

DANIELA MARIA MAIA VERÍSSIMO

**MARCAS DO CUIDADO: UM OLHAR PSICANALÍTICO
DA INFÂNCIA À ATUAÇÃO DE ENFERMEIRAS DO SUS**

ASSIS
2019

DANIELA MARIA MAIA VERÍSSIMO

**MARCAS DO CUIDADO: UM OLHAR PSICANALÍTICO
DA INFÂNCIA À ATUAÇÃO DE ENFERMEIRAS DO SUS**

Tese apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para obtenção do título de Doutora em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientador: Dr. Jorge Luiz Ferreira Abrão

ASSIS
2019

V517m Veríssimo, Daniela Maria Maia
Marcas do Cuidado: um olhar psicanalítico da infância à
atuação de enfermeiras do SUS / Daniela Maria Maia
Veríssimo. -- Assis, 2019
165 p. : il.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista
(Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis
Orientador: Jorge Luís Ferreira Abrão

1. Psicanálise. 2. SUS. 3. Cuidado. 4. Procedimento
desenho-estória com tema. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da
Faculdade de Ciências e Letras, Assis. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.



CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

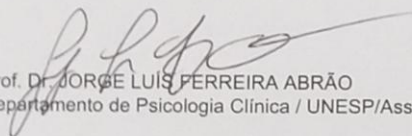
TÍTULO DA TESE: **MARCAS DO CUIDADO: UM OLHAR PSICANALÍTICO DA INFÂNCIA À ATUAÇÃO DE ENFERMEIRAS DO SUS**

AUTORA: DANIELA MARIA MAIA VERISSIMO

ORIENTADOR: JORGE LUÍS FERREIRA ABRÃO

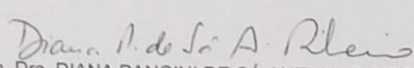


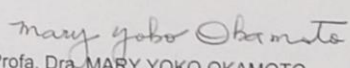
Aprovada como parte das exigências para obtenção do Título de Doutora em PSICOLOGIA, área: Psicologia e Sociedade pela Comissão Examinadora:


Prof. Dr. JORGE LUÍS FERREIRA ABRÃO
Departamento de Psicologia Clínica / UNESP/Assis

Prof. Dr. MANOEL ANTONIO DOS SANTOS
USP / Ribeirão Preto/SP

UEM MARCOS LEANDRO KLIPAN
UEM / Maringá/PR


Profa. Dra. DIANA PANCINI DE SÁ ANTUNES RIBEIRO
Departamento de Psicologia Clínica / UNESP/Assis


Profa. Dra. MARY YOKO OKAMOTO
Departamento de Psicologia Clínica / UNESP/Assis

Assis, 05 de abril de 2019

À minha mãe, Aldora Maia Veríssimo que soube ser presença e
ausência me possibilitando ser quem sou.

Ao meu pai, Amílcar Veríssimo Gomes que foi a extensão
dos cuidados maternos quando minha mãe se ausentava.

Ao Carlos, por ser o amor que me transborda,
e a certeza de cuidado e cumplicidade em todos os meus dias.

AGRADECIMENTOS

À UNESP Assis instituição que, através de seus docentes e funcionários, me acolhe desde os 17 anos ampliando meus horizontes, fazendo-me sentir orgulho de pertencer e me convidando a permanecer a cada aprendizado que vivo nesse espaço de formação. Concluir meu doutorado nesta casa, é sem dúvida um grande prazer.

À banca examinadora por sua generosidade e contribuições importantíssimas para este trabalho, bem como os direcionamentos do meu orientador Jorge Luis Ferreira Abrão.

Às enfermeiras pela vida que construíram e que compartilharam comigo em suas entrevistas, tornando meu trabalho tão bonito.

Ao meu marido Carlos por seu amor, sua paciência e por ser o melhor abraço nos momentos mais difíceis e nos mais felizes do doutorado e em todos os outros momentos da vida.

À minha mãe por me conduzir à transicionalidade e criatividade necessárias para viver a vida, lidar com a realidade e até escrever essa tese, para a qual contribuiu diretamente. Ao meu pai, que soube ser materno e firme quando necessário e ao meu irmão, com quem aprendo que o amor vive também nas diferenças. Aos meus sobrinhos Daniel e Bruno, que fizeram meu mundo melhor desde que chegaram.

À Cléo, Ana Cláudia e Flávia Bueno que fazem da distância e do tempo meros detalhes.

À Déborah Perez, Karla Ribeiro e Danila Berto, com quem andei de mãos dadas em cada etapa desse doutorado e pelas inúmeras vezes que nos acolhemos em meio à dúvidas e ao desejo de concluí-lo.

Ao Danilo Alves Bezerra, por ser afeto e racionalidade na minha vida. E pelo incentivo constante ao meu crescimento pessoal e profissional.

À Nastássia Andrade amiga e confidente, com quem divido o dia a dia de trabalho e cada detalhe desse doutorado desde que ele era apenas um sonho.

À Luciana Caluz e Simone Cotrin Moreira pelo apoio irrestrito ao meu desejo de crescimento profissional e pela amizade.

À todos os amigos do CEREST, em especial Leni Umeda, Rogério Badiz, Cristiano Marques, Cristiane Fujinaga, Rosimeire Nunes, Cristian Fioravanti, e Tania Oliveira pela cumplicidade que torna mais leve a rotina.

Aos amigos Vinicius Santarém, Agnaldo Nascimento, Mariana Almeida e Tiago Moraes pelas infinitas horas de conversa e por acompanharem tão de perto o processo de doutorado me incentivando.

À phamilya que Marília me deu: Miriane e Raphael Veroneze, Bruna Vernaschi e Rafael Moraes, Mirella e Rafael Armentano, Juliana e Fábio Garcia pelo afeto e presença em todos os momentos.

À Regina Maia e Luiz Ramalho pelo carinho e apoio neste doutorado.

À Paula Brito, Estela Parrilha e Maria Gabriela Lima por me ensinarem sobre coragem, cada uma a seu modo, e por permanecerem na minha vida.

À Eliana Romera, minha psicóloga, por acolher meus medos e potencializar a vida em mim.

"Não posso imaginar que uma vida sem trabalho seja capaz de trazer qualquer espécie de conforto. A imaginação criadora e o trabalho para mim andam de mãos dadas; não retiro prazer de nenhuma outra coisa. Esta seria uma receita para a felicidade, se não fosse a ideia terrível de que a produtividade da gente depende inteiramente de nosso modo de sentir. Que há de ser da gente, quando os pensamentos cessarem de aparecer e as palavras adequadas não se apresentarem? Não se pode deixar de tremer diante de tal possibilidade. É por isso que, embora submetendo-me ao destino como um homem honesto, não deixo de fazer secretamente a minha oração: acima de tudo, que não surja nenhuma doença ou qualquer miséria física que me paralise as faculdades da criação. Como dizia o rei Macabeth: 'Morreremos com as armaduras nos ombros'"

(Sigmund Freud, 1910)

VERÍSSIMO, Daniela Maria Maia. Marcas do cuidado: um olhar psicanalítico da infância à atuação de enfermeiras do SUS. 2019. 165f. Tese (Doutorado em Psicologia).– Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista – UNESP, Assis, 2019.

RESUMO

O ato de cuidar para a Psicanálise é um elemento fundante da subjetividade e influente na escolha profissional como a enfermagem. Partindo destas concepções e da experiência decorrente dos atendimentos psicoterápicos realizados em Saúde Pública no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Regional de Marília (CEREST) observou-se o sofrimento psíquico relacionado ao trabalho dos profissionais de enfermagem. Essa observação motivou a escrita desta tese que se vale da Psicanálise extramuros, como metodologia de pesquisa, ampliando a escuta clínica para alcançar o objetivo de compreender os conteúdos psíquicos mobilizados nas enfermeiras participantes, no exercício do cuidar profissional nos diversos níveis de atenção do SUS. Utilizando-se do procedimento desenho-estória com tema como recurso apresentativo-expressivo e da entrevista semi-dirigida, foi possível visitar a história profissional atual e pregressa de cuidados da vida dessas enfermeiras, o que oportunizou a escrita de narrativas psicanalíticas analisadas com embasamento na teoria freudiana, winnicottiana e dejouriana. Concluiu-se que as (ausências nas) primeiras relações de cuidado na infância produzem reflexos na escolha profissional de enfermagem, como um modo de reparação e compensação das falhas ambientais vivenciadas, levando as enfermeiras a encontrar na criatividade, no sentido winnicottiano e dejouriano, uma saída minimamente saudável para a execução dos cuidados aos usuários do SUS, e como estratégia para lidar com o sofrimento derivado do trabalho na saúde pública.

Palavras-chave: Enfermagem, Psicanálise, SUS, Cuidado, Procedimento desenho-estória com tema

VERÍSSIMO, Daniela Maria Maia. Care marks: a psychoanalytic view of childhood to the performance of SUS nurses. 2019 . 165f. Tese de Doutorado - Thesis (Ph.D in Psychology) – Science and Letters College, São Paulo State University – UNESP, Assis, 2019.

ABSTRACT

The act of caring for Psychoanalysis is a foundational element of subjectivity and influential in professional choice such as nursing. Based on these conceptions and the experience derived from the psychotherapeutic consultations did in Public Health at the Reference Center on Health of the Regional Worker of Marília (CEREST), the psychic suffering related to the work of the nursing professionals was observed. This motivated the writing of this thesis that uses psychoanalysis extramuros, as a research methodology, expanding clinical listening to reach the objective of understanding the psychic contents mobilized in the participating nurses, in the exercise of professional care in the different levels of SUS care. So, was using the thematic drawing with story as a present-expressive resource and the semi-directed interview, it was possible to visit the current and previous professional history of life care of these nurses, which made it possible to write psychoanalytic narratives based on the theory of Freud, Winnicott and Dejours. It was concluded that (absences in the first) care relationships in childhood produce reflexes in the professional choice of nursing, as a way of repairing and compensating for the environmental failures experienced, leading nurses to find in creativity, in the Winnicottian and minimally healthy output for the execution of care for SUS users, and as a strategy to treat with the suffering derived from work in public health.

