uma identidade e do contato com a realidade (CHEMAMA, 1995). O bebê vivencia um momento de desorganização interna, de corpo fragmentado e fusionado com a mãe. Diante da própria imagem no espelho, tenta realizar uma síntese entre o corpo perfeito que vê e o corpo desorganizado que experimenta.

Dessa experiência, ele recebe duas informações: a de sua diferenciação em relação ao mundo externo e uma confirmação externa da perfeição narcisista que o constitui como objeto de satisfação dos desejos maternos. É a confirmação de que a imagem traz a unidade desejada, a perfeição ilusória de que podemos ser aquilo que foi idealizado pra nós. Podemos realizar, então, imaginariamente, o desejo materno e nada mais necessita ser desejado, por isso alienante. Ao olhar o espelho, durante toda a vida,

reafirmamos esta cisão entre mundo interno e externo, estruturante para as determinações do ego. As tentativas de alcançar aquela imagem é que nos constitui como sujeito. Ao longo da vida, esta identificação alienante com o desejo do outro vai sendo substituída por traços de identificações com outras pessoas e, quando os laços de dependência se rompem, funda-se o princípio da liberdade. Análogo ao espelho, o olhar do outro (ou da mãe) traz também este efeito de reconhecimento que diz, a partir de fora, coisas de si que ele desconhece. Traz um saber de si a partir de fora e a mensagem: preciso me apropriar deste mundo para saber de mim e ter poder sobre mim mesmo e sobre os outros. “Todo saber se funda na necessidade de ser amado e no medo de ser dominado pelos outros” (KEHL, 1997, p. 413).

4 PESQUISA INTERVENÇÃO E FOTOGRAFIA

4.1 Estratégias metodológicas

A fotografia é o aparecimento do eu próprio como outro, uma dissociação artificial da consciência de identidade (BARTHES, 1981).

Para apresentar as ferramentas utilizadas neste estudo, inspiro-me no filme de Sidney Pollack sobre a obra de Frank Gehry²⁰. Os elementos estão todos aí, como fotografias lançadas e misturadas em uma superfície lisa e clara. Como organizá-las de maneira a fazer sentido? O arquiteto retratado no filme inicia suas obras lançando-se em um lugar perigoso, diz ser o momento da verdade. Como um pintor diante da tela branca: “você tem a tela, o pincel e uma paleta de cores, o que você faz?” Seu segredo está em simplesmente olhar, observar e esperar as ideias surgirem, fazer sentido para ele. Começa fazendo esboços, rabiscos sem sentido no papel. Como quando brincava com pedaços de madeira do fogão à lenha de sua avó. Processo criativo que nos remete à infância. Diante de um projeto em fase de criação, manuseia pedaços de papel onde constrói maquetes desajeitadamente e profere: “vamos olhar isto um pouco, deixar que nos irrite e aí vamos resolver o que fazer”. Construir, desconstruir para novamente construir. Jogos de cena que dão vida às possibilidades de fazer pesquisa.

A interface entre a pesquisa intervenção e a fotografia necessita de um olhar mais atento. Algumas discussões são realizadas em nosso grupo de pesquisas do PPGPSI da UFRGS em relação ao entendimento percebido por comitês de ética pelos quais passam nossos trabalhos, bem como as que surgem dentro do meio acadêmico. As

²⁰ Esboços de Frank Gehry. “Sketches of Frank Gehry”, dirigido por Sidney Pollack (2005 – 83m.).

questões se referem à dificuldade que enfrentamos em relação ao aparecimento de pessoas nas fotografias, fato muito delicado pela dificuldade de aplicar o termo de consentimento após a foto ter sido realizada e pela proposta de um trabalho coletivo orientado através da pesquisa intervenção. Destarte, torna-se importante a busca de alguns referenciais teóricos para compreender como a fotografia pode se tornar um instrumento metodológico dentro desta perspectiva de pesquisa.

A narrativa fotográfica está para o espectador, assim como o teatro está para a plateia. As imagens provocam, suscitam sentimentos e reações. O espectador vai formando teorias que unem as imagens em um acontecimento; vai construindo histórias, tecendo um encadeamento que, por vezes, não existe concretamente, mas é construído ali, no momento da narrativa. Um momento, certamente, fundamental para quem trabalha com a fotografia como estratégia metodológica de pesquisa. Por sua vez, a intenção do fotógrafo, aquele que paralisa e eterniza uma cena com um toque do dedo, nem sempre coincide com o que é captado pelo espectador. Na verdade, o fotógrafo também fica na posição de ser surpreendido com sua obra neste momento da apresentação de imagens, tanto quanto o espectador. A surpresa fica por conta da reação deste, que captura e re-significa a obra, devolvendo-a ao fotógrafo. Em “A Câmara Clara” (1981), Barthes fala da experiência de estar diante de algumas imagens escolhidas, aquelas que existiam para ele. A foto não chega a ser portadora de uma mensagem, apenas apresenta algo, confronta, e aquele que olha não interpreta, é confrontado: “Como *Spectator*²¹, eu só me interessava pela fotografia por sentimento; queria aprofundá-la, não como uma questão (um tema), mas como uma ferida: vejo, sinto, portanto reparo, olho e penso” (BARTHES, 1981, p. 40).

O uso de fotografias em trabalhos de pesquisa na área da saúde é recorrente, seja como forma de ilustrar um evento ou como ferramenta de pesquisa. Um amplo estudo na área de enfermagem identificou produções científicas, nacionais e internacionais sobre documentação fotográfica de feridas no período entre 1994 e 2007, onde foram encontrados 124 artigos referentes ao tema nos bancos de dados MedLine 80 (64,5%), OVID 43 (34,6%) e LILACS 1 (0,8%). As autoras verificaram um cuidado com a técnica de fotografar, bem como a utilização de recursos computadorizados com

²¹ Para Barthes (1981), uma foto pode ser objeto de três práticas, fazer, experimentar e olhar, e onde o *Operator* é o fotógrafo e o *Spectator* somos todos nós que olhamos as fotografias nos jornais, livros ou álbuns de fotografias.

a finalidade de fornecer subsídios para o correto tratamento de feridas, reduzindo custos e sofrimento ao paciente (FARIA; PERES, 2009).

Esses estudos usam o que podemos qualificar de imagens técnicas. Em outra pesquisa, os autores forneceram máquinas fotográficas a seis gestantes do Hospital Universitário da USP para, em um estudo fotoetnográfico, retratar suas experiências e auxiliar a compreensão do fenômeno saúde-doença: “Os achados demonstraram que a linguagem visual pode favorecer o melhor entendimento dos significados culturais e com isso fornecer subsídios para a melhoria do atendimento aos usuários e para a avaliação dos serviços de saúde” (MELLEIRO; GUALDA, 2006, p. 82). Podemos evidenciar aqui outro tratamento na análise de imagens, onde as fotografias são qualificadas como linguagem, podendo ser decifradas e discutidas.

Já, na psicologia, podemos constatar que a fotografia torna-se cada vez mais uma alternativa interessante e viável como estratégia metodológica em pesquisas. TITTONI *in* Merlo (2004) desenvolveu um trabalho com um grupo de mulheres vinculadas à economia solidária que trabalham com a confecção de roupas através da reciclagem de retalhos de tecidos. Nesse processo, a utilização do recurso fotográfico teve como objetivo refletir, através da imagem, aspectos sobre os modos de viver e trabalhar. A fotografia constitui-se, assim, uma estratégia de pesquisa que mostra os jogos de poder, indicando visibilidades e invisibilidades (TITTONI, 2004).

Ainda na área da psicologia social, Osório (2008) desenvolveu estudos junto a trabalhadores da saúde usando também este recurso. Sob a perspectiva teórica da Clínica de Atividade, trabalhada também por Yves Clot, realizou oficinas de fotografia com trabalhadores de um hospital, propondo que fizessem fotos de situações positivas e negativas para a saúde profissional. Através da discussão das imagens, o trabalhador discute consigo mesmo, com seus pares e com seu objeto de trabalho. Nesse referencial, busca-se a compreensão da relação entre trabalho e subjetividade não sendo enfocada a luta contra o sofrimento, mas a atividade de trabalho como fonte de recriação de novas formas de viver e possibilidades de superação de impasses pelos próprios trabalhadores (OSÓRIO, 2008).

Para Flusser, as fotografias que revelam imagens técnicas, aparentemente não necessitam de decifração. Contudo, a aparente objetividade destas imagens é

ilusória, pois, na realidade, são tão simbólicas como todas as imagens, e quando corretamente decifradas, possibilitam um mundo conceitual como sendo seu universo de significação, disparador de redes discursivas que apontam para visibilidades (FLUSSER, 2002). Assim, possibilitam a discussão sobre o que todos sabem que acontece, mas ninguém vê; revelam discursividades para o inominável.

Diante dessas discussões, aponto para uma qualificação na percepção do que pode ser fotografado, na escolha do objeto, uma intenção, um olhar. As fotos podem ser realizadas com a eleição de um tema, uma intencionalidade, o que não significa que fotografaremos somente o que queremos. Depois que captamos a imagem, temos que nos confrontar com o olhar sobre ela, o nosso e o de outras pessoas. Descobrir que fotografamos mais do que pensamos e vimos é surpreendente e nos remete a uma infinidade de sentidos.

Benjamin fala da fotografia como duas instâncias: aquela que diz alguma coisa para a câmera e aquela que diz alguma coisa para o olho; o que é elaborado conscientemente pelo homem e o que aparece num espaço elaborado inconscientemente:

Percebemos, em geral, o movimento de um homem que caminha, ainda que em grandes traços, mas nada percebemos de sua atitude na exata fração de segundo em que ele dá um passo. A fotografia nos mostra essa atitude, através dos seus recursos auxiliares: câmara lenta, ampliação. Só a fotografia revela esse inconsciente ótico, como só a psicanálise revela esse inconsciente pulsional (BENJAMIN, 1994, p. 94).

Desse modo a fotografia traz um novo modo de olhar, fixando um instante, possibilitando a visibilidade sobre detalhes ou um pequeno gesto que de outro modo seria imperceptível. Elas nos ensinam um novo código visual, modificam e ampliam nossas ideias sobre o que vale a pena olhar e sobre o que temos o direito de observar, constituindo-se em uma gramática e uma “ética do ver” (SONTAG, 2004).

A pesquisa intervenção está fundamentada nas bases das pesquisas participativas que iniciaram nos Estados Unidos, nos anos 30, inaugurando novas possibilidades de articulação entre teoria e prática, sujeito e objeto. Criada por Lewin, a pesquisa-ação desestabilizava o mito da objetividade na produção do conhecimento e a implicação do pesquisador, incluído no campo, estava presente no processo da

investigação (entrevistas, questionários, dinâmicas, análise de dados e devoluções) o que modificava o objeto estudado (AGUIAR; ROCHA, 2003). Visando mudanças na realidade concreta, a pesquisa-ação está centrada no agir, através de uma metodologia exploratória que define os objetivos no campo de atuação pelo pesquisador e pelos participantes, o que evidencia seu caráter coletivo. Nessa linha, a “pesquisa intervenção consiste em uma tendência das pesquisas participativas, que busca investigar a vida de coletividades na sua diversidade qualitativa, assumindo uma intervenção de caráter socioanalítico” (AGUIAR; ROCHA, 2003 p. 66).

O que define o caráter desse tipo de pesquisa não é a técnica, e sim a posição que o pesquisador ocupa nos jogos de poder e suas implicações com a instituição do saber científico, desestabilizando-o e favorecendo o coletivo pelo deslocamento do lugar de especialista na análise dos jogos de saber-poder. Assim, sujeito e produção de conhecimento se traduzem em práticas sociohistóricas, o que torna impróprio o retorno de uma possível neutralidade das práticas de pesquisa (PAULON; ROMAGNOLI, 2010).

Para explorar um pouco mais esta estratégia metodológica, trago alguns conceitos, abordando como são utilizados neste processo de fazer pesquisa. O ponto crucial, a meu ver, está situado na relação sujeito-objeto ou pesquisador-sujeito pesquisado, o que põe em evidência o jogo de interesses e de poder encontrados no campo de investigação. Surge assim, a **análise de implicação**, onde o pesquisador (intelectual implicado) analisa as implicações de suas pertencas e referências institucionais, bem como o lugar que ocupa nas relações sociais em geral e não só no âmbito da intervenção (COIMBRA, 1995 *in* PAULON, 2005). O conceito de implicação faz frente ao mito da neutralidade. “Estar implicado é, ao fim de tudo, admitir que eu sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar: fenômenos, acontecimentos, grupos, idéias, etc.” (LOURAU, 1993, p. 30).

Nesse sentido, o dispositivo **saber-poder** na concepção foucaultiana oferece a ferramenta conceitual para que o pesquisador coloque a instituição em análise. As ponderações de Lapassade acerca dos usos do termo “**instituição**” definem-na, ainda, como “forma geral que produz e reproduz as relações sociais de produção”, afastando-se dos usos mais correntes do termo que o abordam como estabelecimento ou organização (AGUIAR; ROCHA, 2007).

Por sua vez, Lourau indica o tempo social-histórico como primordial para a definição do conceito de instituição, destacando seu sentido dinâmico, no qual o movimento ou força de autodissolução está sempre presente (LOURAU, 1993). Os **analisadores**, por sua vez, são “acontecimento, indivíduo, prática ou dispositivo que revela, em seu próprio funcionamento, o impensado de uma estrutura social – tanto a não-conformidade com o instituído como a natureza desse mesmo instituído” (RODRIGUES; SOUZA, 1987 *in* AGUIAR; ROCHA, 2007, p. 656). Muitas vezes, encontramos dificuldades no percurso da pesquisa que, se usadas como analisadores, não bloqueiam seu curso, e sim abrem portas para novas análises e novos caminhos; funcionam como catalisadores de sentido, expõem o saber e o não saber de um grupo sobre si mesmo e desnaturalizam o instituído.

O conceito de **analisador** sofre com o processo de pesquisa, um deslocamento da figura do analista para o de **acontecimento**, deslocando também a posição de centralização da figura do pesquisador para a dos participantes. “A partir daí, o que se coloca em xeque não é apenas ‘quem interpreta’, mas o próprio ‘ato de interpretar’, de fazer valer algo que ‘fale por todos’” (AGUIAR; ROCHA, 2007, P. 656). O acontecimento é um conceito forjado na experiência, naquilo que acontece: “É preciso entender por acontecimento não uma decisão, um tratado, um reino, ou uma batalha, mas uma relação de forças que se inverte, um poder confiscado, um vocabulário retomado e voltado contra seus utilizadores, uma dominação que se enfraquece, se distende, se envenena e uma outra que faz sua entrada, mascarada” (FOUCAULT, 1989, p. 28).

Por último, não menos importante, eu até diria fundamental para o entendimento deste tipo de metodologia, o conceito de **restituição**, que se diferencia tanto da devolução como da interpretação de uma verdade coletada no campo. A restituição consiste em se centrar numa tarefa – “a de *análise coletiva da situação presente, no presente* – em função das diversas implicações de cada um *com e na situação*” (LOURAU, 1993). A restituição acontece no próprio processo de trabalho, constitui-se na experiência, no acontecimento. É uma atividade intrínseca à pesquisa, tão importante como os dados contidos em artigos e livros. É também um importante analisador, pois mostra a riqueza das experiências que não podem ser resumidas em um relatório, bem como apontam para as dificuldades do saber acadêmico que produzem “verdades” (AYRES, 2005).