Key words: Nursing, Psychoanalysis, SUS, Care, Thematic drawing with story

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Quadro com dados das Entrevistadas.....	84
Figura 2 - Desenho 1 de Ana "Troca".....	91
Figura 3 - Desenho 2 de Ana "Família".....	92
Figura 4 - Desenho 1 de Sofia "Tempos Modernos".....	107
Figura 5 - Desenho 2 de Sofia "Construção do Eu.....	108
Figura 6 - Desenho 1 de Helena "Cuidar é amar".....	118
Figura 7 - Desenho 2 de Helena "Decepção".....	119
Figura 8 - Desenho 1 de Natália "Missão".....	129
Figura 9 - Desenho 2 de Natália "Vida".....	130

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
1. Expressões do cuidado: da filosofia à psicanálise.....	16
1.1 O Cuidado sob o olhar da filosofia.....	16
1.2 O Cuidado em Psicanálise.....	21
1.2.1 Freud.....	21
1.2.2 Winnicott.....	25
2. Cuidado em Enfermagem.....	35
2.1 História da Profissão.....	36
2.2 Um trabalho predominantemente feminino.....	38
2.3 Atuações profissionais em enfermagem	40
2.4 O olhar da saúde do trabalhador sobre o exercício profissional	41
2.5 A escolha da profissão de enfermagem	48
2.6 O impacto do trabalho na em saúde em enfermeiros	54
3. Cuidado em saúde no Brasil: O SUS	60
3.1. Atenção Primária à Saúde	63
3.2 Atenção Secundária e Terciária à saúde.....	64
3.3 Saúde Complementar.....	66
3.4 Saúde Suplementar.....	66
3.5 O impacto emocional sobre a saúde do trabalhador do SUS.....	67
4. DELIMITAÇÃO DA PESQUISA.....	74
4.1. Objetivos.....	74
4.1.1 Objetivo Geral.....	74
4.1.2 Objetivos Específicos.....	74
4.2 Metodologia	74

4.2.1 Instrumentos de pesquisa	77
4.2.1.1 O procedimento desenho-estória com tema	77
4.2.1.2 Entrevista semi-dirigida	80
4.2.2 Participantes da pesquisa.....	83
4.2.3 Local de realização da coleta de dados	84
4.2.4 O encontro com participantes e a reorganização metodológica.....	84
4.2.5 O registro do material.....	86
4.2.6 Procedimentos de coleta.....	88
5. RESULTADOS.....	90
ANA.....	91
5.1 Entrevista 1 - Ana.....	93
5.1.1 Breve descrição da entrevistada.....	93
5.1.2 Narrativa Psicanalítica do encontro com Ana.....	93
5.1.3 Análise formal do procedimento Desenho-Estória com Tema.....	100
5.1.4 Análise do conteúdo (não) verbal.....	102
SOFIA.....	107
5.2 Entrevista 2 - Sofia.....	109
5.2.1 Breve descrição da entrevistada.....	109
5.2.1 Narrativa Psicanalítica do encontro com Sofia.....	109
5.2.3 Análise formal do procedimento Desenho-Estória com Tema.....	113
5.2.4 Análise do conteúdo (não) verbal	115
HELENA.....	118
5.3 Entrevista 3 - Helena.....	120
5.3.1 Breve descrição da entrevistada.....	120
5.3.2 Narrativa Psicanalítica do encontro com Helena.....	120
5.3.3 Análise formal do procedimento Desenho-Estória com Tema.....	123
5.3.4 Análise do conteúdo (não) verbal	125

NATÁLIA.....	129
5.4 Entrevista 4 - Natália.....	131
5.4.1 Breve descrição da entrevistada.....	131
5.4.2 Narrativa Psicanalítica do encontro com Natália.....	131
5.4.3 Análise formal do procedimento Desenho-Estória com Tema.....	136
5.4.4 Análise do conteúdo (não) verbal	138
6. DISCUSSÃO.....	141
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	150
REFERÊNCIAS	153
ANEXOS	162

INTRODUÇÃO

Enquanto vocábulo, cuidado é definido em dicionário como: cautela, precaução, solicitação de concentração e cuidado em relação a algo. Para a Filosofia e para a Psicanálise, o cuidado possui uma dimensão ontológica na constituição do "ser", e é o ponto de partida do ser humano. É através do cuidado e na relação com o outro, que podemos “vir a ser”. Esta "relação com o outro" pode adquirir diversos sentidos, dentre eles: a amizade, o amor - inclui-se aqui, o amor materno, elemento fundante da subjetividade de acordo com a Psicanálise - e o trabalho, no exercício profissional do cuidar.

Da experiência decorrente dos atendimentos realizados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Regional de Marília, como psicóloga, foi possível observar o crescimento da procura dos profissionais de enfermagem por atendimento psicoterápico em razão de sofrimento psíquico relacionado ao trabalho, no exercício do cuidar profissional que desenvolvem.

Soma-se a crescente busca por atendimento por partes desses profissionais à frequência de solicitações dos trabalhadores da saúde durante eventos e capacitações em Saúde do Trabalhador, para se que considerasse a urgência de atenção à saúde - física e mental - dos próprios trabalhadores da saúde.

Nesse sentido, esta pesquisa teve como objetivo compreender os conteúdos psíquicos mobilizados nas enfermeiras participantes da pesquisa no exercício do cuidar profissional nos diversos níveis de atenção do SUS de um município de médio porte no interior do Estado de São Paulo.

Intenta-se, ainda, investigar se as experiências de cuidado recebidas pelas enfermeiras impactam no exercício do cuidar profissional. Como as enfermeiras entrevistadas compreendem a experiência de cuidar e quais as fantasias destas profissionais no exercício do cuidado. Por fim, pretendemos investigar como as demandas profissionais próprias dos diferentes níveis de atenção em que trabalham, mobilizam conteúdos psíquicos das enfermeiras participantes da pesquisa.

Esta tese se vale da Psicanálise extramuros, como metodologia de pesquisa, ampliando a escuta realizada entre as paredes do consultório de psicologia localizado no CEREST

Regional Marília, e se dirige às enfermeiras, buscando compreender como lidam com o trabalho de enfermagem nos diversos níveis três níveis hierárquicos do SUS e quais seriam as influências de suas histórias de cuidados na escolha e no envolvimento com seu trabalho.

Quanto ao texto desta tese, o Cuidado é o fio condutor da construção dos três primeiros capítulos que fundamentam a pesquisa. No primeiro capítulo intitulado "Expressões do cuidado da Filosofia à Psicanálise" encontra-se um levantamento bibliográfico sobre cuidado desde sua origem filológica, arqueológica para a filosofia e os cuidados em Psicanálise, que através dos conceitos de Freud e Winnicott traz o aporte teórico desta tese, considerando o cuidado na relação mãe bebê como constituinte da subjetividade e influência no cuidar profissional das enfermeiras.

No segundo capítulo denominado "Cuidado em Enfermagem", há uma detalhada reflexão sobre o contexto histórico da enfermagem, atuações profissionais na atualidade, o olhar da saúde do trabalhador sobre o exercício profissional, como ocorre a escolha profissional e o impacto do trabalho em saúde sobre os seus trabalhadores.

O terceiro capítulo: "Cuidados em Saúde no Brasil", traz uma abordagem histórica dos sistemas de saúde brasileiros até a promulgação do SUS com suas diretrizes, princípios e organização. Problematiza-se a atuação nos níveis de complexidade e as principais dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores do SUS.

O quinto capítulo é dedicado à "Delimitação da Pesquisa" contendo objetivos gerais e específicos, de investigação das experiências de cuidado recebidas pelas enfermeiras em suas vidas e o impacto no exercício do cuidar profissional nos diversos níveis de atenção do SUS. Caracterizando a escolha dos instrumentos metodológicos - entrevista semi-dirigida e desenho-estória com tema - que foram utilizados no encontro com as enfermeiras para levantamento de dados.

O sexto capítulo é onde compartilhamos os "Resultados" da pesquisa, com a descrição das entrevistadas, as narrativas produzidas a partir do encontro com as enfermeiras, seguidas de suas análises individuais e então seguimos para a Discussão e Considerações Finais do trabalho.

Identificamos que há reflexos das primeiras relações de cuidado na infância com a escolha da profissão de enfermagem, no sentido de reparação e compensação das falhas ambientais vivenciadas, conforme descrito na teoria winnicottiana, assim como o uso do processo criativo para execução das tarefas em meio à ausência de recursos

peçoais subjetivos e de infraestrutura do trabalho que lida com realidades muito empobrecidas dos usuários, em diversos aspectos e especialmente os simbólicos. Observamos também que há um grande impacto emocional no contato com os pacientes, devido à identificação projetiva destes como modo de comunicação de suas angústias, o que provoca estratégias defensivas de fuga do contexto nas enfermeiras que buscam por afastamento profissional da assistência para gestão, para a função de enfermeira substituta ou para o trabalho na especialidade.

O presente trabalho pretendeu iniciar uma reflexão a respeito das questões psíquicas e relacionadas ao trabalho que integram a realidade das profissionais de enfermagem uma vez que, através de levantamento bibliográfico identifica-se uma escassez de trabalhos que abordem a relação entre a história de cuidados vivenciados pelas enfermeiras, especialmente na infância, na fase adulta.

1 . EXPRESSÕES DO CUIDADO: DA FILOSOFIA À PSICANÁLISE

1.1 O Cuidado sob o olhar da filosofia

O cuidado é um conceito relevante desde a antiguidade, haja visto, que é tema de uma fábula criada por um filósofo romano. Em tempo, fábulas são narrativas originadas no cotidiano popular e referem-se a compreensões morais de sua época e é deste ponto que iniciamos a reflexão sobre o cuidar: a Fábula 220 do filósofo romano Higino, que conta com os seguintes personagens:

Júpiter, Saturno, Terra e Cuidado. Na mitologia, Júpiter: é o deus-rei de todos os deuses; Saturno: é pai de Júpiter, era o deus do Tempo, da Abundância e da Igualdade entre os homens; Terra: a deusa-mãe, era a mãe de Júpiter e de vários outros deuses, representava as origens, a força de vida original no mundo; e Cuidado: era uma entidade comum —não era uma deusa nem semideusa. (RIBEIRO, 2001, p. 123)

Quanto à história, diz a fábula que:

"Um dia, quando Cuidado pensativa atravessava um rio, ela resolveu apanhar um pouco de barro e começar a moldar um ser, que ao final apresentou a forma humana. Enquanto olhava para sua obra e avaliava o que tinha feito, Júpiter se aproximou. Cuidado pediu então a ele,

para dar o espírito da vida para aquele ser, no que Júpiter prontamente a atendeu. Cuidado, satisfeita, quis dar um nome àquele ser, mas Júpiter, orgulhoso, disse que o *seu* nome é que deveria ser dado a ele. Enquanto Cuidado e Júpiter discutiam, Terra surge e lembra que ela é quem deveria dar um nome àquele ser, já que ele tinha sido feito da matéria de seu próprio corpo - o barro. Finalmente, para resolver a questão os três disputantes aceitaram Saturno como juiz. Saturno decidiu, em seu senso de justiça, que Júpiter, quem deu o espírito ao ser, receberia de volta sua alma depois da morte; Terra, como havia dado a própria substância para o corpo dele, o receberia de volta quando morresse. Mas, ainda disse Saturno, "já que Cuidado antecedeu a Júpiter e à Terra e lhe deu a forma humana, que ela lhe dê assistência: que o acompanhe, conserve sua vida e lhe dê o apoio enquanto ele viver. Quanto ao nome, ele será chamado *Homo* (o nome em latim para Homem), já que ele foi feito do *humus* da terra" (REICH, 1995, *apud* RIBEIRO, 2001, p. 123).

O uso desta fábula, em consonância com a psicanálise, testemunha que a preocupação (in)consciente em compreender a relação entre cuidado e o tornar-se humano, existe desde a Antiguidade; assim como a compressão de que o cuidado é essencial ao tornar-se humano.

Ideia, também compartilhada por Leonardo Boff (2005) em seu artigo "O Cuidado Essencial: princípio de um novo *ethos*", ao explorar as significações de cuidado, com base nos escritos do "Filósofo do Cuidado: Martin Heidegger"¹.

No texto, Boff investiga a filologia da palavra cuidado, com o objetivo de encontrar seus significados existenciais, e afirma que em latim, cuidado significa: cura. "Em seu sentido mais antigo, cura [...] se usava em um contexto de relações de amor e de amizade. Cura queria expressar a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pelo objeto ou pela pessoa amada." (BOFF, 2005, p. 29)

¹ Ao utilizarmos este texto com subsídios heideggerianos em uma tese de vertente psicanalítica, temos clareza de que filosofia heideggeriana e psicanálise são dois registros de saber epistemologicamente distintos e não teria sentido querer misturá-los, mas isso não nos impede, no entanto, de utilizá-los para falar sobre cuidado em suas diversas formas e enriquecer a compreensão do termo cuidado, estudando-o sob novos ângulos.

Ao buscar outros sentidos o autor encontra ainda que:

[...] derivam cuidado de *cogitare-cogitatus* [...] o sentido de *cogitare-cogitatus* é o mesmo de cura: cogitar e pensar no outro, colocar atenção nele, mostrar interesse por ele e revelar uma atitude de desvelo, até de preocupação pelo outro. O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de suas conquistas, enfim de sua vida. Cuidado significa, então, desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. Trata-se, como se depreende, de uma atitude fundamental. (BOFF, 2005, p. 29)

Boff (2005) delinea o ato de cuidar com duas significações básicas, a primeira é o interesse pelo outro, e com este envolvimento e os sentimentos advindos desta relação, forma-se uma ligação afetiva entre o que cuida e o que é cuidado fazendo surgir a segunda significação básica de cuidado: a preocupação e a inquietação.

Para o autor, cuidar é um ato singular, é um modo de ser, é a forma como as pessoas se estruturam e se realizam no mundo junto às outras pessoas. Significa estar presente na realidade e se relacionando com as coisas do mundo. Nestas relações o humano vai construindo-se, criando autoconsciência e a noção de identidade. E por desdobramento do ato de cuidar como um modo de ser no mundo, há duas formas básicas de ser no mundo: o trabalho e o cuidado.

O modo de ser pelo trabalho, ocorre sob a forma de interação e intervenção do homem sobre a natureza, de forma criativa. Assim, através do trabalho o homem constrói seu lugar no mundo, evolui, produz realidades.

Primitivamente, o trabalho acontecia sob forma de interação e comunhão com a natureza; com a evolução do homem, revela-se a vontade de dominar a natureza, para tanto, utiliza-se de uma razão instrumental-analítica, apropriada para a intervenção sobre a natureza, exigindo de si, objetividade, distanciando-se do seu objeto de dominação para melhor estudá-lo e dominá-lo (BOFF, 2005).

Para a intervenção sobre sua realidade, o homem criou aparatos para economizar sua energia e potencializar seus sentidos, colocando a natureza a serviço dos interesses pessoais e coletivos, mas neste ato, perde sua conexão com ela, base de sua formação - vide mito do cuidado - explorando-a até seus limites e ignora o sujeito sensível, afetivo que é (BOFF, 2005).

A outra forma de ser no mundo se organiza pelo cuidado. O ser humano coloca-se junto às coisas da natureza, coexiste, numa relação de convivência com outros objetos, tendo cuidado com eles e não apenas intervindo sobre eles (BOFF, 2005).

Cuidar das coisas implica ter intimidade com elas, senti-las, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhe sossego e repouso. Cuidar é entrar em sintonia com as coisas. Auscultar-lhe o ritmo e afinar-se com ele. Cuidar é estabelecer comunhão. Não é a razão analítico-instrumental que é chamada a funcionar. Mas a razão cordial, o espírito de delicadeza, o sentimento profundo. Mais que o logos (razão), é o pathos (sentimento), que ocupa aqui a centralidade. Este ser no mundo na forma do cuidado faz o homem e a mulher viverem a experiência fundamental daquilo que tem importância e definitivamente conta, em uma palavra, o valor. Não valor utilitarista (só para o meu uso), mas o valor das coisas em si mesmas, oculto e revelado em sua natureza que irradia e se conecta com tudo e com todos. A partir do valor inerente às coisas, emerge a dimensão de alteridade, reciprocidade e complementaridade. (BOFF, 2005, p. 31)

Assim, impõe-se um desafio ao ser humano. Combinar trabalho com cuidado. Uma vez que eles são complementares, constituem a experiência humana em caráter integral - objetividade e subjetividade, agressividade e cumplicidade. É a oposição entre essas duas formas de ser no mundo, onde o trabalho característico da modernidade domina o outro, o mundo e a natureza de forma racional, objetiva e despersonalizada que liquida o cuidado colocando-o como obstáculo à eficácia da produção. Porém, o modo de ser pelo trabalho tem tornado a vida insustentável nos seus vários sentidos e precisará ser reconsiderado.

Sidi Askofare (2006) em seu artigo "Arqueologia do cuidado: da prática ao discurso" também questiona o exercício esvaziado de afeto e desejo e o faz com uma análise sobre a evolução da medicina: inicialmente um cuidado mágico religioso, impregnado de elaborações e justificativas místicas, e que evoluiu para um ato técnico científico, que se arrisca a perder o sentido de contato humano, da ética do cuidar, tão necessária à medicina.

Askofare (2006) aponta ainda, que o surgimento da Psicanálise e sua ideia de causalidade psíquica, de inconsciente, nos possibilita construir uma noção de cuidado que não se transmite, mas se inventa, sendo uma atividade que envolve estilo, desejo e ação do agente cuidador em um relacionamento genuíno com o sujeito de cuidados. Assim, o autor refere que o constructo teórico psicanalítico poderia ser um antídoto ao

risco que pesa sobre muitas práticas humanas de se reduzir de uma prática guiada pelo saber formalizado onde não habita nenhum desejo.

Askofare e Boff são uníssonos quanto ao sentido de que o cuidado é uma dimensão ontológica do ser humano, e o primeiro autor afirma que:

Sempre e em todo lugar houve cuidado; essa universalidade do cuidado se duplica de seu caráter especificamente humano. [...] antes de ser uma atividade e uma prática humana o cuidado parece e pode ser definido, de início, como um comportamento animal forçado pelo instinto. [Mas é fato] A partir de uma certa escala da evolução animal, a sobrevivência do indivíduo só é possível com a condição de um certo número de cuidados - desde a alimentação até a proteção, passando pelo zelo, o abrigo etc., que lhe são concedidos sem parcimônia. (ASKOFARE, 2006, p.158)

Askofare (2006, p. 158) alerta ainda que:

o cuidado, no sentido genérico, não é específico ao homem e não o particulariza: o que especifica o humano, na problemática do cuidado, é o paradoxo que lhe imprimem duas determinações particulares: a primeira diz respeito à *prematização específica do nascimento* - a inacababilidade anatômica do sistema piramidal, a impotência motora, a dependência de uma criação - a partir da qual o pequeno homem exige, para o seu desenvolvimento e sua autonomia, um tempo mais longo de criação e, portanto, de cuidados; a segunda, é que esses cuidados se estendem num espaço, num universo de linguagem com, a *mínima*, quatro consequências importantes.

A primeira das consequências apontadas é desnaturalizar o cuidado, compreendendo-o como uma prática cultural marcada pela linguagem e não instintual; outra consequência, é que sendo o ato de cuidar uma prática cultural ele é um ato intrassubjetivo, dialético pertencente ao laço social ou que pode impor alienação ao outro; assim "[...] o cuidado, torna-se não apenas qualquer coisa que se dá, mas, também, qualquer coisa que se pode demandar, recusar, negociar." (p.159) As duas últimas consequências, são observadas em nível social, uma delas é a profissionalização do cuidar, que cria funções sociais e por fim, esse cuidado profissional frequentemente recupera ou se apresenta precedido e acompanhado por algum saber que se funda, se justifica e se orienta pelos discursos.

Por conseguinte, as reflexões sobre cuidado, desde a Antiguidade aos dias atuais, nos conduzem a uma concepção dupla, a do cuidado enquanto prática e enquanto condição imprescindível à sobrevivência humana, marcada pela linguagem e pela cultura, em um ato intrassubjetivo e dialético.

1.2 O Cuidado em Psicanálise

A Psicanálise também aborda a importância do cuidado enquanto fundamental para a sobrevivência humana, pois o cuidado presente nas relações iniciais entre mãe e bebê possibilita a estruturação psíquica.

Enquanto método analítico, a psicanálise também é fundamentalmente marcada pelo cuidado, no exercício clínico profissional. Durante os atendimentos, através do acolhimento, do olhar, da escuta, do investimento psíquico e outros modos de atenção possibilita-se a troca que abre aos sujeitos o reconhecimento de sua história e seu mundo mental e, conseqüentemente, uma autêntica experiência de vida através do cuidado terapêutico.

Da concepção até a morte de um ser humano, diversas formas e modalidades de cuidado se alternam propiciando a vida ou o suportar da mesma.

Como base para o desenvolvimento deste trabalho, este capítulo traz uma síntese de concepções psicanalíticas sobre a importância do cuidado - em especial os cuidados maternos - para a subjetividade humana.

1.2.1 Freud

Embora Freud não tenha abordado diretamente o cuidado nas relações iniciais, seus textos são ponto de partida para toda e qualquer compreensão psicanalítica e o estudo dos textos freudianos nos permite nos aproximarmos deste tema.

Freud considerava que o recém nascido encontra-se em desamparo e em "Inibições, Sintomas e Ansiedade" (1926/1996) apresenta-nos as suas concepções sobre os primeiros anos de vida de um bebê e sua relação com a mãe, identificados pelo estudo dos mecanismos da ansiedade para a Psicanálise.

O nascimento para um bebê é a primeira experiência de ansiedade e desamparo pela qual os seres humanos passam e isso se deve, muito provavelmente, pela separação somática da mãe, pois não é possível supor que o bebê tenha qualquer conteúdo psíquico ou conhecimento sobre a experiência que vive em seu nascimento.

Após o nascimento as experiências vivenciadas pelo bebê são de ordem somática, resultantes da excitação somática acumulada (desprazer) ou descarregada (prazer).

Quem executa tarefas de alívio dessa excitação somática é um objeto externo ao recém nato, frequentemente a mãe.