A fotografia utilizada como um instrumento de pesquisa lança um olhar para o que é estudado, sendo este olhar o resultado da união do olhar do pesquisador e do sujeito estudado. A apropriação da coisa fotografada coloca o sujeito em relação ao mundo retratado e o pesquisador, utilizando-se da fotografia como estratégia metodológica, coloca a própria fotografia e seus processos em análise. Para Tittoni, a discussão sobre a fotografia encontra-se imersa na discussão sobre o poder e os modos de subjetivação contemporâneos, mostrando as linhas de visibilidades e enunciação e potencializando os fluxos de resistência e criação (TITTONI, 2009).

Constituindo-se em um processo de trabalho coletivo, ambas, pesquisa intervenção e fotografia caminham juntas no acesso às visibilidades. A narrativa fotográfica, como um processo de discussão sobre o conteúdo de imagens, pode ser viabilizada como uma estratégia metodológica que, junto a outros procedimentos, integra uma metodologia de pesquisa, a intervenção fotográfica. Como explica Tittoni, inscrita na perspectiva da pesquisa intervenção, a intervenção fotográfica é entendida como um processo que implica três momentos cruciais: o acompanhamento dos grupos, com a construção da possibilidade de trabalhar imagens; as oficinas de fotografias, que se constituem em momentos privilegiados de sensibilização do olhar, bem como a produção de imagens propriamente dita; e, por fim, trata-se da narrativa visual, produzida coletivamente (TITTONI, 2009).

O que é experienciado pelo grupo na narrativa fotográfica pode ser um acontecimento e pode elucidar diferentes analisadores. Enfim, a intervenção fotográfica constitui-se em uma combinação entre a fotografia e a pesquisa intervenção com a intenção de usar a estratégia da fotografia em construções e análises coletivas, aumentando, assim, as possibilidades de interrogar e perceber as linhas de força contidas nos cotidianos das relações.

4.2 Procedimentos de pesquisa

Deste modo, para a realização da oficina de fotografia, foi solicitado uma sala do serviço de anestesia que se localiza no mesmo setor, mas externa ao bloco cirúrgico. Os participantes foram convidados por e-mail e cartazes (Figura 3). Essa oficina teve como objetivo a apresentação do projeto de pesquisa, bem como a sensibilização para o trabalho com fotografias com a apresentação de materiais e publicações fotográficas. Ao final do primeiro encontro, foi realizada a proposta de que o grupo produzisse suas fotos sobre o seu trabalho. Paralelamente a esse grupo, em um encontro informal durante o período de trabalho, ofereci uma câmara fotográfica a alguns trabalhadores, e dois deles aceitaram participar com a produção de imagens, mas não compareceram ao segundo momento das narrativas fotográficas.

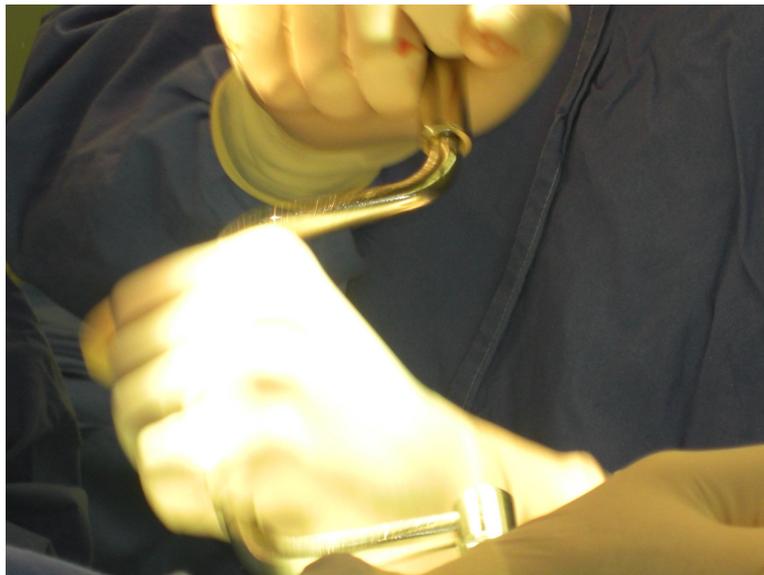


Figura 3- Convite para oficina de fotografia.

No segundo encontro, momento das narrativas fotográficas, a produção do primeiro grupo foi apresentada e discutida, com a gravação das discussões pela experiência de visualização de imagens sobre o trabalho. Um segundo grupo foi convidado a olhar as fotografias em um momento informal, durante o período de trabalho. Esta iniciativa foi resultante da ideia de ampliar as discussões para outras categorias profissionais, diversificando os olhares.

As visibilidades do trabalho através da fotografia revelaram-se um acontecimento de grande relevância para a discussão de questões que, de outra forma, talvez, não fossem abordadas. Devido a dificuldades inerentes às características do local de trabalho, penso que não haveria maneira mais fértil de acessar este grupo de trabalhadores, do que pela imagem.

Sendo assim, a intervenção foi finalizada com a realização de uma exposição fotográfica, onde as fotos foram escolhidas pelos autores, impressas e colocadas em um pôster afixado no corredor central do Centro Cirúrgico, local de grande circulação. Nesse evento, juntamente com a apresentação da exposição em um pequeno texto, foi realizado um convite para que as pessoas pudessem se manifestar sobre as imagens. Esta intervenção provocou diferentes manifestações dos trabalhadores sobre este estudo, conforme veremos ao longo de nossa análise.



SEGUNDA PARTE (HEMOSTASIA²²)

5 OFICINA DE FOTOGRAFIA

5.1 Grupo I

5.1.1 Primeiro encontro: sensibilização do olhar

Após a aprovação do projeto pelo comitê de ética, iniciei a nova etapa das oficinas de fotografia. Para ter acesso ao campo e seguindo a hierarquia vigente na instituição, conversamos, eu e a minha orientadora, com a chefia do Serviço de Enfermagem em Centro Cirúrgico. O objetivo era apresentar pessoalmente o trabalho e falar como seria feito. Fomos muito bem acolhidas e pudemos discutir a melhor abordagem frente aos funcionários.

A partir de então, iniciei a divulgação dos procedimentos da pesquisa com os colegas de trabalho da enfermagem, médicos e demais funcionários da unidade, incentivando a participação e a realização das fotos. Também foram elaborados cartazes divulgando o local, dia e horário da oficina de sensibilização para o trabalho com

²² Manobra destinada a evitar ou estancar a hemorragia (www.jorgebinsely.com/dierese.pdf)

fotografias. Esses cartazes foram colocados em locais de grande visibilidade como murais e locais de circulação. Também foram mandados e-mails para a maioria dos profissionais com o mesmo cartaz em anexo, reforçando o convite. A reação aos cartazes foi imediata. Várias pessoas comentaram comigo ou com outros profissionais que seria um trabalho interessante e diferente. Em relação aos e-mails, recebi o retorno de uma pessoa confirmando a participação, mas esta não compareceu.

Chegado o dia da oficina, cheguei uma hora mais cedo para a preparação da sala e do material. Como era final de turno, conversei com várias pessoas que estavam saindo, já no vestiário, mas todas tinham compromissos inadiáveis, filhos a buscar na escola ou estavam cansadas. As conversas no vestiário ao final de cada turno envolvem fatos acontecidos durante a cirurgia em que cada funcionário trabalhou. Ali trocam informações, queixam-se do trabalho cansativo ou de algum desentendimento com a equipe médica ou com colegas da enfermagem.



Certamente, constituiu-se em um local para observação da pesquisa. As roupas usadas durante o turno de trabalho também são deixadas ali, em um hamper²³ Um olhar para este material mostra roupas com pequena sujidade de sangue ou solução

²³ Saco de tecido para descarte de roupas a serem posteriormente levadas à lavanderia.

de iodo, como também roupas com anotações e rabiscos de caneta. Muitas coisas são descartadas neste local, juntamente com as roupas, como joias, anéis alianças, chaves etc. É frequente a procura de objetos perdidos neste local de descarte. Esses cestos são levados à lavanderia, onde esta tarefa seria mais difícil. Mesmo assim, é frequente o comentário de que alguém passou horas na lavanderia procurando uma aliança, uma joia ou chave. O vestiário, lugar de passagem, constitui-se em espaço de troca, de transmutação. Deixam-se objetos e roupas de uso pessoal para vestir o traje de trabalhador de centro cirúrgico, ou seja, roupas verdes largas e confortáveis ao estilo pijama, touca e máscara cirúrgica. Todos iguais, independente da profissão exercida. Esta diferenciação se apresenta, então, fortemente marcada pela hierarquia institucional.

Neste encontro compareceram três enfermeiras que estavam saindo de seu turno de trabalho. Um médico anestesista também aceitou participar, quando convidado naquele momento, pois não havia visto os cartazes. O grupo constituiu-se de quatro trabalhadores, eu, pesquisadora e também trabalhadora, e W, graduando de psicologia e bolsista do grupo de pesquisa.

Inicialmente, apresentei o projeto, delineando os objetivos, a metodologia e a fotografia como estratégia de pesquisa. Mostrar as fotos de meu trabalho foi, de certa forma, curioso, pois eram fotos de situações usuais do trabalho e, mesmo assim, não deixaram de causar algum impacto. As fotos mais comentadas foram a da superfície do balde, onde ficam refletidos imagens dos trabalhadores e da sala. O trabalho era o mesmo para todos, mas as fotos, os ângulos, o olhar do fotógrafo foi o que chamou a atenção. Afinal, porque fotografar a superfície do líquido de um balde? O que está refletido ali? Que tipo de líquido está ali dentro? Quem o coloca ali e em que momento? São questionamentos que surgem ao olhar a fotografia.

Após a apresentação do projeto, disponibilizei material sobre fotografia: publicações de Vik Muniz, Sebastião Salgado, Man Ray e André François. Esta última, um trabalho feito com trabalhadores da área da saúde chamado “Cuidar – um documento sobre a medicina humanizada no Brasil” (FRANÇOIS, 2006). Este trabalho foi um dos mais comentado, pois chamou mais a atenção do grupo pela força e beleza das imagens. Algumas brincadeiras se misturaram aos comentários, como por exemplo, o anestesista comenta que poderia ser fotografado o dia que a enf^a B trazer um bolo que ficou devendo pelo seu aniversário. Depois comenta sobre o trabalho de Sebastião

Salgado (1997) em Eldorado dos Carajás e se impressiona com o rosto envelhecido retratado e diz parecer com uma uva passa, “não fazem *peeling* nem botox”... “levam sacos de areia pra cima e pra baixo”. D comenta sobre o livro de Vik Muniz (2009). Comento sobre as obras serem de açúcar e também sobre as obras de areia, de pedacinhos de papel, geleia etc. Falamos sobre a volatilidade das obras, uma vez que necessitam ser fotografadas para se eternizarem. Sendo assim, ao final do encontro, faço o convite para que participem do estudo com a produção de imagens retratando os modos de trabalhar. Ressalto a importância do olhar de cada um, a liberdade na elaboração de imagens relativas ao espaço e tempo, bem como a limitação na identificação de pacientes ou outros trabalhadores. Sugiro outro encontro para organização e discussões sobre as fotos que seriam realizadas, mas todos se dizem aptos e preferem partir diretamente para a produção de imagens. Combinamos um prazo de dez a quinze dias para um retorno das fotos.

Este tema retornou em um dia de trabalho, quando ofereci a máquina fotográfica para alguns trabalhadores, G, técnico de enfermagem, e F, auxiliar administrativo, seguindo um mesmo roteiro de informações anteriores sobre os objetivos e as limitações. Ambos mostraram interesse, dizendo-se apreciadores de fotografia. G fez fotos da fase final de uma cirurgia neurológica, da qual eu tinha feito da fase inicial. Curiosamente, apareceu um efeito “espelho”, ou seja, eu fotografei a abertura da cirurgia e ele fotografou o fechamento e o curativo. Comentou comigo, após as fotos, que com elas podemos perceber pequenos detalhes do fazer, que no andamento do trabalho, com a rapidez que é exigida, passam despercebidos. F retratou os objetos e o espaço concernentes ao seu trabalho na secretaria: computador e telas de acesso ao sistema institucional, papéis impressos, materiais de escritório etc. Também trouxe o espaço ocupado pelos pacientes e materiais que destoam do ambiente hospitalar como brinquedos e decorações da sala de espera de crianças. Disse gostar muito de fotografia e gostou da possibilidade de participar deste trabalho.

O prazo para o retorno do primeiro grupo se entendeu para mais de 30 dias. As fotos foram enviadas por e-mail ou CD. Como o segundo grupo fotografou com a máquina que eu havia fornecido, eu já estava de posse deste material fotográfico. Assim, marcamos por e-mail um novo encontro para as narrativas fotográficas, momento de olhar para o trabalho em forma de fotografia. Um aspecto importante a ser destacado é o envolvimento de todas com o processo de pensar seu trabalho, uma vez que são alunas

de pós-graduação nas áreas da saúde (especialização e mestrado), fato que certamente influenciou a participação. Apesar de ter encontrado o médico e comentado sobre o estudo, este não deu retorno e não aderiu ao grupo.

Dessa maneira, apresento a seguir as narrativas fotográficas desses trabalhadores, traçando um percurso de reflexões (em formato itálico) a partir das fotografias, entrelaçadas com minhas reflexões a partir dessas narrativas, o que coloca o próprio percurso em análise. As imagens integram o texto e o complementam, podendo ser lidas e pensadas. Não há, necessariamente, uma correlação imediata entre os dois, portanto, não estão numeradas ou referenciadas de modo explicativo.

5.1.2 Segundo encontro: narrativas fotográficas como uma produção coletiva

Este grupo constituiu-se de quatro enfermeiras, o que me inclui, e W, estudante de psicologia e participante do grupo de pesquisa. Três enfermeiras haviam participado da oficina de sensibilização e M, que enviou suas fotos após esta oficina e interessou-se pelo trabalho. Solicito permissão para gravar a oficina, e a solicitação é aceita.

Elas questionam se o gravador tem alcance suficiente para gravar todas as pessoas. Início pelas fotos da B e ela se manifesta pedindo que, se possível, sejam as últimas. Vejo que há fotos de praia e todas comentam que estas devem ficar para o fechamento. Perguntam o que eu quero que elas falem ou apontem nas fotos. Digo que podem apontar qualquer coisa que acharem interessantes. Uma foto pode suscitar um pensamento, ou um encadeamento de fotos pode também remeter a alguma situação que tenham vivido, mas os comentários são livres. B. já aponta que minha primeira foto, que mostra um telefone em primeiro plano, é igual à dela.



M diz que esta fotografia simboliza a comunicação e a quantidade de fatores que temos que lidar em nosso trabalho. “A flor traz um pouquinho de colorido à mesa, dá uma quebrada neste monte de materiais, informações, cartazes na parede, computador, todos os instrumentos de trabalho”. Por isto nos reconhecemos nas mesmas fotos. Digo que não é por nada que tiramos fotos iguais, pois apesar da diversificação de materiais, trabalhamos com a mesma coisa. B diz que, para ela, o telefone enlouquece. “Toca sempre, uma ligação atrás da outra, não se consegue fazer nada, só atende telefone”.

Em geral, na visão legitimada sobre o hospital, não se evoca o telefone ou as formas de comunicação como finalidades do trabalho hospitalar; no entanto, estes elementos são fundamentais para que o trabalho efetivamente ocorra. Assim, no regime de verdades que orienta a hierarquia do trabalho hospitalar, estes aspectos ficam subjugados a outras práticas, como a intervenção direta sobre o corpo do paciente nas atividades médicas e de enfermagem.