A mãe satisfaz com o próprio corpo as necessidades do bebê desde que ele era um feto e continua satisfazendo-o após o nascimento, ainda que por outros meios. Portanto a

[...] razão por que a criança de colo deseja perceber a presença de sua mãe é somente porque ela já sabe por experiência que esta satisfaz todas as suas necessidades sem delongas. A situação, portanto, [...] pela qual a criança] deseja ser protegida é a de não satisfação de uma crescente tensão devida à necessidade, contra a qual ela é inerte." (FREUD, 1926/1996, p. 137)

É na total incapacidade do recém nato em fazer algo por si mesmo e pelo total desamparo que é aberta a lacuna para inscrição do outro - do objeto - pois no desamparo é lançada a comunicação em direção ao outro e em caso de não retorno ao pedido de ajuda, o recém-nascido não subsistirá (ROCHA, 2013).

Essa abertura em direção ao outro é um apelo que o desamparado faz para ser cuidado e o cuidado aqui deve ser entendido (para usar a distinção heideggeriana) não como uma ocupação, mas como uma preocupação ou, melhor ainda, uma solicitude amorosa (ROCHA, 2013, p. 459).

Através da repetição dessas experiências a criança descobre que um objeto externo a ela pode por fim à situação de necessidade - biológica - que lhe causa tensão e incômodo, e por essa descoberta vivencia como situação de perigo/ansiedade não mais a excitação provocada pela necessidade, mas a possibilidade de perda do objeto, assim a ausência materna se torna um perigo ao bebê, passando-se da necessidade da situação biológica para um relação de objeto psíquico com sua mãe (FREUD, 1926/1996).

O progresso que a criança vivencia no seu desenvolvimento, como a vivência da libido e suas concentrações em diferentes parte dos corpo a cada fase psicosexual, também são estabelecidas pela mãe que estimula o bebê, possibilitando a ele suas experiências de desenvolvimento e de vivência do seu corpo e psiquismo.

A cada fase, se dá a evolução do aparelho mental da criança, assim como um progresso na divisão de seu psiquismo.

Surgem novas necessidades e as figuras de cuidado (maternas e paternas) influenciam na constituição da subjetividade da criança através do amor e do ódio, promovido pela ocorrência de fantasias libidinais em relação às figuras paternas/maternas e do risco da castração, destruição ou perda do amor.

É na relação de objeto que o bebê em desamparo biopsicossocial vivencia a sensação de proteção e destarte surge a necessidade humana de ser permanentemente amado.

Afinal, conforme Freud (1917/1996) em "Uma recordação de infância de *Dichtung und Wahrheit*" de Goethe:

Quando se foi o predileto indiscutível de sua mãe, conserva-se, durante toda vida, aquele sentimento de conquista, aquela confiança no êxito, que verdadeiramente e de modo muito frequente traz consigo o sucesso. Goethe poderia, com razão, ter colocado, em sua autobiografia, um cabeçalho mais ou menos como este: "A minha força tem suas raízes no modo como me relacionei com minha mãe" (FREUD, 1917/1996, p. 266).

Outro conceito psicanalítico associado às primeiras relações objetais estabelecidas é a transferência e contratransferência, que atuam nas relações que estabelecemos na vida.

O que são transferências? Elas são novas edições ou fac-símiles de impulsos e fantasias que são despertadas e tornadas conscientes durante o progresso na análise; mas elas têm essa peculiaridade, que é uma característica particular, de que elas substituem alguma pessoa primitiva pela pessoa do médico. Colocando em outras palavras: toda uma série de experiências psicológicas são revividas, não como pertencente ao passado, mas aplicadas ao médico no momento presente. [...] Dora atuou um fragmento essencial de suas lembranças em lugar de lembrá-los (Freud, 1905[1901]/1974, p. 133).

Assim sendo, o que Freud refere no texto sobre o caso Dora (1905) é que a transferência é um fenômeno que ocorre no tratamento analítico, que se relaciona ao deslocamento de sentimentos em relação à figura do analista, apoiando a progressão do tratamento analítico, através da confiança e simpatia, mas também pode configurar-se como um obstáculo para a ocorrência do tratamento, quando se manifesta sob a forma

de transferência negativa, onde os sentimentos deslocados são resistência e ataque ao vínculo analítico.

No texto "A dinâmica da Transferência", Freud (1912) identifica duas atitudes básicas do paciente durante a análise: a transferência positiva e a negativa

A transferência positiva é um fenômeno ocorrido no processo analítico, onde o paciente está suscetível à relação com o analista, que ocorre permeada por respeito e admiração, o que reduz as resistências e promove uma entrega ao processo terapêutico.

Já a transferência negativa se origina no deslocamento de impulsos agressivos, hostis, por trás de ações afetuosas. E mesmo que a transferência se interponha como resistência no processo terapêutico, ela atesta a existência de afetos na relação terapeuta/paciente.

Para compreender a transferência é importante que identifiquemos que o indivíduo, de modo inconsciente, tende a repetir escolhas de objetos amorosos por toda a vida. Esse movimento se deve à influência de fatores hereditários, experiências afetivas na infância e frustrações impostas pela realidade.

A repetição se justifica pela tendência inconsciente que o paciente tem de buscar a gratificação, não vivenciada no passado, e que criou em seu mundo psíquico demandas afetivas insatisfeitas que foram reprimidas, mas agora se atualizam na figura do analista.

Assim, a transferência passa a ser um instrumento analítico, porque nos põe em contato com fantasias primitivas do paciente e também com revivências e recordações que esclarecem importantes relações simbólicas do mundo mental do paciente e que podem então ser elaboradas para não serem repetidas.

Da transferência, emerge a vivacidade da análise e das demais relações que estabelecemos. Do encontro entre duas pessoas, há uma vinculação por onde circulam afetos, sentimentos e conteúdos inconscientes em um processo intersubjetivo.

O acontecimento transferencial em análise, convoca o inaudível ou incomunicável e solicita uma resposta emocional do analista a partir dos efeitos que o outro lhe causa, a partir dos sentimentos que o paciente lhe desperta.

Para a escuta e compreensão dos pacientes a psicanálise freudiana passou por diversas reformulações realizadas pelo próprio Freud, mas seus seguidores também deram prosseguimento a alterações na teoria psicanalítica para atender as dificuldades dos pacientes trazidas à clínica. Um dos teóricos que seguiram esse caminho foi Donald

Winnicott, que estabeleceu sua teoria com base na ideia de que a mãe consiste o ambiente que propicia a experiência de ser individualizado ao seu bebê.

1.2.2 Winnicott

O pediatra e psicanalista inglês Donald Winnicott ao estudar o paradigma freudiano, observou, em seu consultório, que as manifestações de tendências antissociais e psicose infantil, pré-edípicas, não eram compreendidas ou tratadas clinicamente na concepção freudiana.

Foi por reflexões sobre a capacidade da psicanálise em resolver problemas clínicos, embasado em sua teoria que surge a psicanálise winnicottiana com o intuito de retornar a atenção às influências do meio ambiente - do externo - sem perder as conquistas teóricas sobre o estudo dos fatores internos (WINNICOTT, 1994).

Assim, após 20 anos de observações em seus atendimentos em pediatria de mães e bebês, Winnicott aponta que a forma como nos relacionamos em sociedade tem como ponto original a relação entre mãe e criança.

Essa relação inicial é extremamente importante e complexa, pois a figura materna, que atua como ambiente maturacional para o bebê, pode auxiliar ou não a tendência inata da criança ao desenvolvimento. Ao afirmar que existe uma tendência ao desenvolvimento, Winnicott aponta que todo indivíduo tende ao amadurecimento, tendência expressa no crescimento do corpo físico e no desenvolvimento gradual do universo psicológico da criança.

As interações da mãe com o bebê acontecem desde a gestação; desde então a mãe é um ambiente suficientemente bom para o desenvolvimento biológico necessário até o seu nascimento, pois ela o sustenta e o protege de estímulos agressivos, ainda na barriga. (WINNICOTT, 1980)

A gestação prepara a mãe para que ela vivencie uma relação simbiótica com o bebê a ponto de que a sintonia entre eles seja tal, que ela possa se identificar - consciente e inconscientemente - com o bebê. Essa identificação possibilita a sobrevivência do bebê, pois garante o cuidado necessário para que ele viva cada etapa com suas gratificações, frustrações e conflitos, e possa ir adquirindo competências próprias de cada fase do desenvolvimento.

Do mesmo modo que o ambiente materno pode contribuir para o desenvolvimento do bebê, problemas no ambiente também podem contribuir para conflitos psíquicos.

Assim, a família é um lugar claramente definido como um ambiente que propicia o desenvolvimento da criança, e a mãe, ou a figura que se dispuser a exercer a função materna, é seu ambiente inicial, agindo como uma anfitriã do mundo para o bebê e “a saúde mental do ser humano tem suas bases assentadas na primeira infância pela mãe, que fornece um meio ambiente onde os processos complexos, mais essenciais no eu do bebê conseguem completar-se” (WINNICOTT, 1948/2000, p. 236).

Para a completude desses processos, mãe e filho vivem a dependência, graus de independência, retornos à dependência individual ou dupla independência conforme a vida segue. Entre “idas e vindas”, este desenvolvimento ocorre mediante uma adaptação muito sensível às necessidades da criança e a entrega necessária para viver esse movimento é mais provável que aconteça às mães. (WINNICOTT, 1997).

Cada mãe estabelece com seu bebê uma relação única, e os cuidados maternos envolvidos nesta relação acontecem de maneira apropriada, porque esta capacidade provém de uma atitude sensível adquirida desde o início da gestação e evolui com o avanço da gravidez.

A sensibilidade materna não tem relação com o conhecimento formal sobre como cuidar do bebê, pois os cuidados maternos não são aprendidos em livros ou manuais; é o processo gestacional e o contato com o bebê que instala um modo subjetivo de regressão na mulher, onde toda sua energia e foco são direcionados ao bebê e aos cuidados com ele.

A este processo foi dado o nome de *preocupação materna primária* e é por este estado que a mulher tem sensibilidade para prover o que o bebê precisa, visto que esse é um estado especial de identificação da mãe, ou de algum substituto, com o bebê, que possibilita que a mãe atinja uma percepção muito sensível dos cuidados que deve ter com o bebê e como realizá-los da maneira mais apropriada.

É a preocupação materna primária que permite que a mãe se constitua como um ambiente no início da vida do bebê, que saiba o que se passa com ele, o que ele sente, quando ninguém mais sabe (WINNICOTT, 1960/1993).

A ocorrência desse estado de identificação é necessário porque os seres humanos nascem em um estado de completa imaturidade, onde vivenciam uma condição

nomeada por Winnicott (1993) como *dependência absoluta* e com o apoio do ambiente um ambiente facilitador - o ambiente materno - passam ao estágio de *dependência relativa*, seguido de um período de *experiências compartilhadas*.

O período de *dependência absoluta*, ocorre nos primeiros meses de vida do bebê. Nesta fase, a existência do recém nascido é governada por sensações de prazer e desconforto e por necessidades e urgência de que estas sejam satisfeitas.

Quando o bebê tem suas necessidades compreendidas e está confortavelmente aquecido, bem alimentado, ele retira seu interesse do mundo real (objetivo) e adormece.

Quando o inverso ocorre, e ele está faminto, com frio, úmido de xixi, ou com desconforto provocado por sensações gástricas desagradáveis ele 'se comunica' com o mundo exterior, ou seja, inicialmente a relação com o objeto acontece atrelada às necessidades corporais (WINNICOTT, 1948/2000).

A relação inicial entre bebê e mãe proposta por Winnicott (1948/2000) tem como base apenas as necessidades físicas do recém-nascido que são satisfeitas (ou não) pela mãe.

À medida que o tempo passa, gradativamente, o bebê se desenvolve e passa a apresentar uma capacidade de elaboração imaginativa destas experiências físicas, assim, emerge uma atividade mental e com ela os primeiros contornos do psiquismo, e progressivamente as necessidades corporais transformam-se em necessidades do ego.

Até que o bebê atinja esse período de elaboração imaginativa, existe para ele uma condição que poderia ser descrita como "*independência absoluta*", pois o bebê não tem qualquer sensação de sentimento de dependência ou necessidade da mãe, ainda que viva uma dependência absoluta dela.

O bebê não percebe a existência da mãe enquanto cuidado, porque ela proporciona todos os cuidados de modo tão adequado às necessidades do bebê, que permite que ele alucine que é pelo próprio desejo que as necessidades são satisfeitas.

O desenvolvimento físico e psíquico do bebê só é possível quando é sustentado por uma *mãe suficientemente boa* que se adapta ativamente às necessidades do bebê, exercendo sua função materna de "três modos": *Holding*, *Handling* e Apresentação do objeto.

O *holding* é descrito por Winnicott (1960/1997) como um período em que a mãe protege o bebê da agressão fisiológica, funcionando como uma barreira aos estímulos excessivos ao frágil bebê, no início da vida.

Segundo o autor, a mãe exerce o *holding* (continência) desde a gestação, concedendo ao bebê o tempo que este necessita para amadurecer antes de enfrentar a primeira separação inevitável: o nascimento.

Com o nascimento a mãe exerce o *holding* como um modo de proteção física, considerando a sensibilidade cutânea de seu bebê, e de modo psíquico considerando o desconhecimento de seu filho sobre o mundo e de qualquer coisa que não seja ele mesmo, pois pela imaturidade dele neste período o ambiente/mundo nada mais é que a rotina completa de cuidados adequados a ele.

Assim, o *holding* é uma forma de proteção/continência física que é consequentemente uma proteção psíquica, ou seja, é física e ao mesmo tempo simbólica.

Quando não acontece, o bebê não percebe a ausência do *holding*, ele simplesmente vive uma aflição, uma sensação de desproteção e um sentimento de que o ambiente exterior não pode ser usado para reconfortá-lo internamente. Além de sentir outras ansiedades psicóticas.

Outra função materna é o *handling* que consiste nos cuidados físicos realizados pela mãe com o bebê. O ato de tocar, massagear, segurar, trocar o bebê, movimentá-lo é a função que

[...] facilita a formação de uma parceria psicossomática na criança. Isso contribui para a formação do sentido do “real”, por oposição ao “irreal”. A manipulação deficiente trabalha contra o desenvolvimento do tônus muscular e da chamada “coordenação”, e também contra a capacidade de a criança gozar a experiência do funcionamento corporal, e de SER.” (WINNICOTT, 1960/1997, p. 27)

O *handling* compõe os procedimentos fundamentais à personalização do bebê, ou seja, da experiência de que ele possui um corpo e vive dentro dele. Através do *handling* a mãe contribui para as primeiras percepções de que o bebê vive em um corpo e ocupa um espaço, e assim também proporciona a unificação psiquismo e corpo.

A *apresentação do objeto* é outra função materna conceituada por Winnicott (1960/1993); essa função se inicia com a apresentação do seio materno ou da mamadeira. Devido à extrema imaturidade do bebê, essa primeira forma de alimentação não assume a priori o significado de uma experiência emocional. O bebê vivencia um desconforto e é alimentado pela mãe que se adapta plenamente às suas necessidades.

Com o desenvolvimento da tensão pulsional, nos momentos de fome, ou de qualquer outra necessidade, o bebê passa a esperar alguma coisa que realmente surge, é quando entra em cena (ou deveria entrar) a mãe que providencia alimento certo nos momentos adequados.

Junto com o alimento, vem também o seio que é colocado de maneira que o bebê possa encontrá-lo, e além do alimento e do seio, há outros detalhes, como cheiro, imagem, textura, calor e ritmo dessa mãe.

Quando a mãe se adapta ao impulso do bebê, acaba permitindo que ele tenha a ilusão de que o seio é uma parte dele, criado por ele, como se ele tivesse um controle mágico da situação, cria-se assim o sentimento de onipotência no bebê.

Essa vivência onipotente não é apenas uma experiência física de satisfação instintiva pulsional, mas é também uma ligação emocional, e assim tem início a crença na realidade.

Dessa forma, gradualmente, com o relacionamento entre mãe e bebê, com a amamentação e suas inúmeras repetições, o bebê passa a perceber detalhes da mãe, que serão utilizados na criação do objeto, num processo ilusório de que existe uma realidade externa correspondente à sua capacidade de criar.

A mãe permite essa ilusão ao bebê: ela faz seu trabalho sendo simplesmente devotada. Sua tarefa é colocar-se à disposição do bebê, proporcionar contato, calor corporal, seu cheiro, seu ritmo, para ser sentida de todos os modos possíveis, através de sua existência (WINNICOTT, 1960/1997).

A mãe ou figura materna, no exercício de sua função permite que o chamado 'seio da mãe' seja "um fenômeno subjetivo dentro do bebê" tamanha é sua adaptação em todas as suas ações de maternagem (ainda que não utilize o seio para amamentação e sim a mamadeira); nesse momento, ela age simplesmente amando o bebê de um modo físico. Nesse momento a mãe permite ao bebê "[...] a ilusão de que aquilo que ele cria existe realmente" (WINNICOTT, 1951/2000, p. 30)

O seio é recriado inúmeras vezes pelo bebê a partir de sua necessidade e de seu amor. Sobre o seio criado pelo bebê a mãe coloca o seio real, no exato momento da necessidade do bebê. E assim, tornar real o impulso criativo infantil, permitir ao bebê relacionar-se com objetos, o que o leva a sentir-se real e parte de um mundo real, com vários objetos.

A princípio não existe um intercâmbio entre a mãe e seu filho; psicologicamente pode-se dizer que o bebê mama num seio que é parte dele mesmo e a mãe dá leite a um bebê que é parte dela mesma, num conjunto ambiente-indivíduo. O bebê é o indivíduo e a mãe o ambiente, o qual deve ser bom para que ocorra o desenvolvimento do bebê.

Esse fenômeno só é possível porque ao nascer o bebê e a mãe convertem-se em um só, numa ilusão de unidade indivisível partilhada por ambos, onde “perdem-se um no outro”, de modo que não é possível considerar a vida infantil sem o ambiente.

E nesse contexto, a unidade mãe-bebê é também unidade ambiente-indivíduo (OGDEN, 1989)

É a mãe quem proporciona ao bebê a capacidade de ilusão, de maneira tão bem sucedida que a passagem à próxima tarefa: o desmame, torna-se mais simples.

Para Winnicott (1948/2000), a melhor maneira de definir o desmame é a desilusão gradual, possível somente quando a criança vivenciou de forma eficaz a ilusão.

A desilusão é a quebra da onipotência do bebê. É o primeiro contato com a experiência de frustração que o bebê vivencia. O desmame requer um manejo cuidadoso; a partir dele, torna-se possível ao bebê a capacidade de sentir tristeza e reagir à perda de um modo organizado.

Essa desilusão permite à criança a condição de se recuperar com o tempo, vivência fundamental para o enfrentamento de outras vivências ao longo da vida. De acordo com Winnicott (1951/2000), é por conta desse período, que surge um grande desafio para o ser humano que é lidar com a percepção do que é real e do que é ilusório.

Com a desilusão, inicia-se uma nova etapa do desenvolvimento, o estágio da *Dependência Relativa ou das Experiências Transicionais* (1963/2008).

A criança, neste momento, possui um ego mais estruturado pelas experiências ilusórias que viveu e como experimentou a frustração do desmame; para suportar a angústia deste momento, a criança escolhe algo que está a seu alcance, como uma fralda que ela chupa, retira fiapos ou se acaricia; ou realiza atividades que lhe oferecem algum prazer como balbuciar ou cantarolar.

O uso dos chamados objetos transicionais - como fraldas, cobertores ou bichinhos de pelúcia - ou realização dessas atividades transicionais - como balbuciar ou cantarolar - ocorrem em momentos em que o bebê poderia se sentir angustiado (WINNICOTT, 1951/2000).

Os objetos transicionais descritos por Winnicott (1951/2000) são provas palpáveis que atestam a existência do espaço transicional e têm um significado: representam a mãe, a tranquilidade que ela oferece, e auxiliam quando o bebê começa a perceber a mãe como uma coisa externa, separada dele, fora da relação simbiótica.

Os fenômenos transicionais ajudam a criança a se desprender do ambiente materno, caminhando em direção ao real que a desafia.

Tais atividades e/ou objetos pertencem a uma área intermediária, entre o mundo interno e o externo, entre ilusão e realidade, entre a mãe e o mundo: a essa área intermediária denomina-se espaço transicional.

A transicionalidade possibilita ao bebê que ele suporte a ausência materna, onde através de suas fantasias e por sua imaginação dá continuidade da ilusão vivenciada na etapa anterior, mas agora de forma menos onipotente.

O bebê suporta a falha materna utilizando recursos como o espaço transicional que compartilha em si o real e o ilusório; deste modo, a criança inicia seus processos de simbolização e se prepara para vivenciar a realidade compartilhada.

Com o tempo, o objeto transicional vai sendo descatezizado, ou seja, a criança investe menos energia nele à medida que os interesses se direcionam para a cultura.

A experiência com objetos transicionais e dessa área intermediária - a transicionalidade - constituem a maior parte da experiência do bebê, permanecendo ao longo da vida como um lugar criativo.

Essa área intermediária de experiência incontestada quanto a pertencer à realidade interna ou externa (compartilhada), constitui a parte maior da experiência do bebê e, através da vida, é conservada na experimentação intensa que diz respeito às artes, à religião, ao viver imaginativo e ao trabalho criador. (WINNICOTT, 1951/2000, p. 30)

E adentra assim, o último estágio descrito por Winnicott, o das *Experiências Compartilhadas e Independência*. Nesse momento, a criança, cuidada pela mãe suficientemente boa, já experimenta a integração egóica e uma maior diferenciação entre realidade interna e externa.