Descrevo que estava estressada na passagem de plantão naquela manhã, pois o telefone não parava de tocar. Não houve muitas cirurgias à noite, pois haviam salas bloqueadas por um congresso de anestesia, mas eu fiquei todo o plantão resolvendo problemas por telefone. Marcaram dois processos de transplantes, independentes um do outro, e a central de transplantes atrapalhou-se com os dois

processos sem saber se era viável a realização concomitante de dois transplantes de fígado pediátricos. Um era um transplante de um órgão que vinha do Ceará a ser transplantado em uma criança internada aqui, e outro uma remoção de órgãos a ser realizada no hospital e a ser implantado em uma criança que viria de Jaguarão. Seria realizado pela mesma equipe, mas eles ignoravam que havia dois processos em andamento. Após a confirmação destes dois processos de doação, resolveram fazer a implantação uma após a outra. Quando se deram conta das dificuldades técnicas, como falta de material e pessoal, reavaliaram e decidiram fazer um só transplante.

Este episódio deixa à mostra os liames da rede de informações que o profissional de enfermagem se vê convocado a dar conta. Traz também a visibilidade da situação de órgãos que transitam alijados do seu corpo, para serem transplantados e, assim, permanecerem vivos. O trabalho gerencial do enfermeiro evoca a discussão sobre a compartimentalização do corpo, trazendo à tona a questão da estratificação profissional. Para cada órgão a ser retirado ou transplantado, cabe a atuação de uma equipe médica e de enfermagem diferenciada.

Todo esse processo envolveu muito *stress* com ligações frequentes e mudanças de planos e horários a cada ligação, disparando reações e novas organizações a cada telefonema.

B fala que o órgão que veio do Ceará estava mal acondicionado e em solução inadequada o que ocasionou, por fim, o seu descarte. O tempo excessivo de isquemia²⁴ também foi levado em consideração. Diz que já apelidaram o telefone de big fone, pois quem atende resolve a “bucha”. “Tu não podes atender e passar o telefone para alguém resolver o problema pra ti. Quem atende, resolve”. Digo que fiquei atuando como uma ponte entre a CTI que tinha o doador, a Central de Transplantes e os cirurgiões que também ligavam para se informar. Foi um processo bem atrapalhado e cansativo, levando a uma passagem de plantão também complicada. Tinha o doador entrando na sala cirúrgica, uma criança de dois anos, mas eu não sabia quem seria o receptor, pois até aquele momento, não estava decidido ainda quem receberia o órgão. Então chegou o anestesista e brigou, pois eu não havia bloqueado uma sala de SUS²⁵. Só havia uma sala de SUS para aquela manhã, em função do congresso de anestesia e

²⁴ Ausência de oxigenação por falta de fluxo sanguíneo no órgão.

²⁵ Salas onde são realizadas cirurgias pelo Sistema Único de Saúde, de acordo com uma escala por especialidades cirúrgicas.

ele queria que ela fosse bloqueada conforme a rotina em dias usuais. Então mostrei a ele uma comunicação do administrador da unidade informando que, nestes dias de congresso, onde a maioria das salas seria de convênios, se houvesse transplante, não seriam ocupadas salas de SUS e o anestesista do sobreaviso assumiria os transplantes durante o dia. Apesar de estar de sobreaviso, o anestesista da sala de SUS bloqueada é que, a princípio, assumiria o transplante, cumprindo as combinações internas do serviço.

Este evento se constitui em uma amostra das situações complexas que temos que resolver no cotidiano, onde a enfermeira atua como elemento agregador entre vários outros setores, controlando e distribuindo informações.

M comenta que a imagem do telefone, causa mais stress que solução, apesar de ser um instrumento essencial de trabalho. B diz que soluciona problemas também, mas se tornou estressante. Coloco que isto nos ocupa demais o nos tira da assistência direta ao paciente. B diz que o computador também: “tu faz a assistência e tem que registrar tudo no computador, tu fica muito mais tempo digitando ali o que aconteceu na assistência e o telefone tocando e as pessoas te chamando. Então tu demoras mais tempo ali do que na assistência em si”. Comentamos que estamos ainda na primeira foto, a do telefone.

Passamos para algumas fotos de limpeza de sala, e B comenta que temos a tendência de fotografar as atividades. Digo que minha intenção é retratar o movimento mesmo. Ela diz que tem fotos assim também, querendo mostrar o movimento. Aponto para a atrapalhão do chão, cheia de fios elétricos e outras linhas que dificultam o trabalho e constituem-se em entraves.



A trabalhadora da higienização tem que limpar o chão, mas há muita coisa na frente bloqueando seu acesso. Digo que o nosso trabalho também é assim. Queremos ir para a sala atender o paciente, mas o telefone toca a todo o momento, exigindo que tomemos uma série de providências. Isto também faz parte do nosso trabalho que é muito gerencial e burocratizado, mesmo que nosso foco ainda seja o paciente. Pelo menos é o que se espera do trabalho de uma enfermeira, que é um profissional formado para o cuidado.

Os jogos de verdade envolvidos na relação entre trabalho e saúde ficam evidenciados nesta discussão sobre os “entraves” que se constituem em estratégias de manutenção do poder legitimado. Por que são entraves se fazem parte do trabalho? A visibilidade de um trabalho concebido como “periférico” clama pelo reconhecimento de atividades que preparam e dão condições para que o cirurgião faça seu trabalho. O reconhecimento desta função como legitimada pelo saber nos serviços de saúde implica uma visibilidade com a consequente valorização, deixando, assim, de ser considerado um entrave. A enfermagem está legitimada no cuidado, mas, efetivamente, faz a gestão. Ela não é reconhecida, visto que a gestão está voltada à organização do trabalho médico, que é visibilizado e legitimado nos jogos de verdade.

Começam as fotos de incisões cirúrgicas e, para minha surpresa, são comentadas como desagradáveis.



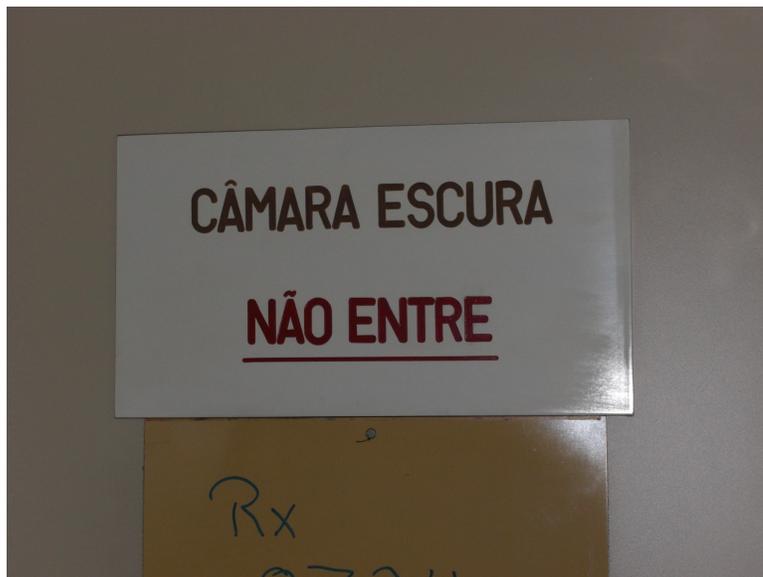
Comento do meu impacto em mostrar este tipo de foto para pessoas que não são da área cirúrgica, pois tive que suportar o olhar de horror das pessoas. M aponta o efeito de ver as imagens e diz que isso não é estranho para nós, e, no entanto, ao ver estas imagens tão banalizadas no nosso trabalho em fotografias, nos causa certa estranheza. Digo que pode nos convocar ao debate, mas não nos causa horror. Mesmo sabendo que as pessoas não estavam preparadas para o evento de fotografias em cirurgias, não esperava esta reação.

É interessante apontar que foi necessário um esforço para suportar a reação de horror estampada na face dos colegas de aula. Alguns chegaram a sentir náuseas ao ver as fotos em uma apresentação do trabalho para a turma de psicologia. Havia alguns antecedentes, como uma colega que tinha uma amiga doente ou outro que lembrava alguma internação de um familiar. A presença de um histórico teve influência nas reações, mas, acima de tudo, as imagens nos remetem a elementos do imaginário. A produção das fotos se dá em um contexto, e o olhar sobre elas, em outro. Barthes faz uma distinção entre estas fases: “Notei que uma foto pode ser o objeto de três práticas (ou de três emoções, ou de três intenções): fazer, experimentar²⁶, olhar” (BARTHES, 1981, p. 23). O olhar no trabalho, focado em fazeres e especialidades profissionais não é o mesmo olhar para a fotografia onde acontece um confronto com o olhar do fotógrafo.

²⁶ A versão brasileira de a “Câmara Clara”, de Barthes, coloca como “fazer, suportar e olhar”.

A fotografia traz consigo um encontro ou uma discussão de olhares; não implica em um elemento calado, convoca a um confronto de ideias, éticas e visibilidades. Assim, conto ainda com Barthes que qualifica a foto como “perigosa” e com funções (atribuídas ao fotógrafo) de “informar, representar, surpreender, dar significação, provocar desejo” (BARTHES, 1981, p. 49).

M aponta que uma vez, um familiar de um doente disse que o hospital era uma máquina de curar. A impressão que o familiar teve foi de que entregavam o paciente em uma porta, de um lado, e nós o devolvemos arrumado e curado do outro. “Entra por uma porta, ninguém sabe o que acontece lá dentro e tu devolves por outra porta”. Digo que parece a fábrica de doces no filme “A Fantástica Fábrica de Chocolates”²⁷. “Ele me disse isto na porta de entrada da SR²⁸ e que isto aqui é uma fábrica de curar”. Eu digo que nem sempre dá certo e, às vezes, entregamos o paciente sem a cura esperada. Faço também uma analogia com uma câmara escura, onde se revelam fotografias, ou mesmo no bloco, onde há uma sala que fazem revelações de RX e onde está o aviso: “não entre”.



²⁷ “A Fantástica Fábrica de Chocolates”. Versão de 2005 com direção de Tim Burton. Filme baseado no livro Charlie e a Fábrica de Chocolate do escritor galês Roal Dahl de 1964.

²⁸ Sala de Recuperação.

Esta analogia também pode ser feita com a própria máquina fotográfica, caixa que deve ser indevassável pela luz, somente tendo acesso os raios luminosos da imagem controlados pelo operador ou *Operator* de Barthes. Configura-se, assim, em um lugar obscuro, sem possibilidade de acesso às pessoas de fora. Novamente me reporto a Sousa (2006) para pensar que no escuro os contornos se perdem, sendo a obscuridade uma das imagens do desamparo. Penso também no lugar do segredo e no lugar da noite, onde os desejos se desacomodam no imaginário.

Na entrada do Centro Cirúrgico está a placa onde se lê: “área restrita”, indicando um lugar indevassável sem a permissão de autoridades profissionais e a vestimenta adequada. O espaço é concebido como efeito das ações prescritivas de acesso e das relações de poder, trazendo uma legitimidade ainda maior aos jogos de verdade. A arquitetura é planejada para permitir um controle interior, articulado e detalhado; um operador para controlar o comportamento dos que abriga, oferecê-los a um conhecimento, modificá-los e reconduzindo-os aos efeitos de poder (FOUCAULT, 2008).



Seguimos vendo as fotos do início de uma cirurgia, M aponta a estratificação do trabalho, cada profissional com sua especificidade, apontando

também a iluminação: “são pessoas que estão trabalhando e estão bem iluminadas pelo foco”, salienta. O brilho da luz do foco é intenso e cegante. “De tão iluminado, às vezes não conseguimos mais ver. É uma espécie de cegueira branca como no livro de Saramago”.

“Ensaio sobre a cegueira” é um livro de José Saramago na qual uma epidemia de cegueira se abate sobre os habitantes de uma cidade fictícia. A cegueira é descrita como branca, leitosa e, em pouco tempo, todos estão lutando pela sobrevivência, expondo seus instintos mais primitivos. O brilho branco da cegueira ilumina as percepções das personagens principais, e a história torna-se não só um registro da sobrevivência física das multidões cegas, mas, também, dos seus mundos emocionais e da dignidade que tentam manter. Mais do que olhar, importa reparar no outro. Só dessa forma o homem se humaniza novamente (SARAMAGO, 1995).



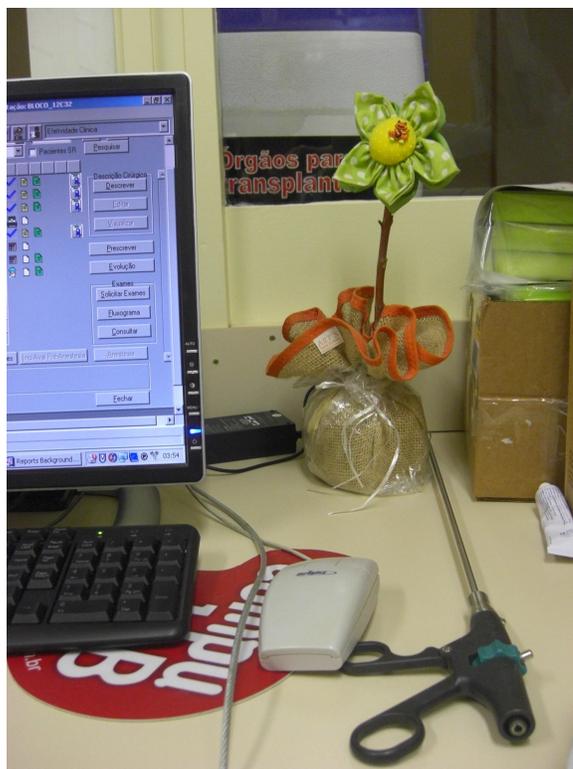
As imagens mostram muitas mãos no campo cirúrgico. Todos falam das toucas coloridas que se salientam na paisagem verde e azul. M diz que a touca é o que personaliza. “A touca e a roupa do bloco tiram totalmente a identidade. Quando coloca a máscara e a touca comum, a roupa é igual pra todos, não se sabe se é homem ou mulher. Se botar um brinco e uma touca colorida já identificam. Tem que tirar anéis e

alianças e aí se perdem as marcas”. Digo que despersonaliza tanto que tu perdes muitas coisas, vão ao bolso das roupas para a rouparia e jamais as reencontramos. As toucas acabam trazendo não só a personalização como marcando datas importantes de Natal, Páscoa ou times de futebol. Há também os ursinhos e bichinhos nas toucas para quem trabalha com as crianças. M ainda fala das toucas de tigresa, toucas com tecidos brilhantes, lantejoulas, toucas divertidas e até sensuais.

Necessidade de criar marcas, diferenças que configurem uma personalização, uma marca de sujeito diferenciado, onde todos, com roupas, máscaras e toucas iguais, correm o risco de se perder neste “mundo verde”. Algo que diga, estou aqui, sou fulano de tal, tenho tal profissão, me diferencio, sou alguém na câmara escura. A partir da situação em que a exposição do interior do corpo é pressuposto de trabalho e estudo, a camada exterior do corpo, juntamente com alguns adereços permitidos, assume o papel diferenciador, uma vez que “por dentro somos todos iguais”. “Quando esse interior adquire a visibilidade que possui na nossa cultura, aparecem tentativas de dar uma identidade, uma marca singular a esse espaço em si homogêneo e opaco” (ORTEGA, 2008, p. 73).