O objeto (materno) ainda que vítima dos ataques do infante, sobrevive, limitando sua onipotência, pois a mãe de quem necessita e a quem a criança ama é a mesma que ela ataca, diante dessa ambivalência afetiva; surge a culpa e a progressiva capacidade de lidar com sentimentos ambivalentes (WINNICOTT, 1963/2008).

Nesse ponto, é importante ressaltar que a falha materna também é importante para a atividade mental do bebê. É a falha dosada, quando o bebê já tem amadurecimento para lidar com ela, que possibilita a construção da memória, da integração, pois o bebê obtém ganhos com a experiência de frustração.

É a adaptação incompleta à necessidade que torna os objetos reais, ou seja, que permite ao bebê odiar e amar os objetos com os quais se relaciona, sendo que a primeira relação objetal do bebê, é a relação que estabelece com a mãe.

Não existe qualquer possibilidade de que um bebê progrida do princípio do prazer para o princípio de realidade ou para e além da identificação primária a não ser que exista uma mãe suficientemente boa.

Caso a desilusão aconteça quando a criança ainda não está madura para suportar a realidade compartilhada, pois sua subjetividade não está "construída", o que ocorre é o desenvolvimento do *falso self*, uma falsa identidade como estratégia de defesa ao ambiente desfavorável; nesta forma de funcionamento psíquico, a criança tem o desenvolvimento de sua afetividade e criatividade prejudicados, assim como pouco investimento objetal.

Como estratégia de defesa, observa-se uma tentativa constante de afastamento de experiências dolorosas ou ainda negar vivências de sofrimento (WINNICOTT, 1958/2000).

Winnicott (1958/2000) aponta que mães deprimidas e que vivem dificuldade de investimento afetivo no bebê, propiciam o desenvolvimento de falso *self* em seus filhos; assim, essas crianças se tornam pessoas que agem conforme as expectativas do meio, uma vez que o ambiente (a mãe) cuida do bebê conforme suas necessidades, tornando-se invasiva e exigente.

Mas há também o falso *self* que atua como defesa, ativado em momentos de angústia, no dia a dia, e que não se caracteriza como uma falso *self* patológico, mas como um modo de reação às relações com objetos que causam angústia, nesses casos a noção de eu (*self*) os gestos espontâneos e a criatividade está constituída e instalada, o falso *self* é apenas proteção contra a angústia, um mecanismo de defesa que é desnecessário a medida que o sujeito vive o alívio da ansiedade por mudanças no ambiente.

É também, parte da tarefa materna, tolerar a falta de integração do ego do recém-nascido, “seu tênue sentimento de viver-dentro-do-corpo” (WINNICOTT, 1948/2000,

p. 238) e seus ataques. Por esse motivo, é importante que a maternagem ocorra adequadamente.

A maternagem adequada oferece simultaneamente proteção ao bebê contra o inesperado, um mundo desconhecido, e também protege a criança de seus próprios impulsos e dos efeitos que estes possam produzir. Cabe à mãe deixar ao bebê um “espaço” para que ele comece a se desenvolver, não acelerar o seu desenvolvimento, capacita-lhe apropriar-se de si e do seu tempo, acompanhá-lo nesse tornar-se consistente, tornar-se um ser, encontrar a si mesmo e encontrar o mundo que conhecemos, e ter o sentimento de um existir interno e pessoal. (WINNICOTT, 1948/2000, p. 238).

É pela falha na maternagem que é possível que uma criança transite por processos fundamentais à individuação, que são: a integração do ego, a percepção da localização do *self* dentro do corpo, a personalização, a possibilidade de reconhecer o mundo interno e o mundo externo no tempo, no espaço e enquanto indivíduo. Só deste modo é possível que a criança tenha seu *self* constituído, tornando-se um indivíduo (WINNICOTT, 1945/2000).

À mãe, cabe o partilhar desses processos, da dependência absoluta à independência, apoiando como um ambiente suficientemente bom a formação do ego da criança, sua integração e a integração das experiências vivenciadas por ela.

Considerando a importância e a complexidade da tarefa materna no cuidado de um bebê, Winnicott (1945/2000) aponta que algumas mulheres são boas mães do ponto de vista prático, pois são produtivas, criativas, mas não desenvolvem a preocupação materna primária, ou ainda desenvolvem essa capacidade com um filho e com outro não.

Essa condição se deve às muitas vicissitudes da função materna, que se modificam a cada dupla, pois cada mãe e cada bebê estabelece essa relação de modo único. Assim, os cuidados físicos são realizados, mas a mãe não consegue se identificar com as necessidades do bebê, de modo que elas sejam atendidas do modo e no tempo de acordo com a singularidade do bebê.

Ou seja, quando o bebê não encontra um ambiente excessivo e invasivo ou 'em falta' deixando-o às vicissitudes de suas necessidades, o bebê tende a formar o falso *self* como um modo de proteção do ambiente desorganizado, inesperado e ameaçador ou

como forma de proteção da ausência do cuidado materno diante de suas necessidades vitais.

O falso *self* é uma estratégia defensiva psíquica do bebê uma vez que seu aparelho psíquico não está pronto para lidar com a realidade da forma como é imposta pelas falhas do ambiente materno em adaptar-se a seu ritmo subjetivo ou a protegê-lo no que for necessário (WINNICOTT, 1945/2000).

Mas para que a mãe possa estabelecer um contato intenso com o bebê ela também precisa de um ambiente facilitador que é proporcionado pelo pai, sendo esta a função paterna. É ele quem favorece as condições necessárias para que a mulher vivencie adequadamente todos os processos supracitados de cada etapa do desenvolvimento do bebê, exercendo uma função protetora à mulher, poupando-a de voltar-se ao mundo em um momento em que ela precisa estar com sua atenção e sensibilidade voltadas ao bebê.

Na etapa inicial, cabe ao pai tolerar sua exclusão temporária da relação mãe-bebê para que participe mais ativamente posteriormente. O pai é, simbolicamente, a sustentação do ambiente facilitador para o bebê e a mãe e também é uma mãe substituta, mais severa, mais rígida, pois o bebê a princípio não diferencia objetos (quem é a mãe de quem não o é).

O pai é também a expressão da lei, do contorno, do não, do impedimento vivências fundamentais à constituição psíquica na psicanálise.

As reflexões winnicottianas sobre a importância do não - do impedimento - estão contidas no texto "Dizer não" (1960 *apud* ROSA, 2009) onde o autor aponta que há três etapas na vida da criança que são marcadas pelo não.

Inicialmente o "não" é da mãe para o externo, quando ela protege o bebê do excesso de estímulos externos, como uma barreira protetora; em um segundo momento, o "não" é da mãe para o bebê, que vive a ilusão do desmame e as frustrações dele advindas. E por fim, a terceira etapa, é um "não" objetivo, real, de limite e força, o que leva o bebê à construção de uma moral.

Desde o segundo impedimento vivenciado pelo bebê, o não no período do desmame, há um outro não que reforça o não materno, e esse reforço se dá pela presença do pai, cabe ao pai o aspecto inflexível do não materno e aos poucos será conhecido como um objeto que reúne em si o inflexível e o sensível do afeto e do cuidado (ROSA, 2009).

Por isso Winnicott define a família como um ambiente de maturação psíquica em sua obra, porque embora a figura materna tenha uma função importantíssima, a figura paterna também desempenha sua função contribuindo para o desenvolvimento saudável da criança.

Diante do caminho teórico escrito até aqui, observamos a importância do ambiente familiar como fator que influencia o desenvolvimento infantil e promove ressonâncias por toda a vida, inclusive para a vida das profissionais a quem endereçamos "nosso olhar" nesta pesquisa: as enfermeiras. Porém, antes de nos determos às histórias de vida das enfermeiras e à importância do cuidado na existência pessoal e profissional delas, nos inclinaremos cuidadosamente a percorrer os caminhos de construção dessa entidade profissional de cuidado: a enfermagem.

2. CUIDADO EM ENFERMAGEM

A equipe de enfermagem é composta por profissionais com três níveis de habilitação: a enfermagem em nível superior (graduação); técnico em enfermagem, com formação em nível médio e auxiliar de enfermagem, com formação puramente destinada à assistência.

Desde esta classificação, observa-se a divisão social do trabalho, cabendo às auxiliares e técnicas de enfermagem, ações mais práticas, enquanto a gestão e organização do serviço se constituem como responsabilidade extra às enfermeiras.

Conforme dados da pesquisa do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em 2015, a área da saúde no Brasil conta com 3,5 milhões de trabalhadores e destes 50% são da equipe de enfermagem. Na enfermagem brasileira, 20% é composta de enfermeiros, e 80% técnicos e auxiliares de enfermagem.

Uma categoria profissional predominantemente feminina, as mulheres são 84,6% do total de profissionais de enfermagem. Esses profissionais estão presentes em todos os municípios brasileiros e fortemente presentes no sistema de saúde, sendo que 60% dos trabalhadores de enfermagem estão no setor público e a metade dos trabalhadores da enfermagem do país, se concentram na região sudeste (COFEN, 2015).

2.1 História da Profissão

A enfermagem nasceu e se organizou dentro das instituições sacras e teve seu progresso entrelaçado à evolução da instituição hospitalar; instituição esta que do século XV ao século XX passa de um “morredouro” ou abrigo para excluídos do convívio social a um espaço de grandes avanços tecnológicos no cuidado em saúde.

A história da Enfermagem Moderna é marcada pelo trabalho efetuado pelas religiosas da Companhia das Irmãs de Caridade sob a coordenação de Vicente de Paulo e Luisa Marillac, que convocavam camponesas de Paris e arredores, sem vocação para a vida religiosa, mas com interesse em se dedicar a obras de caridade, especialmente para a realização dos trabalhos mais custosos.

O trabalho e a formação destas camponesas era supervisionado (e controlado) pelas senhoras das confrarias, que as orientava no exercício da piedade, no modo como deveria ocorrer o tratamento aos pobres; o treinamento das camponesas ocorria guiado por poucas palavras, nenhuma explicação, o máximo de silêncio e exercícios de catequese, além do ensino e realização de cuidados domésticos e de caridade.

Consideravam o ato de cuidar do próximo como uma responsabilidade "entregue" a elas por Deus, para que elas se responsabilizassem pelos cuidados corporais aliados aos espirituais dos necessitados.

E para um exercício tão especial, estas mulheres, ainda que não fossem religiosas, deveriam viver uma vida de recolhimento, castidade e abstenção de toda leviandade terrena, além de exercitarem a doação e a abnegação, pois só assim era possível cuidar do corpo do outro (PADILHA; MANCIA, 2005).