Associo, aqui, a necessidade desta busca de reconhecimento pelo olhar no espelho. Há alguns anos, uma enfermeira da unidade que ocupava o cargo de chefia colocou, sabiamente, um espelho em cada lavabo, ao lado das pias. Quando questionada sobre a iniciativa, respondeu: “para as pessoas se enxergarem”. Também foi sua iniciativa, a abertura de alguns visores para o exterior em locais como a sala das enfermeiras e a sala de espera e preparo dos pacientes. Desconheço sua real ciência da grandiosidade desta atitude e os efeitos que, certamente, não são mensuráveis, mas constitui-se em um processo vital que inclui a visibilidade para o reconhecimento e a valorização profissional.

B comenta sobre fotos que mostram o instrumental e toda uma preparação e uma organização que tornam possíveis o trabalho. Falamos sobre as fotos da sala das enfermeiras, onde uma flor de tecido contrasta com uma caixa de órgãos para transplante.



B diz que há uma mistura de coisas, cenário que parece caótico, mesa com telefone, computador, flor, instrumental para reparos, uma pomada, um carregador de celular, a nossa sala está se transformando em uma Rua 25 de março²⁹ ou Voluntários da Pátria³⁰, onde se acha de tudo.

Todos acham lindas as fotos da manhã, na saída do plantão, trazendo a clareza e o frescor do dia iluminado.

²⁹ Rua central da cidade de São Paulo, famosa pelo comércio diversificado e popular.

³⁰ Rua central da cidade de Porto Alegre com as mesmas características.



B fala da importância do acesso visual com o exterior, pois há vida lá fora: “Com a luz artificial, perdemos a noção do tempo e parece que trabalhamos em um subterrâneo”. M fala de um hospital que conheceu em outro estado que era abaixo do 1º andar e, como nosso ambulatório, só há aberturas próximas ao teto. M diz que é pior que a SR, pois aqui, atrás da parede dos boxes das camas, podemos ter acesso às janelas. Todos apontam a beleza dos morros. M diz que não nos damos conta de como nossa cidade é totalmente rodeada de morros, com exceção do acesso ao rio: “Tu não enxerga mais, é a cegueira de olhar todo o tempo pra isso”. Coloco que me interessa especialmente por isto em meu projeto, na cegueira, em não ver mais o que vemos o tempo todo. A ideia de trabalhar com fotografia é poder trazer certa visibilidade que possibilite a discussão, olhar para algumas coisas que não enxergamos mais. B diz que eu posso ver a reação das pessoas que não trabalham aqui dentro, mas que elas estão tão acostumadas com aquilo que não consegue enxergar mais. Falamos da foto da autoclave que está parada há algum tempo no corredor em frente ao elevador e não a enxergamos mais, apesar de ser uma máquina enorme e pesada. “Acho que devem estar esperando alguém desmontá-la para colocar no elevador e tirá-la de lá”.



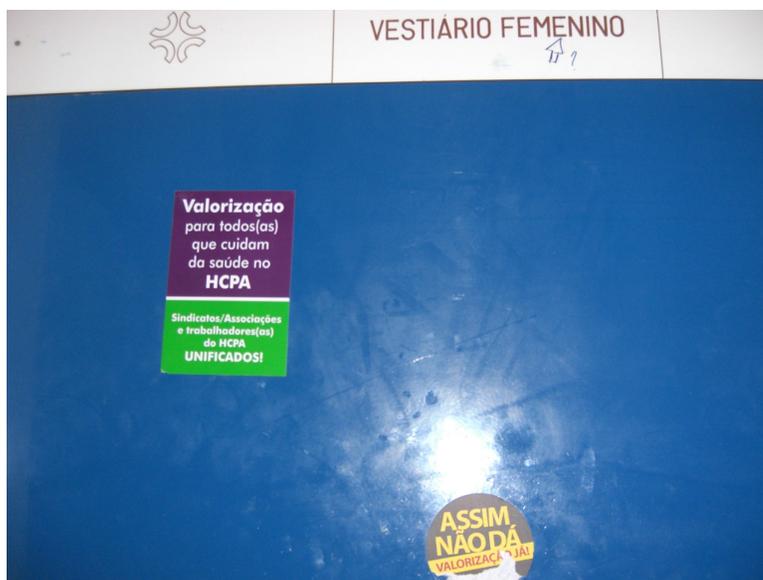
M lembra do guardador de carros que morava no estacionamento do hospital. Era um senhor que dormia embaixo da marquise e ganhava algum dinheiro lavando os carros do estacionamento. B diz que todos já esperavam vê-lo ali. Ninguém questionava a permanência dele. Ele não era morador de rua, era morador do estacionamento. Ele ganhava comida do refeitório e quando morreu todos notaram sua ausência, ou melhor, se deram conta que ele existia. M comenta que soube que ele era amador de cinema, adorava filmes, ia a todos os filmes que conseguia entrar. Pela aparência de mendigo, era barrado nas salas de cinemas. “Ele contava que via filmes ‘cabeça’, filmes que pessoas na condição dele não costumam ver”.

Aqui, novamente, é feita uma alusão a filmes, imagens e cegueira. O grupo evoca a lembrança de uma pessoa que só foi notada pela ausência, pelo desaparecimento. Presença que se diluía no processo de cegueira diário resultante do “ver demais aquilo que não é relevante”. Esta é a situação do guardador de carros diluído em meio aos carros e que aparece por ocasião da morte. Como a própria fotografia que aparece quando o objeto não está mais ali, é a única aparição de uma ausência (DUBOIS, 2008). Um jogo de aparecer desaparecendo ou de enxergar através de uma lente que dribla a cegueira, a lente da morte. Esta sim relevante, afinal todo o trabalho hospitalar gira em torno da manutenção da saúde e da luta de todos os profissionais para vencer a morte.



Mostro as fotos do teto dos corredores do subsolo, por onde saio aos finais de semana, pois o acesso à garagem por ali é mais rápido. Por ali passam várias tubulações de fios, gases, vapor, água quente etc. B diz que os canos de tarja vermelha são os mais perigosos e que não podem romper. Todos riem. Damos-nos conta de que trabalhamos com gases inflamáveis e perigosos, mas não pensamos nisso. Passamos por ali todos os dias e não ignoramos o perigo, apenas não pensamos nele como algo real. Não é relevante.

Mostro fotos de outro momento em que aparece o acesso ao bloco pelos trabalhadores com a escadaria e a visão dos cartazes expostos no percurso. Aparece a foto do vestiário “femenino”, onde comento que trabalhando por 23 anos no hospital, só enxerguei esta escrita neste momento, mesmo havendo uma flecha desenhada na porta indicando o erro.



Nem quando fiz a foto consegui notar a falha na escrita. Todos riem. B já tinha visto porque colocaram uma flecha. M comenta que viu há bastante tempo e C já tinha visto também. Comentamos que tem um menino dentro do vestiário feminino.

Ninguém comenta os adesivos da campanha sindical pela valorização profissional na porta do vestiário. Fiz várias fotos do vestiário feminino e fiquei capturada pelo labirinto de armários iguais, todos de cor cinza. É uma repetição de curvas e retas da mesma paisagem adornada com alguns elementos pessoais como adesivos de futebol, partidos políticos e figuras referentes ao feminino. Nesse espaço, repetem-se os cadeados que homogeneízam a paisagem e diferenciam-se pelos adornos. Aqui, novamente o ambiente indiferenciador e a necessidade de marcar um lugar com alguma característica pessoal como “este é o meu lugar”. A indiferenciação também se revela pelo “femenino”, pois estão, homens e mulheres, entrelaçados no mesmo corpo da palavra. As estratégias de manutenção do poder pelos jogos de verdade se utilizam de mecanismos do cotidiano, invisibilizando até os lapsos de escrita. Esta particularização de gênero não é necessária como estratégia de poder, pois não se mostra relevante ao exercício dos jogos de verdade, mantendo uma visão homogênea sobre o corpo do sujeito. Assim surgem várias tentativas de diferenciação sexual com toucas coloridas e femininas, constituindo-se em tentativas de resistência a legitimação

destas “verdades” mantenedoras do poder instituído. Aparecem, então, marcas femininas, Betty Boop ou bonecas em poses sensuais.



Terminam minhas fotografias e sugiro as de M. Digo que fiz uma seleção retirando as fotos que identificam as pessoas. Todos falam que seria interessante mostrar todas neste momento de discussão, afinal não estamos divulgando estas fotos. Então lembro que as fotos de G seriam mais interessantes, pois apresentam um efeito de espelho onde ele fotografou a fase final de uma cirurgia que eu fotografei o início. Apontam para o olhar voltado para a organização do material e da sala e que o trabalho da enfermagem está muito ligado a estas normas de organização. Comento que em meu grupo de pesquisa da psicologia as pessoas notaram o rádio no meio de materiais cirúrgicos e estranharam. Como para nós o rádio é um objeto comum nas salas, não o enxergamos mais.



Sabemos que não está no meio das coisas esterilizadas e que há convenções de trabalho que nos fazem colocar os objetos no espaço conforme essas regras. Mesmo assim, todos concordaram que o aparelho está muito perto do material estéril e se mescla à paisagem sem que o percebamos. M diz que é a mesma coisa as pessoas do bloco saírem para a rua e transitarem com a roupa de bloco: “não há problemas nisso; é só voltar e trocar a roupa. Todavia, como é que se vai explicar isso para quem é de fora do hospital e que tem uma noção que aqui dentro é tudo estéril e tudo limpo. As pessoas ‘de fora’ desconhecem a dinâmica, as rotinas de funcionamento, as restrições de trânsito pelas unidades com as roupas adequadas. Se houver alguma infecção, a culpa é de quem saiu com a roupa de bloco, pois imagina que ela voltará com a mesma roupa. E mesmo que não troque a roupa, tu podes sair com um jaleco por cima da roupa de bloco. Os bichos não pulam. Contudo, é claro que temos que seguir as regras da instituição. Há os casos de germes multirresistentes. Esta é outra novidade que estamos vivenciando, e o cuidado deve ser diferenciado”. B fala que no refeitório continuam indo de roupa verde e mesmo com o controle exercido pelo hospital, isso continua acontecendo. M fala que o uniforme de fora do bloco, aventais e jalecos brancos, também são disseminadores de germes multirresistentes que é o maior problema hoje no hospital. B diz que somos menos expostos, pois trocamos de roupa com maior frequência (ao menos uma vez no turno) e compara com os uniformes de

todo o hospital onde não existe um controle da frequência de lavagens, já que cada um lava o seu.

A questão que se coloca aqui é a do fora e do dentro. Fora do hospital, dentro do hospital; dentro do centro cirúrgico e fora do centro cirúrgico. Que diferenças marcam estas instâncias, do fora e do dentro, e afetam, através de normas e modos de trabalhar, os profissionais que lá trabalham? A inclusão do trabalhador neste local já o insere em uma rede prescritiva e em uma escala hierárquica que emolduram as questões éticas do trabalho. Por outro lado, quem está fora do centro cirúrgico (pacientes, familiares e outros trabalhadores do hospital) também se encontra enredado nesta malha de prescrições, reforçando ou resistindo aos efeitos de poder e seus desdobramentos sobre uma ética de trabalhar.

Todas gostaram da foto onde aparecem pessoas na sala de espera externa ao bloco cirúrgico. Estão aguardando familiares que foram submetidos a algum procedimento cirúrgico e aguardam informações ou pacientes que aguardam sua vez de serem atendidos. M diz que vê humildade nesta foto, pois a pessoa parece estar totalmente à disposição. C diz que está “comportadinha”, esperando sua vez de ser atendida. M comenta que fez esta foto em um dia de trabalho, após dar informações para os familiares. Ela entrou na SR, pegou a máquina, voltou e fez a foto quando os familiares já tinham retornado a seus lugares de espera. Comentamos que a pessoa na cadeira de rodas só reforça esta ideia de espera paciente, de estar na condição de ficar à mercê das ordens médicas e dos cuidados hospitalares.



Apontamos para a quantidade e a diversidade de equipamentos com que trabalhamos nas salas cirúrgicas como os eletros-cautérios³¹, as bombas de infusão³², suportes de soros, aparelhos de TV e DVD das cirurgias videolaparoscópicas e outro tantos.

M diz que se tu aprofundas o olhar, não cessa de ver aparelhos. O paciente nem aparece, é um detalhe. Digo que nunca tinha notado a articulação dos braços dos focos cirúrgicos, parece uma aranha, “Edward Mãos de Tesoura”³³ ou um polvo.

Essa diversidade exige da enfermagem uma estratégia que permite organizar e otimizar a utilização dos aparelhos, tornando-os disponíveis a todas as equipes cirúrgicas. Os aparelhos são distribuídos em todas as salas, mas há aqueles em que se faz necessário, em função do número reduzido, uma série de escalas de utilização com rodízios entre equipes por dias da semana. Inegavelmente, todas essas atividades levam o enfermeiro a um afastamento maior do cuidado direto ao paciente. Mesmo assim, é

³¹ Aparelhos usados para a coagulação sanguínea no ato cirúrgico.

³² Aparelhos usados para controlar o fluxo de soro e medicamentos administrados ao paciente.

³³ “Edward Mãos de Tesoura” (Edward Scissorhands), filme de 1990, dirigido por Tim Burton, onde um jovem humano ao estilo de Frankenstein, inacabado por seu criador, acaba colocando tesouras em lugar das mãos.

exigido deste profissional que tenha “braços de polvo” para dar conta dessa diversidade de funções. A alusão ao filme que se constitui em uma releitura da história de Frankenstein, também se torna interessante para pensar este profissional moldado para atividades que não se limitam ao corpo do paciente, mas atingem o corpo de todos os outros trabalhadores.



Aparece a foto de um paciente em posicionamento lateral na mesa cirúrgica e digo como damos importância para a segurança do paciente, trabalhamos muito com isso, estamos sempre correndo atrás para evitar qualquer lesão. C diz que o paciente está “entregue”, e a responsabilidade do bem-estar de seu corpo é nossa. Falo da foto de uma sala cirúrgica emoldurada pela janela do lavabo; todos dizem que ficou muito bonita. “Dá pra ver beleza neste ambiente”, diz M.

A organização traz certa tranquilidade e a ideia de que o trabalho está transcorrendo sem problemas. É a sensação do dever cumprido e de que as prescrições foram seguidas em prol do trabalho sem riscos ou falhas. Algo quase robotizado e não humano, mas é o que se espera de um processo de cirurgias com a máxima segurança

possível. Ver beleza na organização é o próprio reconhecimento do trabalho, mas é também resultado e resistência às normas prescritoras. Tomando a ética como o comportamento dos indivíduos perante as regras ou preceitos morais, Foucault propõe que a ética seja pensada como a forma privilegiada de reflexão sobre as maneiras de viver. Assim, a vida é levada à condição estética e tratada como uma obra de arte. Pela via da construção de uma arte de viver que os indivíduos podem resistir às formas de dominação (NARDI, 2006). Neste sentido, o trabalho da enfermagem é essencialmente voltado para a arrumação e controle do ambiente, produzindo um esquadramento do tempo e do espaço e onde o corpo é controlado nos gestos e atitudes, expressando um poder (KRUSE, 2004).



M fala do ambiente organizado, as escovas do lavabo todas empilhadas, o material cirúrgico disposto conforme a rotina de utilização, as paredes, os pontos de eletricidade e os focos são lineares. Tudo organizado e sistematizado ao extremo. B diz que se não for assim, não funciona. M diz que temos a impressão que é o barulho que nos atrapalha, que está uma bagunça, que está tudo fora do lugar. “Mas não é. Quando tu olhas as fotos, tu vêes que não é. É tudo muito organizado, tudo tem o seu lugar”. As fotos da sala de cirurgia cardíaca são ainda mais cheias de materiais. Aparece uma circulante de sala fazendo anotações, mais registros e mais controles. Digo que gostei

muito das fotos de corredor, onde mostra o trabalho, o movimento, uma pessoa conduz um aparelho de anestesia, outros esperam um paciente sair de sala. É o movimento de término de uma cirurgia ou início de outra.