Quanto à divisão do trabalho, já referida neste texto, através de uma definição atual da categoria profissional, observa-se desde o início uma divisão entre o nível prático de ações realizado pelas camponesas, as chamadas irmãs de caridade, com menor poder aquisitivo e o nível de gestão e supervisão realizado pelas senhoras das confrarias parisienses, grupo de mulheres que contava até com a presença da rainha da França da época, Maria de Médices.

Porém, a influência mais marcante da enfermagem foi exercida por Florence Nightingale uma jovem aristocrata com formação na instituição religiosa alemã Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth e experiência no trabalho pela Companhia das Irmãs de Caridade, no *Hôtel-Dieu* em Paris, organizado pelo Padre Vicente de Paulo.

Florence dedicou sua vida a ajudar pobres e doentes na tentativa de amenizar o sofrimento e degradação destas pessoas. Ela obteve maior projeção quando atuou como voluntária na Guerra da Criméia, organizando um hospital para 4000 soldados, reduzindo a mortalidade no local de 40% para 2%.

Com o prêmio do governo inglês por sua ação no hospital de guerra, Florence fundou a primeira escola de Enfermagem, na Inglaterra, em 1860.

Na Escola de Enfermagem criada por Florence, as influências das experiências vivenciadas por ela na França e Alemanha, ficam evidentes na estratégia de formação através da disciplina, regras e horários rígidos; na forma de cuidar dos doentes, onde o ensino religioso está fortemente presente; tal qual, na divisão do ensino por classes sociais.

O trabalho administrativo do hospital, com regras, anotações, gráficos e atividades desenvolvidas também é ministrado às alunas. Mas, mais do que isso, a formação tinha como grande preocupação a formação do caráter das discentes.

O momento em que Florence Nightingale cria a profissão de enfermagem na Inglaterra coincide com as transformações evidenciadas por Michel Foucault no ambiente hospitalar, estabelecendo o vínculo entre o saber de enfermagem e o saber médico, em situação de subordinação, considerando que até o século XVIII quem dominava o espaço hospitalar eram as irmãs de caridade. Quando o médico percebe que o hospital é um campo de saber e consequente poder, ele assume este espaço e as irmãs de caridade o cedem passivamente, porém continuam assegurando-o através do poder silencioso do cuidar e do domínio do ambiente e das chaves (PADILHA; MANCIA, 2005, p.726).

Florence Nightingale através de seus conhecimentos e acreditando que a enfermagem poderia ser reconhecida, valorizada e exercida por mulheres de diferentes classes sociais, propõe com sua escola a retomada do espaço hospitalar, para que esta instituição fosse um espaço coletivo.

A influência do método criado por Florence traz consigo ensinamentos de amor, fraternidade e altruísmo, de valorização e manutenção de um ambiente adequado ao cuidado. Tal influência ainda é base para a prática de enfermagem na atualidade, caracterizando-se como uma profissão com bases científicas e com a especificidade de cuidar do outro, sob as marcas do altruísmo e da caridade.

2.2 Um trabalho predominantemente feminino

Uma atuação profissional pautada no altruísmo, na caridade e no cuidado e que se fortalece no século XIX, está histórica e culturalmente destinada a ser dominada por mulheres.

Isso porque embora a inserção das mulheres no mercado de trabalho ocorreu como resultado de um processo histórico com diversos marcos, descritos por Marie Langer (1981) em seu livro *Maternidade e Sexo*.

O primeiro marco para o questionamento aos papéis desiguais entre homens e mulheres e que levaria as mulheres ao mundo do trabalho, foi a Revolução Francesa em suas ideias de Liberdade e Igualdade, no século XVIII.

Um segundo marco foi a ocorrência das Guerras Mundiais do século XIX, a I e II Guerras Mundiais (1914 e 1945). A ida dos homens para as frentes de batalha, levou as mulheres a assumirem os negócios da família e o mercado de trabalho.

Findada a Guerra, os homens que sobreviveram retornaram (alguns impossibilitados) para o trabalho; mas desde suas partidas, as mulheres foram chamadas pelas autoridades a deixar seus lares e começar a trabalhar, por sua disponibilidade e também sob as “cores do patriotismo”.

Em outras épocas, as mulheres ocupadas com numerosas gravidezes e com o cuidado de vários filhos, não teriam atendido a tal chamado com tanto entusiasmo, mas as mulheres do começo do século XIX tinham um número reduzido de filhos pelos progressos da medicina no controle da natalidade e da mortalidade infantil e estavam "disponíveis", "aptas" e com necessidade financeira de ir para o mercado de trabalho. (LANGER, 1981).

Com a Revolução Industrial, a ideia da Revolução Francesa de igualdade se fortaleceu. Com a transformação do trabalho na Revolução Industrial, a concentração dos operários na fábrica, fez o homem abandonar a indústria caseira e a mulher, seguir de imediato, não impulsionada pela rivalidade com ele, mas por pura necessidade (LANGER, 1981).

Observa-se nestes marcos históricos que a enfermagem, enquanto profissão, é contemporânea à inserção da mulher no mercado de trabalho.

As mudanças supracitadas ocorridas na Europa geram mudanças na "História das Mulheres no Brasil" conforme o livro homônimo de Del Priori (1997), no artigo "Mulher e Família Burguesa" de D'Incao (p. 229).

Com a consolidação do capitalismo, o incremento de uma vida urbana que oferecia novas alternativas de convivência social, a ascensão da burguesia e o surgimento de uma nova mentalidade – burguesa – reorganizam-se as vivências familiares e domésticas, de tempo e de atividades femininas, e as mulheres brasileiras também saem para o mercado de trabalho. (D'INCAO, 1997).

Essa saída feminina para o mundo do trabalho tornou-se vantajosa ao mercado por exigir menor remuneração com melhor qualidade; pelas características do feminino como a dedicação ou abnegação são muitas vezes utilizadas contra as mulheres na vida profissional, conforme nos aponta o artigo "O trabalho da enfermagem e seu significado para as profissionais" de Spindola (2005).

Um antídoto contra essa situação laboral de exploração, seria a regulamentação do trabalho, o que tardou a acontecer porque as mulheres raramente integravam sindicatos para exigir seus direitos, vivendo exploração e distinção salarial com cores ainda mais intensas do que se verifica atualmente, mesmo que exerçam a mesma função que os homens.

No Brasil, a inserção da mulher no mercado de trabalho, não impacta a vida de todas as mulheres, apenas de uma parte delas - aquelas com qualificação profissional, graças a um fortalecimento educacional brasileiro. Mesmo assim, as brasileiras rompem com a história de suas mães, que trabalhavam apenas em casa, fazendo-as alterar também sua vida e organização familiar.

As brasileiras rompem com a tradição familiar adentrando o mercado de trabalho e dominando alguns setores produtivos. Dentre as carreiras predominantemente femininas, o setor de serviços domésticos, apresenta a menor exigência de qualificação; e os serviços de enfermagem, compõem os setores de trabalho com a melhor formação.

A busca por formação e integração das mulheres no mercado de trabalho, se deve ao julgamento feminino de que a carreira profissional é mais gratificante e financeiramente interessante, o que justifica a ausência da mulher nas atividades do lar.

Quanto à enfermagem como opção profissional decorre do fato de ser uma profissão de mulheres, do gênero feminino, que envolve representações sociais inerentes às "características" da mulher ideal

numa sociedade ainda dominada pelos homens, tais como: submissão, abnegação, disciplina, pureza, humildade e domesticidade. Assim sendo, foi só deslocar uma cultura pronta, que era da mulher, mãe e esposa no espaço privado cuidando da casa, dos filhos e do marido, para o espaço público: substitui-se, neutralizando, a casa pelo hospital, os filhos pelos sujeitos do cuidado, o povo e o marido pelo médico (SOBRAL, 1994 apud SPINDOLA 2005, p. 157).

Considerar que a enfermagem é uma profissão predominantemente exercida por mulheres é necessário a qualquer análise que se realize sobre este grupo profissional, como é o caso deste trabalho. Porque a enfermagem traz uma complexidade própria da multiplicidade do feminino, pois ela é rica ao reunir em si o particular, o específico, o subjetivo, o coletivo, os mitos, as crenças, os rituais, o senso comum, o conhecimento e o benefício social (SPINDOLA, 2005).

As singularidades do trabalho da enfermagem são marcantes não somente por caracterizar-se como profissão essencialmente integrada por mulheres, como também, pela especificidade das ações que desenvolvem no dia-a-dia. O trabalho de enfermagem é constituído por atividades relativas ao cuidado e administração do espaço assistencial, organizado sob a égide da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho. Desde sua organização, a profissão “é predominantemente subordinada e assalariada”. A profissão organiza-se dentro do sistema capitalista de produção e, apesar de deter certa autonomia em relação aos demais profissionais de saúde, encontra-se subordinada ao gerenciamento do ato assistencial realizado pelos médicos. (PIRES, 1998 apud SPINDOLA, 2005, p. 157)

Após esse percurso histórico sobre o nascimento da enfermagem, que coincide com a entrada da mulher no mercado de trabalho na Europa e no Brasil, é pertinente nos interrogarmos sobre quais as especificidades compõem o trabalho da enfermagem atualmente.

2.3 Atuações profissionais em enfermagem

Com o intuito de definir o exercício da enfermagem na atualidade, recorreremos a três fontes: as considerações do documento da OMS (Organização Mundial de Saúde, 1997) denominado "A prática da enfermagem ao redor do mundo" [por nós traduzido]; o artigo intitulado "O Processo de Trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva e a

Interdisciplinaridade" de Rocha e Almeida (2000), que deriva do documento da OMS, e por fim, um manual prático do COREN, organizado por BARROS (2015).

O Manual da OMS (1997) inicia seu texto refletindo sobre a difícil tarefa de definir o trabalho da enfermagem por ser complexo o suficiente para dificultar a definição da "arte de cuidar". Com o intuito de organizar uma definição partimos desta:

A Enfermagem é uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes. A enfermagem se responsabiliza, através do cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem estar dos pacientes, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde (ROCHA, ALMEIDA, 2000, p. 98).

Ainda que haja diferenças próprias da clientela atendida e do contexto de assistência, "[...] todas as modalidades de assistência referem-se ao ambiente e seu impacto no ser humano, ao receptor do cuidado: [...] o indivíduo, os grupos, a família; à definição de saúde em que se pauta [...]" e a relação entre esses componentes (ROCHA, ALMEIDA, 2000, p. 98).

Os conhecimentos necessários ao exercício da enfermagem são de ordem empírica, sendo fundamental para conhecer essa profissão a aproximação e a observação de seus exercícios laborais, para a obtenção de informações empíricas necessárias à sua definição (OMS, 1997). Uma vez que o trabalho da enfermagem em todo o mundo, varia muito em seus processos e práticas, principalmente porque ele é atravessado pela realidade política, econômica e cultural do *locus* onde é exercida.