Comentamos que a foto retrata bem o dia a dia de trabalho no centro cirúrgico. Falamos de uma foto do campo cirúrgico onde aparece a mão do cirurgião muito suja e muitas mãos para pouco espaço. Tudo ruma para o centro, para o foco do trabalho. Todos os trabalhadores com funções sincronizadas e voltadas para este espaço. Reduto que deve concentrar a fonte do saber.



M diz que cada um tem seu papel, cada um segura uma coisa. Comento que, em meu projeto, relato as funções de cada um em sala cirúrgica e o encadeamento das atuações dos profissionais. Cada um tem seu papel bem diferenciado, entram em cena em tempos diferentes. São atuações sincronizadas, mas que raramente interagem, raramente há uma parceria.

Penso que não se trata da ausência de uma parceria e sim um encadeamento de funções, onde um profissional se introduz na cena do paciente, faz a sua parte e sai deixando que outro profissional siga a sua atuação. Como por exemplo, não dá para a enfermeira fazer uma sondagem vesical e a circulante realizar a antisepsia da pele no local a ser operado ao mesmo tempo, ou ainda, uma enfermeira fazer uma sondagem vesical e o anestesista realizar a indução anestésica³⁴. A situação de realizar dois procedimentos com profissionais diferentes torna-se confusa. Não nos damos conta dessa dinâmica compartimentalizada. B diz que tudo acontece muito rápido. A enfermagem auxilia a todos os outros profissionais, mas dentro de suas atribuições, muito bem definidas. Vemos as fotos de uma cirurgia videolaparoscópica e falo que o lugar do olhar na cirurgia mudou, não é mais o corpo do paciente e sim a TV.

³⁴ Início dos procedimentos anestésicos com a administração de drogas endovenosas e a passagem de um tubo traqueal para administração de gases anestésicos.

Neste tipo de cirurgia, toda a sala cirúrgica fica às escuras, somente iluminada pela tela da TV e um pequeno foco sobre o instrumental cirúrgico. Todos os outros profissionais trabalham na penumbra. O foco principal está no monitor, onde se vê retratado o interior do paciente. O brilho do foco determina o que é relevante e, nesse caso, a tela da TV captura todos os olhares.



M diz que isso não acontece somente na cirurgia, neste momento, mas com a sistematização da assistência de enfermagem, o olhar também mudou. “Não olhamos mais o corpo do paciente, olhamos a tela do computador. Lá estão todas as informações de que precisamos. Tu vais conhecer o paciente não mais olhando pra ele, mas sim acessando as informações no prontuário eletrônico. Tu não és mais capaz de perguntar para o paciente como é teu nome, de onde o senhor vem, o que está sentindo, o que vai operar. Dirigimo-nos ao paciente chamando-o pelo nome. Nós não conseguimos mais interagir com aquele paciente sem ter informações prévias sobre ele, impossibilitando aquele momento de interação”. C diz que, na verdade, ao falar com o paciente, apenas conferimos com ele os dados que já existem em registros prévios. Diz, ainda, que observa isso pelas acadêmicas de enfermagem que fazem estágio: “Muitas vezes o paciente concorda com o que ela está dizendo, sem ter a certeza de que aquilo se passa com ele realmente, também porque ela tem o uniforme branco. Se ela usa esse

uniforme, ela sabe, tem o poder, representa alguém que sabe mais de mim, então o paciente vai concordar, mesmo que não seja aquilo”. M diz que mudou muito o perfil de interação da equipe de saúde com o paciente. Digo que é um processo que já vem acontecendo há algum tempo e ruma para deslocar o foco do corpo do paciente. M fala que o programa de humanização visa resgatar isso: “não é por acaso que está se falando em escuta, em olhar e humanização. Temos que tomar muito cuidado para não perder este espaço de convivência e interação. Tudo virou uma tela”.

Aponto para a foto que mostra todos em campo cirúrgico olhando para a tela onde está a cena da cirurgia, com exceção da instrumentadora que organiza seu material e do anestesista que observa outra tela, a do monitor com os dados do paciente.

Neste tipo de procedimento videolaparoscópico, cada vez mais comum, o paciente fica com a cabeça coberta e seu abdômen está fechado com a exceção dos orifícios por onde se introduz a câmera e os instrumentais. Em todas as cirurgias, há uma cortina que separa o anestesista do corpo do paciente e, no decorrer da cirurgia, a cortina vai cedendo e tapando o rosto do paciente. Antigamente, era necessário que o anestesista monitorasse a cor do paciente. Hoje, esta é uma resposta mais tardia, pois há dados de oxigenação nos monitores que acusam qualquer problema de ventilação antes mesmo de o paciente apresentar sinais de coloração de pele. Essa mudança tem seu risco e seu benefício, mas é inegável que tudo isso tem um custo. A visibilidade é intermediada pelo equipamento que produz imagens técnicas definindo uma nova identidade corporal a ser trabalhada. Efetivamente, o cirurgião está trabalhando no corpo, mas seu olhar está voltado para a tela da TV. Para isso, há treinamento específico, onde os cirurgiões treinam, em uma caixa-preta³⁵, a manipulação dos instrumentais olhando para outro foco. Constitui-se em um deslocamento do olhar para o objeto de saber, que continua o mesmo, ou seja, o corpo do paciente, mas intermediado pela tela de TV, em outro local distante do corpo.

Comentamos que as pessoas que trabalham aqui não podem perder o foco, que não é o equipamento e sim o paciente. Assim, o equipamento vem nos auxiliar. Seguem mais fotos de materiais muito organizados.

³⁵ Protótipo em formato de caixa onde são introduzidos os instrumentais de videocirurgias para um treinamento do olhar (manipulação em uma direção e o olhar em outra).



Mostro as fotos de F que é trabalhador da secretaria, dizendo que pedi para ele fotografar o trabalho dele. M diz que as fotos dela têm mais pessoas, pois a prática era totalmente assistencial, diferente de agora que está exercendo um trabalho mais voltado para a formação. Notamos a organização e a compartimentalização de documentos e materiais, repetindo-se aqui o que acontece no trabalho da enfermagem.



Até os prontuários estão colocados na mesa seguindo uma ordem, tem uma lógica. B diz que, para o setor administrativo, o prontuário é o paciente, cada um é uma pasta, ou um arquivo de computador. Todas se surpreendem com as fotos dos adornos da sala de preparo das crianças com motivos infantis.



M diz que é uma tentativa de humanizar o espaço e que o olhar dele está voltado para isso. Digo que este espaço existe, mas não fotografamos, não olhamos pra isso. M diz que nós não enxergamos mais. Comentamos que ele fotografou um instrumento que tanto nos ajuda, o correio pneumático³⁶, mas foi ele que fotografou.



Aparecem as regras de como usá-lo. Mais compartimentos com uma foto do local onde estão guardados os óculos de proteção para cirurgias. Está escrito “óculos”, e só notamos agora.

³⁶ Sistema de transporte pneumático entre as unidades hospitalares para pequenos volumes como amostras de sangue e papéis.

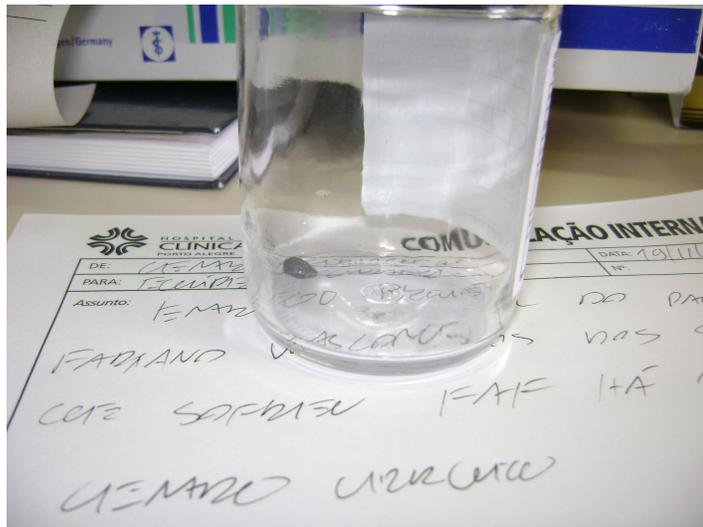


Não sabemos se a letra “u” ficou muito fechada ou se foi escrito errado mesmo. Reforçamos que só vimos na foto e não notamos o erro no dia a dia. Há muitas fotos de regras e instruções de como devemos agir em relação aos aparelhos, lavagens de mãos, RX, etc. Dessa maneira, supõe-se que não conseguimos enxergar a maioria delas.

Mostro as fotos da B e ela explica que são comunitárias, dela, de C e de D. Aparecem fotos de praia, mas ela pede que deixe por último. Comentamos que é para dar um alento. B comenta que a primeira foto foi uma coisa que chamou a atenção, que foi um pedaço de projétil retirado de um paciente e que ficou alguns dias em cima de nossa mesa. Depois será encaminhado ao serviço de segurança do hospital e após, a uma delegacia. Comento que nossa mesa é uma babel. Contém desde material para conserto, materiais para testar e formular parecer técnico até materiais pessoais esquecidos em sala. M diz que seria interessante escrever uma crônica de cada coisa que fica lá. Estamos envolvidos com cada objeto que está lá na mesa. Foram parar lá porque nos comprometemos com ele de alguma maneira, sendo encaminhados para conserto ou para teste, ou para resolver onde guardá-lo ou, ainda, combinar alguma forma de uso com a equipe cirúrgica etc.

Na verdade, temos que nos responsabilizar por qualquer material a ser usado nas cirurgias, o que entra, permanece ou sai do corpo do paciente tem que ser avaliado e controlado pela enfermeira. Ela é a responsável pela visibilidade do material, observar

se o instrumental foi esterilizado da maneira correta, se está no prazo de validade, se deve ser encaminhado ao setor de manutenção para conserto, etc. Os elementos que saem do corpo do paciente são igualmente destinados pela enfermeira para o setor competente, sejam amostras de materiais para exames, sejam próteses ortopédicas retiradas que devem ser encaminhadas para esterilização antes de serem entregues para o paciente ou ainda roupas e outros pertences de pacientes que tenham ficado ali. Tudo passa pela avaliação da enfermeira que encaminha o material para o destino apropriado.



Em outra foto aparece um calendário; B comenta que vivemos em função do calendário para a organização de plantões e folgas. Relato que na noite passada, em meu plantão, chegou uma enfermeira da equipe de retirada de órgãos às 05h30, olhou para o mural e comentou: que legal, vai ter festa. Eu respondo que não estou sabendo. Ela me mostra um cartaz ao meu lado convidando todos os enfermeiros para uma festa de final de ano. Eu passei toda a noite por ali e não tinha enxergado o cartaz, apesar de ter pegado uma escala de bloqueio de salas para transplante que estava ao lado. Comento minha cegueira para olhar a possibilidade de uma festa, um momento para relaxar: “acho que não consigo mais olhar para coisas de festa; é só trabalho e correria. A primeira coisa que ela notou quando chegou foi o cartaz e eu não vi”. Comentamos que deve haver uma explicação pra isso.

Em outra foto, aparecem notas de sala que as enfermeiras têm que assinar, se responsabilizando pelo controle de gastos das salas. Elas ficam em um cesto ao lado

do computador e é mais um instrumento de controle de produtividade e organização. Todos comentam que ficam muito preocupadas com este controle, e a cobrança de que não haja erros é grande.

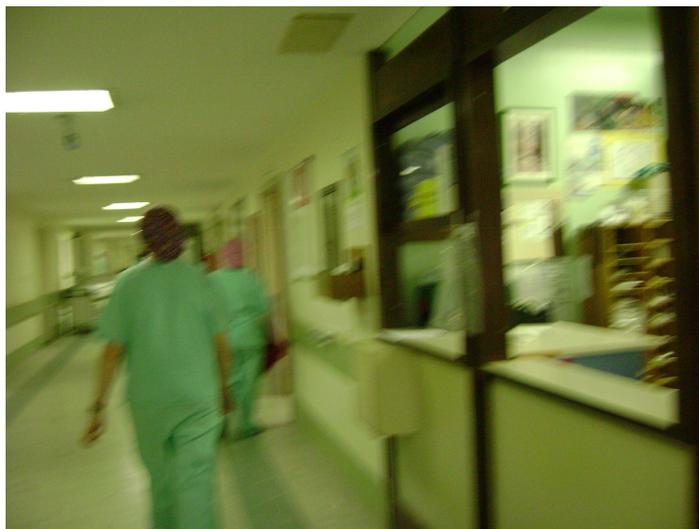
Além do registro de quem atendeu a cirurgia, pois ficam registrados os nomes de todas os profissionais que trabalharam nesta, é um comprovante de todos os gastos com materiais que ocorreram durante o procedimento, constituindo-se em um importante documento para a prestação de contas com o órgão mantenedor do hospital, no caso o SUS.



Aparece o telefone e B e C dizem que apelidaram de big fone, numa alusão ao telefone do reality show, onde quem atende tem que resolver “a bucha”. Digo que à noite, tenho que assumir todas as buchas, pois só eu atendo todos os telefones da nossa sala e do corredor. Muitas vezes fico muito tempo atendendo telefonemas que tocam em áreas que só eu estou transitando como corredor, sala de preparo, sala do secretário e nossa sala. Fico correndo de um lugar a outro para atender e não tenho com quem dividir a “bucha”. B diz que fotografou uma revista pela necessidade que temos de sempre nos atualizar, sendo uma necessidade do trabalho. Digo que é o que estamos fazendo neste momento, que é pensando no trabalho. É incomum dar uma pausa para

pensar nos modos como trabalhamos. M diz que se transformássemos numa rotina poderíamos melhorar muito as nossas práticas.

B fotografou o corredor movendo a máquina com a intenção de fotografar o movimento do trabalho.



Acho a foto ótima, pois ela retrata uma trepidação. Identifico-me muito com este movimento, pois, às vezes, me sinto mesmo trepidando. B diz que no turno da tarde têm muitas pessoas cobrando e pressionando, telefones tocando, parece estar trepidando mesmo. Comento sobre o curso que foi feito nesta semana sobre educação continuada em forma de “rodadas de conversa”³⁷, onde foi abordado sobre como trabalhamos e quais dificuldades enfrentamos. O que a sistematização dos serviços de enfermagem está produzindo, quais são os efeitos dessa ferramenta que, a princípio, viria para facilitar o trabalho.

Neste encontro surgiu a questão do UBC³⁸ e CCA³⁹, onde as equipes em cirurgia já estão se queixando que as enfermeiras vão menos às salas e, quando vão, é para coletar informações e alimentar o sistema informatizado. Questionamos sobre o tempo em que ficamos em frente ao computador e afastados cada vez mais dos pacientes. Isso está causando um sofrimento. Comentamos que o discurso inicial em

³⁷ Encontros para discutir questões pertinentes ao trabalho.

³⁸ Unidade de Bloco Cirúrgico.

³⁹ Centro Cirúrgico Ambulatorial.

que a sistematização iria nos aproximar do paciente e agilizar os registros não se concretizou. Exponho que sou otimista e que ainda acredito que pode haver influência da nossa falta de experiência em usar a ferramenta e que isto poderia nos deixar mais atrapalhadas. Contudo, ficou evidente que todas as enfermeiras usam a ferramenta com habilidade, e a dificuldade está no fato de que a exigência de usar este sistema aumentou muito, sem um devido redimensionamento das atividades. Na UBC, temos que fazer anamnese, prescrição e evolução em várias fases da cirurgia, pois precisamos adicionar informações de acordo com o seu andamento e com muitos pacientes ao mesmo tempo.

Temos um serviço diferenciado em sua dinâmica, onde os eventos mudam a cada minuto. M diz que a sistematização não poderia deixar de ser implantada, pois o nosso serviço foi um dos últimos que aderiu à informatização da assistência. Todavia, já faz uns dois anos que iniciou, podendo ser o momento de reavaliarmos e fazermos a crítica. M sugere fazer um grupo focado para discutir o quanto isto está afastando o profissional do paciente, que deve ser o foco principal, e o que podemos melhorar. B diz que estamos em um momento do trabalho que ficamos muito mais tempo em frente ao computador. Aparece uma foto com C trabalhando no computador e todas apontam seus caracteres delicados, toucas, aliança de recém-casada.

Digo que, há algum tempo, a queixa principal das enfermeiras do bloco era a de que não conseguiam dar conta do trabalho nas salas, pois estavam trabalhando com um paciente e já entrava o outro em outra sala, assim não conseguiam atender todas as cirurgias, pelo menos no início, onde a presença da enfermeira em sala é fundamental para os preparativos do paciente como posicionamento, passar sonda, etc. O meu dilema era que não conseguia ficar em duas salas ao mesmo tempo. Agora o problema é que não consigo ficar em nenhuma. C fala do aumento da complexidade do trabalho sem o correspondente aumento do quadro de pessoal. Tentamos sempre correr para dar conta de tudo. B diz que enquanto nos matamos para dar conta de tudo e conseguimos, fica tudo bem, nada muda. M fala que estamos perdendo o contato com o paciente e sua família. Poderíamos aproveitar nosso conhecimento para informar melhor a família e dar um suporte de mais qualidade, mas não conseguimos nem atender o paciente direito.

M sugere que usemos essa discussão atual para, nas rodadas de conversa que virão, mobilizar o grupo para esta discussão. Falo que, no curso, esta discussão foi o assunto principal, ou seja, a dinâmica de centro cirúrgico versus a sistematização informatizada dos serviços de enfermagem e que cada vez mais nos mantém distante do paciente. M diz que é diferente da unidade, onde um paciente fica internado 10 dias. A dinâmica do bloco é outra e isto aparece muito nas fotos, este movimento trepidante, rápido. Aparece a foto da santinha na entrada do bloco com o cartaz da campanha do silêncio com três profissionais da equipe de enfermagem logo abaixo da capelinha.



Digo que é a foto da santa e das santinhas e todos riem. M diz que tem vontade de fazer um projeto sobre a espiritualidade dos pacientes e como eles recorrem a ela nesta hora de doença. Cita a frase: “o que me fortalece não me adoeece” e estes são instrumentos que o paciente pode trazer para dentro do bloco cirúrgico, a crença, a religiosidade, a espiritualidade e isso têm em todo hospital. “Tu entras nos quartos e todos têm algum instrumento religioso, ou um travesseiro, ou um objeto de família ou que traz de casa, um copo, ou um bico de criança”. Aponto que isto ocorre também com os trabalhadores que se apegam a algumas crenças para transitar neste local de trabalho tão instável. Comentamos outra foto tremida que para nós não é mais sinal de foto ruim e sim retrato da realidade, de como funciona nosso trabalho, rápido, ágil e trepidante.

Todos soltam uma exclamação para a próxima foto que apresenta um efeito de aranha da máquina de circulação extracorpórea.



B fala que são fotos de D, que não está presente. M diz que ela começou a trabalhar com a cirurgia cardíaca há pouco tempo, então agora é sua prática. C aponta que todo o sangue do paciente corre fora do corpo dele nesta máquina. Ela dá sustentação à vida do paciente no momento da cirurgia. Explicamos para W o funcionamento desta máquina que permite ao cirurgião mexer no coração enquanto o sangue é desviado dele. B diz que é um coração artificial.

Aponto para a touca colorida que destoa da paisagem. Falamos das especificidades da máquina e sua importância na técnica cirúrgica. A importância do uso da tecnologia neste trabalho, sendo que não seria possível a realização deste tipo de procedimento sem ela. Achamos que foi uma revolução na cirurgia. Digo que esta máquina me fascina e frequentemente me sento ao lado das perfusionistas⁴⁰ e

⁴⁰ Profissional técnico de enfermagem com formação específica para o manuseio desta máquina.

acompanho seu trabalho. Sei como funciona, mas não sei a técnica de manuseio da máquina.

No final, há as fotos das três enfermeiras colegas de turno em que as toucas estão combinando. Para finalizar, as fotos de praia em Imbituba em SC.



Comentamos que temos um trabalho enlouquecido, mas há a possibilidade de descansar na praia. Aparece a foto de B abraçada a sua mãe e comentamos que é a única foto que aparece um familiar, que afinal de contas, faz parte da nossa formação e do nosso trabalho.

M pergunta se, com a nossa discussão, eu atingi meu objetivo. Respondo que tenho bastante material e que foi ótimo. Digo que nosso objetivo era, através das fotos, resgatar e discutir coisas que comumente não percebemos, além de um espaço para conversar. Todos falam que foi interessante, pois com certo distanciamento parece que vemos de fora, é um olhar diferente. Digo que é o efeito da fotografia que te mostra de outro lugar o que estamos acostumados a ver e isto tem um efeito, desacomoda de alguma maneira.

B aponta como as fotos do F foram diferentes. Ele não priorizou a máquina e a cirurgia; mostrou outra realidade vivenciada no mesmo local de trabalho. Aponto

para a importância da abertura dos olhos para ver coisas que não enxergamos mais como o efeito do “menino” dentro do vestiário “femenino” e que não veria de outra forma se não fosse a fotografia. M diz que a fotografia te remete a outro momento, um recorte daquele momento que já passou e pode ser resgatado para discussão.

Isso tem um significado para nós. Para outras pessoas, tem outro significado. M ainda valoriza a situação ocorrida neste espaço em que surgiu a discussão sobre a sobrecarga de trabalho gerada pela sistematização informatizada. A possibilidade de discutir em grupo para rever o processo de trabalho e o afastamento do paciente merece discussão, não é esse o papel, não pode ser o principal do nosso trabalho. B diz que isso é cobrado e temos que mostrar produtividade. A importância disso está refletida em nossas fotos, pois nós quatro fotografamos computador e telefone. Isto está fazendo parte do dia a dia, mas está incomodando de certa maneira.

Digo que na reunião de rodada de conversa uma colega deu um exemplo de uma cena familiar em que o marido apontou pra ela que tem certas coisas que podem ser resolvidas de outra maneira, com menos correria, mas estamos tão condicionadas a resolver tudo “pra ontem” que acaba influenciando até a nossa vida familiar. Digo que acabamos introjetando essa trepidação que aparecem nas fotos, um modo de funcionar no trabalho que acabamos levando pra vida pessoal e afetando nossa família.

5.2 Grupo II

Em outra ocasião, em meu plantão na madrugada, convidei alguns trabalhadores que não estavam com atividades em sala cirúrgica para ver e comentar as fotos. Participaram deste grupo comigo, técnicos de enfermagem e F, trabalhador da área administrativa e autor de algumas fotos.

Comecei apresentando os objetivos do trabalho e o uso da fotografia. Início a apresentação das fotos e os presentes fazer poucos comentários. Falo da iluminação,

de alguns detalhes que suscitam questões, mas todos ficam em silêncio. Quando mostro a foto de nossa mesa, F olha para a mesa e comenta que continua a mesma coisa. Ela agora tem até mais materiais que na foto. Digo que representa bem nosso trabalho, pois fazemos um pouco de tudo e nos responsabilizamos por tudo o que a foto mostra em cima da mesa. Perguntam o que são as luzes na janela que aparecem nas fotos, digo que é a Rua Jerônimo de Ornelas.



No reflexo dos vidros, J diz que há um efeito onde parece uma cruz com Cristo nas esquadrias, como um crucifixo. Ninguém consegue enxergar a mesma coisa, mas ela diz que é a visão dela. Mostra-nos o clarão e onde vê a cruz. Faço uma brincadeira dizendo que não vale ver espíritos nas fotos. Todos riem e dizem que eu havia dito que cada um pode ter sua visão, então podem ver fantasmas, afinal esta é a hora deles aparecerem, na madrugada. Segue a apresentação de minhas fotos e pergunto se querem falar alguma coisa. F diz que as fotos estão bonitas e todos riem. Passo para as fotos de G e digo que são da mesma cirurgia que eu fotografei. H fala que reconhece a instrumentadora da foto pela touca e diz seu nome. Digo que não é essa pessoa apontada. De qualquer maneira, se fosse a touca descartável, não teríamos como saber quem é. A touca entrega, dizem.



F diz que minhas fotos são parecidas com as de G, pois temos a mesma visão. Concordo que priorizamos as mesmas coisas em sala, como o campo cirúrgico, o instrumental, a organização dos materiais. G é técnico de enfermagem e faz graduação em enfermagem. Passamos para as fotos de F. Aparece uma mão no mouse e ele diz que não é a sua mão. Todos perguntam então de quem é, pois ele é o único trabalhador daquele local à noite. Digo que ele não está reconhecendo a própria mão. Ele acaba lembrando que fez a foto.



Chamo a atenção para a organização do seu trabalho, cheio de compartimentos e regras, assim como o nosso. Repete-se a estratificação e o controle das atividades. Ele concorda que é necessário que tudo esteja no lugar, pois como trabalhamos em turnos, é importante que o colega que está chegando encontre todo o material que precisa para trabalhar. Nada pode ficar fora do lugar. F lembra do plantão em que fez as fotos, onde recebemos vários órgãos para transplante de outros locais. Comento que F foi o único que fotografou um bloco cirúrgico sem cirurgias, mostrando outras visibilidades possíveis e tendo seu trabalho como ponto de vista.



Comentamos que o bloco cirúrgico também existe fora das cirurgias. O paciente também transita em lugares onde não há cirurgias, mas também é bloco cirúrgico. Falamos da foto do local de armazenamento dos óculos cirúrgicos, onde está escrito “óculos”. I, que trabalha neste local, diz que nunca tinha notado. F diz que também não notou quando fez as fotos. Ficam em silêncio no restante das fotos.

Pergunto se posso mostrar as fotos de M, e I então comenta que encontrou M no Bourbon. H fala que acha que ela mora perto de sua casa, pois já encontrou o marido dela na sua rua. Pergunta para o grupo se não viu mais outro anestesista que mora perto de sua casa, em um casarão. Pergunta se ele também não pediu demissão, “já que houve uma debandada geral dos anestesistas este ano, pois se queixam do salário”. F aponta a foto do vestiário “femenino”. Digo que só vi na ocasião da narrativa anterior. H pergunta onde está esta placa. Respondo que no nosso vestiário. Ela diz que nunca viu. Mostro as fotos dos armários no vestiário e não há comentários.



Passo então às fotos de M. Digo que gostei muito da foto do cartão ponto. Ela retrata um movimento de entrada e saída. Saio para outro ocupar meu lugar e dar continuidade ao trabalho. Fazem poucos comentários e eu me pego no papel de dar dicas ou sugestões para ver as fotos. Falo sobre o desvio do olhar do corpo do paciente para a tela da TV nas cirurgias videolaparoscópicas. Não há comentários.

Passo para as fotos das enfermeiras B, C e D. Não há comentários. Provoco em relação às fotos do cartaz da campanha do silêncio em que aparecem trabalhadores de enfermagem com o gesto do dedo nos lábios pedindo silêncio embaixo da capelinha da santa. Dizem, entre sorrisos contidos, que preferem não comentar.

No final da apresentação das fotos, F pergunta se as fotos da praia fazem parte do meu trabalho. Respondo que a autora das fotos diz que sim, então considero que fazem parte. A ideia era retratar aspectos do seu trabalho e ela julgou que sua passagem pela praia fazia parte disso. Como ela tem casa em Imbituba, vai frequentemente para praia. Comentam que as praias de Santa Catarina são outra coisa, não tem igual.

Ao terminar, pergunto se querem fazer mais algum comentário sobre as fotos. Dizem que estão boas e não há o que falar. F fala que não entendeu a relação entre as fotos do trabalho com a praia. Pergunto o que todos acham. Não respondem. Comento que não dá pra encarar o trabalho sem fugir para a praia de vez em quando. Tem que parar de trabalhar para descansar. Reforço que é uma leitura minha e talvez não tenha sido isso que ela pensou. Cada pessoa que fotografa tem um olhar diferente do que é fotografado. F diz que é interessante o trabalho com fotografias. Ouviu que no séc. 19, quando fotografavam, tiravam a alma da pessoa, era perigoso e misterioso. G refere-se ao filme “Os Outros”⁴¹, onde tiravam fotos de pessoas mortas e era chocante.

Este grupo fez poucos comentários sobre as fotografias. Por vezes me senti sugerindo ou emprestando alguns comentários com a intenção de estimulá-los à discussão, mas percebi que este não era um caminho viável a percorrer. Um fator a ser levado em consideração foi o horário. Apesar de ser o horário normal de trabalho, há que se considerar o cansaço, pelo ritmo intenso no início do plantão, e o sono, fatores comuns enfrentados pelos trabalhadores do turno da noite. Mesmo assim, havia certo desinteresse para esta possibilidade de discussão. Outro fator que pode ser apontado é o papel que cada um desempenha na instituição, certamente um papel que exige poucos comentários ou pouca intervenção e onde o silêncio é estimulado. Meu papel como enfermeira que coordena esta equipe de enfermagem também deve ser considerado para avaliar este comportamento restritivo aos comentários das imagens. Daí algumas respostas desconfiadas, com algum vacilo em responder aos meus estímulos. As discussões também se tornaram, em certos momentos, personalizadas, focando mais as qualidades de algumas pessoas do que os processos de trabalho.

⁴¹ “The Others”, de Alejandro Amenábar, 2001.

5.3 Ecos de uma exposição fotográfica: desdobramentos das visibilidades



A ideia de uma exposição fotográfica foi resultante de uma discussão do grupo de pesquisa de pós-graduação da psicologia, mostrando-se muito produtiva. Apresentei a proposta aos participantes da pesquisa e solicitei que escolhessem algumas fotos para um painel a ser afixado no corredor central do Centro Cirúrgico.

A ideia foi bem recebida pelos autores que sugeriram as fotos por e-mail ou pessoalmente. As fotos foram impressas no formato 15x21 e sem efeito de brilho. Foram colocadas em um fundo de cartolina branca sem uma disposição específica.

No canto superior direito, foi colocado um pequeno texto (Figura 4) com a apresentação da oficina de fotografias e um convite para que o espectador possa manifestar suas impressões sobre as imagens, escrevendo nos espaços em branco, entre as fotos e sem a obrigatoriedade de identificação. Como citei anteriormente, essa ideia resultou de uma discussão em que poderiam ser criadas alternativas para a livre manifestação dos trabalhadores sobre as imagens, além da divulgação do trabalho realizado até o momento.

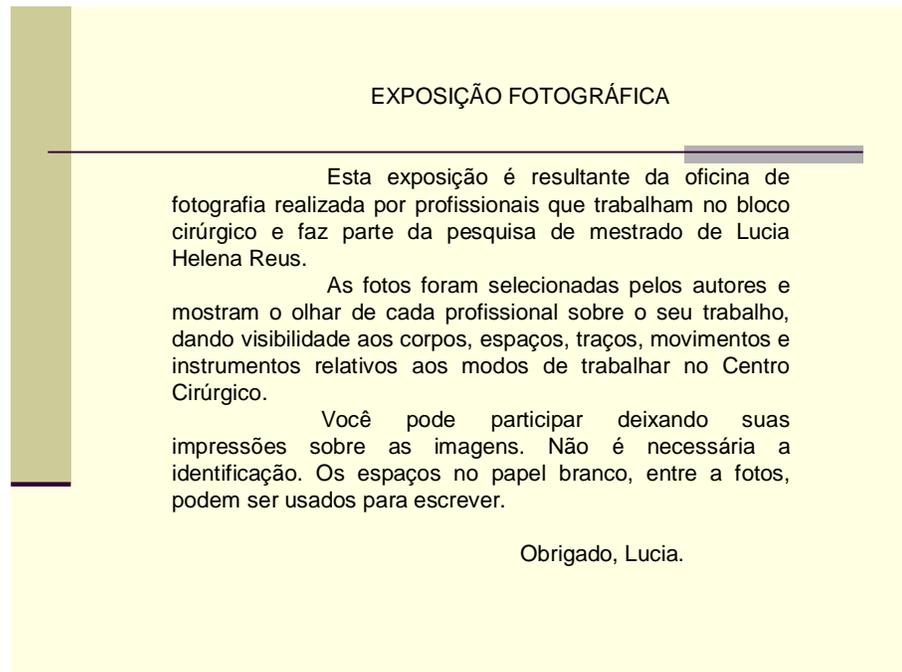


Figura 4

As reações sobre as imagens foram imediatas, com alguns comentários e elogios às fotos. Uma trabalhadora apontou para a foto tremida do corredor central e disse que não havia gostado daquela, pois estava tremida. “Gosto das coisas claras e limpas, não desfocadas”, disse. Foucault, a propósito da rejeição de técnicas científicas no século passado, fala do que está fora da escala do olhar, o que não cola no saber instituído e, portanto, se encontra fora do saber possível. A visibilidade legitimada é a do olhar cotidiano e é este o tipo de visibilidade reconhecida pela anatomia patológica (FOUCAULT, 1980, p. 191).

Pode haver certa dificuldade de uma leitura compatível com os referenciais sugeridos ou não há um reconhecimento da imagem como seu momento de trabalho pela proposta distinta para novas visibilidades. Podemos pensar ainda que essa falta de identificação seja um reflexo da dificuldade de reconhecimento e valorização de seu próprio trabalho.

Uma equipe de cirurgia manifestou seu agrado dizendo que se sentiram privilegiados por terem participado do trabalho e escreveram no pôster, nos espaços reservados aos escritos, o nome da especialidade cirúrgica acima de cada foto. Artifício que mostra, novamente, a necessidade de nomeação e de posicionamento no espaço como “estamos aqui, somos nós”.

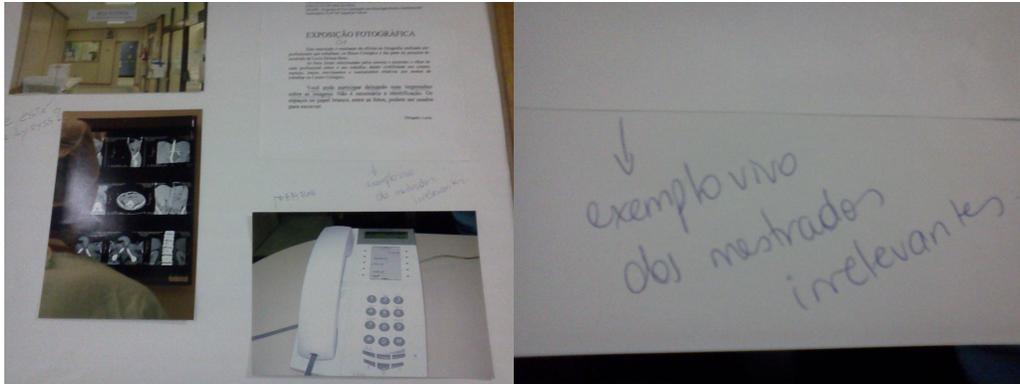


Uma perfusionista manifestou-se dizendo que é dela o armário onde aparece a Betty Boop. Assim, falo que há duas fotos que se referem ao seu trabalho, pois há também uma foto onde aparecem as linhas da máquina de perfusão. Ela ficou surpresa de não ter notado a foto. Talvez pela “cegueira” já citada anteriormente de ver esta imagem o tempo todo, afinal seu trabalho é desenvolvido diante dessa máquina.

Após uma semana de exposição, apareceram os primeiros escritos. A equipe que nomeou sua cirurgia no pôster também reconheceu a enfermeira que aparece de costas, trabalhando no computador, como a enfermeira de sua equipe e nomeou-a também como “enf^a da NCI⁴²”. O telefone foi nomeado “big fone” numa alusão, já citada nas discussões em grupo, ao *reality show*. Houve ainda uma espécie de brincadeira como “onde está Wally” com o escrito “onde está a Dra. L.?” Constitui-se

⁴² Neurocirurgia.

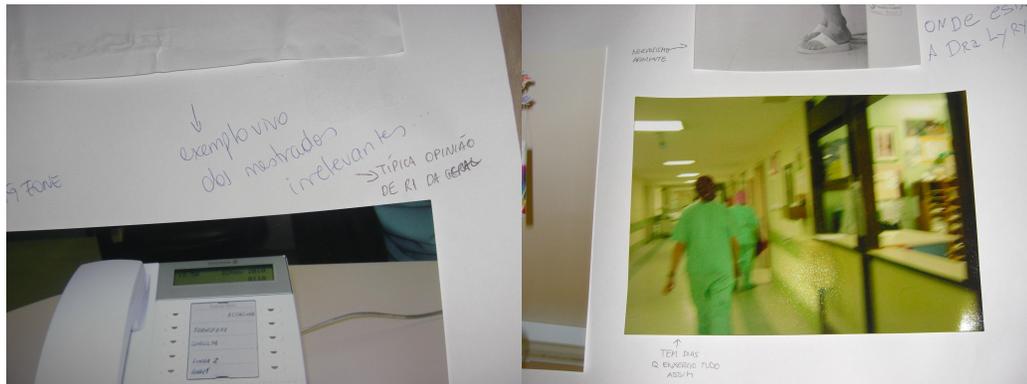
em artifícios para nomear e identificar as pessoas, personalizar as fotos, tornando-se parte do trabalho retratado nas imagens. Um escrito mais elaborado, seguido de marcações sublinhadas no texto de apresentação, foi retratado de forma a desqualificar o trabalho, colocando-o como irrelevante.



Diante de meu impacto ao ver o escrito, meus colegas de trabalho me aconselharam a formular uma resposta ou algum tipo de manifestação de repúdio, o que achei inadequado para o trabalho. Recorri ao papel de pesquisadora, o que me auxiliou a manter o equilíbrio naquele momento. O acontecimento mostrou os atravessamentos de fazer pesquisa no local de trabalho, o que requer alguns cuidados. No momento em que li essa manifestação, estava em horário de trabalho, exercendo a função de enfermeira e recebendo críticas de colegas de trabalho. Impossível não ser acometida por sentimentos ou ser atropelada por anos de história dentro da instituição.

Transversalizações dos jogos de poder se mostram mais claras se recorremos para os atravessamentos do papel de pesquisadora. Não significa o abandono de afetos, mas a busca do recurso científico na tentativa de entender que a desvalorização ao estudo passa ao largo de uma manifestação personalizada. Mesmo que o julgamento de um trabalho de pesquisa, sem um conhecimento mínimo de como está sendo realizado, carregue certa hostilidade, expõe uma opinião de desagrado pelo ato de pensar os modos de fazer dos profissionais que lá trabalham.

Todavia, acima de tudo, o escrito retrata o impacto do olhar para uma pesquisa que destoa do usual cientificismo positivista praticado na maioria das instituições de saúde, onde os saberes são hierarquizados em nome de um conhecimento mais “verdadeiro”. Reportando-me à genealogia foucaltiana de construção de um saber a partir de elementos locais, penso que a possibilidade de resistência aos efeitos de poder centralizadores é construída, justamente, a partir das visibilidades destes saberes desqualificados e não legitimados. Que saberes são relevantes? Vemos que a relevância citada está no foco cirúrgico e no que ele ilumina. Todos os demais trabalham na “penumbra”. Trabalhadores de enfermagem, engenharia, administração e higienização desenvolvem suas atividades neste ambiente pouco “iluminado” pelo saber instituído, necessitando, assim, um rígido controle das atividades. Constitui-se em um jogo de relevâncias e irrelevâncias ou em um jogo de forças que delimita espaços de saber e poder.



Alguns dias antes da retirada do pôster houve uma manifestação em relação a este escrito, bem como alguns comentários às demais imagens. Abaixo do “exemplo vivo dos mestrados irrelevantes” escreveram: “típica opinião de R1 da geral”, sugerindo que o comentário tenha sido feito por um residente do primeiro ano da cirurgia geral e abrindo uma pequena fenda às visibilidades dos jogos de verdades que circulam entre equipes cirúrgicas. Ainda, diante da imagem tremida, escreveram: “tem dias q enxergo tudo assim”; e sobre a foto da sala de espera “nervosismo aparente”, demonstrando sua receptividade e identificação com a proposta de trabalho.

Ao retirar o pôster da parede, pensei em um final de etapa, mas acima de tudo em ser pesquisadora em um local de trabalho onde exerço há tantos anos uma profissão marcada pela hierarquia e por tantos entrelaçamentos de jogos de poder. “Um local fechado à livre visitação” é o que falei ao início do trabalho. Um local fechado à livre circulação interna também é apropriado que se diga, pois a circulação existente também é controlada. A circulação de trabalhadores se dá por caminhos preestabelecidos, onde a circulação de pensamentos é limitada aos objetivos propostos. Pensar estes movimentos mostrou-se possível através das imagens.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS (SÍNTESE⁴³)

Nessa pesquisa, foi possível observar os traços e as marcas que as imagens provocaram ao longo das intervenções para pensar como as visibilidades foram capturadas e refletidas em questões para o trabalho no centro cirúrgico. Nessa etapa final do estudo, não tenho a pretensão de fazer um fechamento ou elaborar conclusões, pois penso que as questões levantadas evocaram luminosidades que podem lançar outras visibilidades e reflexões. Não sigo a ordem dos acontecimentos ou um roteiro que tenta esgotar todos os elementos que apareceram nas oficinas. Trata-se de um recorte onde as visibilidades foram marcas que delinearam as discussões.

Frente a uma grande quantidade de elementos que surgiram no decorrer deste estudo, realizamos alguns recortes que foram pertinentes às questões trazidas pelo grupo e que já estavam sendo trabalhadas desde o projeto. Nossas escolhas foram delineando um caminho de visibilidades, como se estivéssemos olhando pela janela de um trem ao viajar. Olhamos inicialmente a paisagem, as casas com as montanhas ao fundo e, após um tempo, começamos a olhar as pessoas nas janelas das casas, imaginarmos sua vida e sua relação com o ambiente. É um olhar cada vez mais interessado, não somente pelo local de trabalho, mas pelos movimentos dos trabalhadores, como se constituem seus processos de trabalho, a hierarquia atravessada pelas relações de poder e as relações entre os trabalhadores e os pacientes.

Diante de tantas perspectivas de abordagens sobre o tema do “olhar”, proponho pensar em dois livros (que tiveram sua versão em filmes), duas histórias que tratam sobre assuntos diferentes e ao mesmo tempo muito próximos, se elegermos o

⁴³ Aproximação das bordas de tecidos seccionados para facilitar a cicatrização, sutura (www.jorgebinsely.com/**dierese**.pdf)

“olhar” para compará-los. Foram obras citadas em algum momento nas oficinas que evocaram imagens e simbolismos e que nos fizeram refletir sobre um eixo deste olhar. O primeiro refere-se à vigilância contínua exercida pelo olhar do poder retratado no livro “1984”, de George Orwell⁴⁴. Pela “tele-tela”, eram transmitidos programas enfadonhos do governo, mas também eram captados os olhares que olhavam a tela, juntamente com as reações transmitidas por este olhar; portanto, uma avaliação de como são recebidas estas mensagens. Uma vigilância total ao estilo panóptico que tentava captar e dominar até os pensamentos e as “verdades” das condutas, pois o que ele olha é o olhar de cada pessoa (RIBEIRO, 1997). O segundo refere-se ao olhar que não vê, uma cegueira que leva o sujeito às reações mais primitivas. No livro “O ensaio sobre a cegueira”, de José Saramago, esta não é retratada como escuridão. É uma cegueira branca, como se houvesse uma saturação ou negação de cores e imagens.

Trago essas referências imagéticas para que as considerações a seguir sigam este roteiro de luminosidade, mesmo que, às vezes, o percurso traga certa obscuridade. É em torno do olhar, desses olhares que gravitam nossas considerações.

Inicialmente, torna-se importante apontar que a participação espontânea do grupo das oficinas resultante do primeiro convite foi exclusivamente de enfermeiras, o que levou os rumos da pesquisa para um estudo fotográfico dos processos de trabalho emoldurado pelas narrativas deste viés profissional. Apesar da conformação do grupo com poucos participantes ser um fato esperado, é interessante apontar certa resistência à participação em relação a todos os trabalhadores, pois apesar de acharem o estudo interessante, a participação efetiva foi reduzida.

Osório (2002), em um estudo realizado com trabalhadores de hospitais também constata esta resistência na participação de eventos que se propõem pensar os processos de trabalho, evidenciando assim uma modalidade de ação “não institucional” ou uma manobra, até inconsciente, para a preservação de “segredos”, onde uma linguagem muito singular é partilhada somente entre os trabalhadores. Além disso, um local com tantos especialistas tem a tendência a se tornar um local de excesso de verdades (OSÓRIO, 2002).

⁴⁴ Este livro não foi citado nas oficinas, e sim sua alusão pelo viés de programas de televisão ao estilo *reality shows*, em que algumas pessoas são confinadas em uma casa e monitoradas por câmeras de TV.

No segundo grupo, composto de técnicos de enfermagem e da administração, não espontâneo e convidado por mim em um plantão, não correspondeu às minhas expectativas. Na verdade, transcorreu dentro de um padrão esperado se pensarmos os modos de trabalhar destes profissionais dentro da perspectiva dos jogos de poder e o papel desempenhado por mim (enfermeira) dentro de um contexto de trabalho (meu horário de trabalho). Mesmo assim, conformou-se uma situação de extrema riqueza como analisador. Falaram pouco e não conseguiram, através das imagens, realizar muitas associações com o objeto de estudo. Afinal, o espaço é o da visão e não o do discurso. Não se negaram a olhar as fotos, mas resistiram em falar sobre elas. Essas condutas são esperadas e adequadas ao trabalho segundo a escala hierárquica. Mesmo assim, também apontaram o caráter de rígido controle e organização necessários ao bom andamento do trabalho, bem como a possibilidade de retratar o local de uma maneira mais leve e diferenciada.

O centro cirúrgico foi retratado como um espaço do olhar, da vigilância e do controle. O saber é determinado a partir da visibilidade dos corpos, sejam de pacientes ou de trabalhadores. Estes corpos ocupam lugares bem determinados na escala hierárquica e, como já vimos, determinam técnicas de poder e um processo de saber. Os processos de trabalho estão inseridos neste contexto, seguindo linhas hierárquicas, disposição de corpos no tempo e espaço, bem como uma extrema organização de materiais de trabalho como instrumentais cirúrgicos e equipamentos.

A visibilidade proporcionada pelas fotos levou a uma percepção da extrema organização que se impõe aos trabalhadores como forma de controlar uma grande variedade de elementos presentes no ambiente. Este controle extremado revela o esforço para manter a vida que se encontra em risco constante. A morte, também como o corpo, foi transformada em objeto de saber e enquadrada em um conjunto de regras que a conformam não como o final da doença, mas como fonte de descobertas (FOUCAULT, 1980). O desejo de evitar a morte está presente no controle das pequenas tarefas cotidianas e prescritivas, mas pode se transformar em onipotência se estiver a serviço de um jogo de verdades que visa à legitimação do saber médico como aquele que “imita” Deus.

A sensação de caos esteve sempre presente e parece ser tarefa do enfermeiro lidar com essa contingência. A dinâmica do trabalho é apontada como “trepidante”,

onde as fotos tremidas e repelidas por uns é apontada como extremamente adequadas por outros. “Tem dias que me sinto assim” foi a frase escrita no pôster da exposição de fotos, que pode ser qualificado aqui como um analisador e também um acontecimento, visto seus desdobramentos. As estruturas em questão são móveis, bem como seus conceitos. Os profissionais passam pelo centro cirúrgico e adquirem o *status* de sujeito médico, enfermeiro, secretário ou técnico de enfermagem, assim como os pacientes recebem seus aventais e entram no centro cirúrgico para ganhar seu *status* de paciente operado ou passarem a ser vistos como um órgão doente. As mobilidades presentes nesse processo expõem os poderes que, por sua vez, como vimos, também são móveis. Essa “trepidação” nos modos de trabalhar aparece como uma reverberação luminosa que, a princípio, parece confusa, mas vai indicando um caminho em direção ao foco.

O olhar aos entraves, retratados nas fotos pelas enfermeiras e que desordenam e “trepidam” o andamento do trabalho, trouxe várias questões a discutir. A profissão de enfermagem é voltada ao cuidado do paciente, mas realizada, muitas vezes, de forma gerencial. O estereótipo do profissional que presta cuidados à beira do leito ainda é muito forte e está ligado a outros estereótipos profissionais como os da medicina, em que o médico atua no comando e a enfermeira na execução de tarefas. A atuação do enfermeiro no centro cirúrgico é apontada como distante do paciente, conformando-se como um trabalho mais burocratizado e distanciando-se do ideal.

Nas narrativas, o grupo manifestou seu inconformismo com esta realidade, relatando situações em que as equipes médicas já reclamam da ausência cada vez maior da enfermeira em sala cirúrgica, onde deveria prestar cuidados diretos ao paciente. Algumas situações embaraçosas são relatadas em que a enfermeira se sente “em dívida” com seu atendimento, pois está ocupada resolvendo os “entraves”. Na verdade, está resolvendo uma série de situações que fazem parte de seu trabalho de gerenciamento, na qual o telefone é apontado como o fator mais complicado. As enfermeiras são chamadas ao telefone frequentemente para resolver situações diversas, sendo que a maioria é relacionada ao agendamento de cirurgias pelos médicos, como a disponibilidade de sala cirúrgica, horário, disponibilidade de pessoal e outros. Ela é quem recebe, processa e repassa as informações, agindo na “contramão” do panóptico, ou melhor, aperfeiçoando-o e disseminando as informações por vias múltiplas e controladas. A equipe multiprofissional trabalha com um encadeamento de atividades, cada um atuando de maneira controlada, estritamente dentro de suas funções.

O papel da enfermeira é, de certa maneira, a do próprio panóptico, mas com uma dinâmica fluída, como um olhar divino que perpassa todos os locais e todas as pessoas. A enfermeira tem esta propriedade de contato com todas as outras esferas profissionais, realizando uma função de controle, vigilância e organização para a otimização das tarefas. Adquire, assim, poder pelo acúmulo de informações que se converte em um saber sobre a dinâmica deste trabalho.

Outro fator apontado pelo grupo está relacionado às novas exigências institucionais que trazem um excesso de atividades de registros no computador, o que atrela o profissional, cada vez mais, às máquinas. É interessante verificar que esta questão constitui-se em um dilema profissional, uma vez que estes “entraves” afastam as enfermeiras do paciente, mas fazem parte da rotina diária de trabalho. Possivelmente sejam atividades desqualificadas pelos profissionais que atuam neste ambiente, mesmo que vitais para a organização das cirurgias.

A necessidade de uma diferenciação se faz importante como jogo de visibilidades, pois os lugares já estão previamente definidos pela hierarquia. Quais são as armas usadas se todos usam roupas, toucas e máscaras iguais? Além disso, como diferenciar estruturas anômalas se anatomicamente todos somos iguais? As entranhas nos apresentam um triste espetáculo de indiferenciação que só vem reforçar a luta pelo lugar ao sol.

A conquista deste espaço só acontece pela diferenciação estratificada em categorias extremamente rígidas de atuação profissional. A ética estabelecida (digo assim, pois não é conquistada) é a da hierarquia praticada, não somente nesta instituição, mas em toda a rede de atendimento de serviços de saúde. Então, podemos pensar que esta estrutura é rígida e não permite flutuações.

Apesar de todos se vestirem com roupas iguais, os médicos transitam por entre os trabalhadores de enfermagem sem o temor de serem confundidos com estes e, da mesma maneira, os trabalhadores de enfermagem gozam do risco de serem confundidos com os médicos, conformando-se um jogo de visibilidades do imaginário, sustentado pela estrutura hierárquica. Mesmo assim, a luta pela diferenciação é um elemento sempre presente nas discussões do grupo e manifestam um fator de resistência.

“Noite, onde os contornos se perdem...” Lugar da indiferenciação, do contato com a imagem crua do corpo. Assim me referi anteriormente ao ambiente de trabalho. A uniformização visual compele o sujeito na busca de elementos personalizadores e que marcam sua presença e seu papel, fugindo do risco de se perder na poeira da envolvente repetição. O risco maior de encontrar este *estranho* à espreita em cada sala de cirurgia, em cada corpo aberto, em cada peça cirúrgica ou órgão retirado de um paciente. O corpo aberto traz consigo o fator de indiferenciação (“por dentro somos todos iguais”, como aponta Arendt) e o horror do “homem carne”, (“pedaço de carne”, *pré-estádio do espelho*, de Lacan). Um homem em estado primitivo e exposto ao mundo sem defesas constitui-se em um fantasma que assombra o imaginário e faz com que a busca do mundo palpável e organizado seja ainda mais intensa.

Assim como o ambiente tem que ser protegido dos olhares externos, quem está fora também não quer olhar, compondo-se um acordo, de ambos os lados, em não expor essas imagens banalizadoras da carne.

A analogia do ambiente de trabalho com a câmara escura ou câmara fotográfica é significativa e nos faz pensar nas imagens produzidas pelo grupo e seus desdobramentos. Sendo o Centro Cirúrgico um lugar com acesso restrito somente aos profissionais, ele se converte nesta máquina obscura, “máquina de curar”. Algo se processa lá, mas poucos sabem o que acontece. Os que estão “de fora” ficam com esta sensação de máquina engolidora de doenças, sem conhecimento do que se passa. Quem está “dentro” tem que se adaptar à estrutura e não se perder no lugar do desamparo. Há a necessidade de artifícios para o reconhecimento do sujeito através do olhar. Dessa maneira, os espelhos funcionam como um instrumento real de visibilidade, e sua colocação nos lavabos foram importantes.

Similar aos espelhos, a função da fotografia como convocação ao olhar e ao reconhecimento ficou bastante evidente nas reações à exposição fotográfica. Houve um esforço geral para o reconhecimento de colegas, de si próprios e de suas especialidades cirúrgicas nas fotografias. Mesmo nas oficinas, reconhecer alguém ou seu trabalho nas fotografias era comentado e valorizado. A visibilidade perpassa todas as instâncias, mesmo que embaralhada com a cegueira, esta de ver e não enxergar; de olhar o saturado e o não relevante; portanto, não havendo um olhar intencional. Nesse sentido, a cegueira, aquela branca, é constatada em vários momentos em que nos damos conta de jamais ter

notado tal objeto ou escrito que aparecem nas fotos. É a cegueira de tanto ver o que é irrelevante.

O que é então relevante? Motivada pela frase escrita na exposição, atrevo-me a afirmar que o foco cirúrgico que emite iluminação intensa e brilhante é que delimita o que é relevante. Quem trabalha sob essa luminosidade são os cirurgiões. Estão curvados sobre o corpo aberto do paciente e tem a visibilidade total das entranhas, do que é primitivo e do que vive na escuridão do interior do corpo. Tudo o mais gravita ao redor deste centro de saber-poder. Todos os demais trabalham nesta penumbra de irrelevâncias, mas que contém outros saberes e poderes, mesmo que não legitimados pela soberania do olhar médico científico.

Este estudo se debruçou sobre os elementos que gravitam ao redor, que estão na obscuridade e fora do foco iluminado. As fotos possibilitaram um olhar que se sobressai à cegueira do trabalho cotidiano, que lança luz à penumbra do trabalho “secundário” e que questiona o dentro e o fora. Tanto essa “cegueira” como o “brilho” são instâncias que fazem parte de um jogo de forças, são estratégias dos jogos de verdade. Todavia, são encaradas com naturalidade, pois incorporadas no cotidiano de trabalho e não visualizados. A visibilidade desses jogos adquire novas possibilidades através do olhar fotográfico, com suas táticas de congelamento no tempo, possibilidades de olhares diversos e de criar um espaço de discussão.

Destarte, para encerrar, por hora, essa discussão, verificamos que a estratégia metodológica utilizada beneficiou sobremaneira este estudo, sem a qual, sua construção teria, talvez, se tornado mais difícil. Essa escolha privilegiou o olhar, assim como a clínica investigada por Foucault (1980) mudou a estrutura, através dos tempos, com a substituição da frase “o que é que você tem?” pela outra “onde lhe dói?” proferida pelo médico a seu paciente.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, K.F.; ROCHA, M.L. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. **Psicologia Ciência e Profissão**, 2007, 27(4), 648-663.

_____. Pesquisa-Intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia Ciência e Profissão**, 2003, 23(4), 64-73.

AYRES, L. Redesenhando o lugar da pesquisa-experimentando a prática da restituição. **Mnemosine**. V. 1, n. 1. 2005.

BARTHES, R. **A câmara clara**. Lisboa: Edições 70, 1981.

BENJAMIN, W. Pequena história da fotografia. **Obras escolhidas: magia e técnica, arte e política**. V. 1. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BERT, J-F. **Michel Foucault, regards sur Le corps**. Strasbourg: Cahiers du portique, 2007.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

BOSI, A. Fenomenologia do olhar. In.: NOVAES, Adauto (org.). **O olhar**. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

CHEMAMA, R. (org.). **Dicionário de psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.

DUBOIS, P. O ato fotográfico. Campinas: Papyrus, 2008.

FARIA, N.G.F.; PERES, H.H.C. Análise da produção científica sobre documentações fotográficas de feridas em enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet].2009;11(3):70411.Availablefrom:<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a31.htm>. Acesso em: outubro de 2009.

FLEIG, M. O mal-estar no corpo. In.: KEIL, I.; TIBURI, M. (orgs). **O corpo torturado**. Porto Alegre: Escritos Editora, 2004.

FLUSSER, V. **Filosofia da caixa preta**: ensaios para uma futura filosofia da fotografia. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

FONSECA, Marcio A. **Michel Foucault e a constituição do sujeito**. São Paulo, EDUC, 2003.

FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In.: Ética, sexualidade, política. **Ditos e escritos IV**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, (2006a).

_____. Foucault. In.: Ética, sexualidade, política. **Ditos e Escritos IV**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, (2006b).

_____. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, (2006c).

_____. **Microfísica do poder**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

_____. **O nascimento da clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

_____. O sujeito e o poder. In.: Dreyfus, H.; Rabinow, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica**: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. **Vigiar e punir**. 35. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

FREUD, S. Lo ominoso. In.: **Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1992.

JANAWAY, C. **Schopenhauer**. Edições Loyola, São Paulo, 2003.

KRUSE, M.H.L. **Os poderes dos corpos frios**: das coisas que ensinam às enfermeiras. Brasília: ABEn, 2004.

KEHL, M.R. Três perguntas sobre o corpo torturado. In.: KEIL, I; TIBURI, M. (orgs.). **O corpo torturado**. Porto Alegre: Escritos Editora, 2004.

_____. Masculino e feminino: o olhar da sedução. In.: NOVAES, Adauto (org.). **O olhar**. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

LOURAU, R. **Rene Lourau na UERJ: análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro, 1993.

MELLEIRO, M.M.; GUALDA, D.M.R. A abordagem fotoetnográfica na avaliação de serviços de saúde e de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006; 15(1): 82-8.

MUCHAIL, S.T. Olhares e dizeres. In.: RAGO, M.; ORLANDI, L.L.; VEIGANETO, A. (orgs.). **Imagens de Foucault e Deleuze**. Rio de Janeiro: DPeA, 2002.

MUNIZ, V. **Vik**. Organização de Leonel Kaz e Nigge Loddi. Texto de Paulo Herkenhoff. Rio de Janeiro: Aprazível Edições, 2009. 144 p, 29,5 x 37 cm, ilustr.

NARDI, H.C. **Ética, trabalho e subjetividade**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.

NASIO, J.D. **Meu corpo e suas imagens**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 2009.

ORTEGA, F. **O corpo incerto**. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

OSÓRIO, C. **Oficina de fotos: Uma atividade para re-inventar a atividade de trabalho**. Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho, São Paulo, 28 e 29 de novembro de 2008.

_____. Vida de hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde. Tese de Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. Rio de Janeiro, 2002.

PAULON, S.M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade**, 17 (3), 18-25, set-dez: 2005.

PAULON, S.M; ROMAGNOLI, R.C. Pesquisa intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estudos e pesquisas em psicologia**. UERJ, Rio de Janeiro. Ano 10, n.1. p. 85-102, 2010. Disponível em: [http://www.revvispsi.uerj.br/v10n1/artigos\(pdfv10n1a07.pdf\)](http://www.revvispsi.uerj.br/v10n1/artigos(pdfv10n1a07.pdf)). Acesso em: maio 2010.

RIBEIRO, R.J. Os amantes contra o poder. In.: NOVAES, A. (org.). **O olhar**. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

SANT'ANNA, D.B. Transformações do corpo. In.: RAGO, M.; ORLANDI, L.L.; VEIGA-NETO, A. (orgs.). **Imagens de Foucault e Deleuze**. Rio de Janeiro: DPeA, 2002.

SARAMAGO, J. Ensaio sobre a cegueira. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SONTAG, S. **Sobre fotografia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

SOUSA, E.L.A. Noite e dia e alguns monocromos psíquicos. **Revista do Departamento de Psicologia – UFF**, v. 18, n. 1, p. 77-86, jan./jun. 2006.

SPINK, M.J. **Imagem, realidade e interpretação: as tensões entre imagem e ciência**. Vídeo conferência apresentada em Recife, 2008. ABRAPSO, 2009.

TITTONI, J. Saúde mental, trabalho e outras reflexões sobre a economia solidária. In: MERLO, A.R.C. **Saúde e trabalho no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2004.

TITTONI, J. **Sobre psicologia e fotografia**. In.: TITTONI, J. (org.). **Psicologia e fotografia: experiências em intervenções fotográficas**. Porto Alegre: Ed. Dom Quixote, 2009.