Enfermeiros são o maior contingente profissional responsável pela saúde em todo mundo, sendo amplamente distribuído(s) e com papéis, funções e responsabilidades amplamente diversificadas. Devem envolver-se com cuidados individuais, familiares, comunitários, e em promoção, prevenção, tratamento a pacientes em estágios agudos, crônicos, em reabilitação ou em terminalidade (OMS, 1997).

Os esforços da enfermagem devem ser investidos na atenção primária à saúde observando e classificando processos que afetam positivamente a saúde das pessoas e utilizando seus conhecimentos na promoção, manutenção e potencialização da saúde, prestando serviços à comunidade (OMS, 1997).

Nas últimas décadas têm ocorrido profundas mudanças no perfil epidemiológico do processo saúde-doença, como a transição demográfica e epidemiológica com o aumento de doenças crônico-degenerativas, o reaparecimento de endemias já extintas, o envelhecimento da população, a mortalidade alta em faixas etárias jovens, devido à violência, homicídios, acidentes de trânsito e surgimento de doenças sexualmente transmissíveis como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. (ROCHA, ALMEIDA, 2000, p. 97)

Além das mudanças no perfil epidemiológico e da influência das transições demográfica e epidemiológica, o setor da saúde passa por um reestruturação mundial no sentido de diminuir leitos hospitalares, dedicando-se à desospitalização e atenção primária à saúde.

Com o objetivo de diminuir custos com a atenção à saúde e aumentar o controle sobre eficácia, eficiência, custo e benefício dos atendimentos à saúde, o que acaba modificando o local de trabalho/cuidado da enfermagem para domicílios, comunidades, além dos já conhecidos ambulatórios e hospitais altamente especializados. Pois,

Cuidar significa assistir o ser humano em suas necessidades básicas e este é o caráter universal do cuidado. Entretanto, na prática, o cuidado se apresenta de forma histórica e contextual, portanto, é variável e depende de relações que se estabelecem no processo de assistência, tornando-se uma atividade bastante complexa (ROCHA; ALMEIDA, 2000, p.98).

Especialmente porque a categoria "cuidado" exige a consideração dos aspectos intersubjetivos e afetivos no exercício da prática. E tem variações em consonância com a cultura, a racionalidade científica, as questões éticas, étnicas, de gênero, religiosas dentre outras que compõem a esfera pública onde o enfermeiro precisa atuar.

A enfermagem enquanto profissão tem como objetivo a produção de cuidado junto àqueles que buscam serviços de saúde. Mesmo diante dos diversos enfoques particulares à profissão, os processos de trabalho são concebidos por momentos distintos e indissociáveis: a assistência, a administração, o ensino, a pesquisa e a participação política (VIEIRA, et al., 2014)

A *assistência* tem como objeto de cuidado indivíduos, famílias, grupos sociais, comunidades e coletividades com uma prática que se faz a partir do reconhecimento de que o ser humano demanda cuidados de natureza física, psicológica, social e espiritual

durante toda a vida, que são providos por seus profissionais através de instrumentos, métodos (procedimentos e técnicas de enfermagem), habilidades e atitudes que compõem a assistência com materiais e espaço físico. Como resultado dessa assistência, temos "[...] pessoas saudáveis (observando-se o conceito de saúde como desenvolvimento de potencialidades do ser humano em harmonia com o meio-ambiente, segundo as diversas fases do seu ciclo vital) e/ou a morte com dignidade" (SANNA, 2007, p. 222).

A *administração* que consiste na coordenação dos processos e agentes de cuidado - os que promovem assistência - e os recursos nela utilizados. São ações do processo de trabalho administrativo do enfermeiro: o planejamento, a tomada de decisão, a supervisão e a auditoria.

O *ensino* que tem como objeto aqueles que buscam formação e desenvolvimento profissional de recursos humanos em enfermagem, realizados através do ensino formal e supervisionado, onde há o "[...] exercício das teorias, métodos e recursos de ensino-aprendizagem, empregados como instrumentos para atender à finalidade de formar, treinar e aperfeiçoar recursos humanos de enfermagem" (SANNA, 2007, p. 222).

A *pesquisa* se vale dos métodos quantitativos e qualitativos de pesquisa, tendo como objeto o conhecimento já existente em enfermagem e as lacunas deste saber para a descoberta de inovações e melhorias nas ações de administração, assistência, ensino e pesquisa em enfermagem; gerando, então, novos conhecimentos e novos questionamentos sobre a ciência da enfermagem.

A *participação política* permeia as demais atividades profissionais citadas, ainda que os enfermeiros se digam apolíticos, seu posicionamento profissional diante das condições de trabalho e sua atuação, já os fazem atores sociais e políticos; o que portanto se constitui uma ação do profissional de enfermagem, pois confere aos profissionais a potencialidade de influenciar vidas.

Segundo o COREN-SP em seu documento Processo de Enfermagem: "Guia para a Prática" organizado por Barros (2015), institucionalmente, espera-se que um enfermeiro seja capaz de: responder pelo cuidado do grupo de pessoas; ser um profissional instrumentalizado para interagir em equipe; identificar e intervir em situações clínicas específicas; deter o domínio intelectual da dinâmica assistencial da unidade; reconhecer o contexto de prática; avaliar clinicamente o estado de saúde do indivíduo; utilizar uma ferramenta científica de trabalho (Processo de Enfermagem);

promover o controle da evolução de patologias de natureza transmissível e crônico-degenerativa; utilizar-se do teor educativo (indivíduo/família) para o autocuidado; atender à demanda dos serviços de saúde; encaminhar a outros profissionais (caso necessário); assistir a pessoa de forma individualizada, atendendo suas necessidades sistematicamente.

Além de trabalhar em diversos contextos: nível primário em Estratégia Saúde da Família (ESF/PSF) e em unidade básica de saúde (UBS); nível secundário como em saúde mental (CAPS, hospital dia, clínicas, ambulatórios, enfermarias de hospitais), serviços especializados em engenharia de segurança e em medicina do trabalho (SESMT, ambulatório de saúde ocupacional) e níveis terciários como em serviços de urgência e emergência (SAMU, Pronto Socorros, Unidade de Pronto Atendimento, Pronto-Atendimento).

Seja pelas inúmeras e complexas atividades a serem desenvolvidas, seja pelos inúmeros atravessamentos a que o exercício da enfermagem está exposto, como dito até aqui, é possível supor que esse exercício profissional tem um impacto importante sobre a subjetividade dos trabalhadores que o realizam.

2.4 O olhar da saúde do trabalhador sobre o exercício profissional

Compreender o impacto emocional causado pelo exercício profissional da enfermagem, exige um olhar atencioso ao mundo do trabalho e sua relação com a subjetividade humana.

Para tanto a Psicodinâmica do Trabalho de Dejours é valiosa como aporte teórico de análise, principalmente para compor a análise com a teoria psicanalítica, caminho semelhante à dissertação de Furtado (2005), profícua às reflexões realizadas quando aborda o trabalho pela via do sintoma, utilizando a composição analítica entre Psicanálise e Psicodinâmica do Trabalho.

O trabalho tem um papel fundamental na vida das pessoas: é fantasiado desde a gestação de um bebê, pelos pais, e sonhado e imitado pelas crianças em suas brincadeiras na infância. Quando atingimos a idade produtiva, o trabalho promove diversas transformações pessoais. Fonte de sobrevivência e categoria de identidade quando conquistado; sua conquista o reverte em palco de diversas experiências pessoais

quando desenvolvido, promovendo outras tantas transformações quando concluído - fim de projetos, aposentadoria - ou em caso de desemprego.

Tal importância fez do trabalho um objeto de estudo e ação de diversos grupos.

O primeiro deles é o grupo de Medicina do Trabalho, que surge com a Revolução Industrial, quando se identifica o esgotamento dos trabalhadores pelo processo laboral das fábricas.

O médico vai ao interior da fábrica para se responsabilizar pela saúde dos trabalhadores com vistas à manutenção da produtividade e apoiar nas adaptações físicas e mentais dos trabalhadores à sua atividade laboral.

A Medicina do Trabalho, como modelo de cuidado, não foi plenamente efetiva, resultando em gastos para os empregadores com seguradoras e indenizações a trabalhadores e suas famílias, por acidente ou doenças do trabalho incapacitantes ou fatais.

Este panorama culminou na implantação de um serviço multiprofissional, na empresa, que se dedicasse a ações de controle de riscos ambientais nos locais de trabalho, com o objetivo de evitar danos (gastos) com os trabalhadores - ou a redução da produção.

Paralelamente, movimentos sociais em países ocidentais, por volta de 1960, dão visibilidade a uma série de questionamentos como: qual o valor e o sentido da vida, da liberdade, qual o significado do trabalho e o uso do corpo. Esses movimentos produzem efeitos na forma como trabalhadores lidam com o seu trabalho, levando-os a lutar por direitos trabalhistas.

Os questionamentos dos movimentos sociais contribuem ainda, para o crescimento do terceiro setor e a prestação de serviços, que passa a superar o segundo setor, o industrial.

Estes movimentos também foram fecundos à formação de práticas em saúde destinadas ao autocuidado e em caráter preventivo, com a compreensão do trabalho como um organizador da vida social e um dos determinantes sociais do processo saúde e doença.

A essa vertente de análise e compreensão do trabalho denomina-se *Saúde do Trabalhador*; nesse dispositivo o trabalhador é considerado como sujeito do processo saúde-doença, e sua escuta é fundamental para compreender as nuances componentes da complexidade do trabalho.

O objeto de estudo da saúde do trabalhador é o processo saúde-doença dos grupos humanos e sua relação com o trabalho. O intuito é compreender como o processo de adoecimento ou de produção de saúde ocorre, por que ocorre e os muitos fatores incluídos em sua ocorrência, incluindo a subjetividade. Com este novo olhar para o trabalho a exposição aos riscos, a proteção da saúde e os limites de tolerância individuais no trabalho são questionados e problematizados com o apoio do trabalhador.

Para tanto, a escola francesa de estudos do trabalho, embasam o estudo da Saúde do Trabalhador - e contribuem para o presente estudo - através dos conceitos de seu principal teórico: Christophe Dejours (1992) e sua Psicopatologia do Trabalho, que tem forte influência da ergonomia e dos pressupostos psicanalíticos no estudo da subjetividade dos trabalhadores no processo laboral.

Tais influências se fazem presentes na necessidade de escuta do sujeito que trabalha para a compreensão de sua realidade. Pois há uma distância entre a atividade prescrita e a atividade laboral real; essa distância é a marca da expressão subjetiva do trabalhador no manejo do tempo, dos ritmos, das metas e dos riscos da realização de sua atividade laboral; e a atividade real é sempre mais complexa que a tarefa prescrita (DEJOURS, 1999).

Entre real e prescrito há um "espaço transicional" intermediário, onde a criatividade ou a denominada inteligência prática dejouriana (1999) se expressa, como uma estratégia defensiva pessoal e coletiva para lidar com o sofrimento promovido pelo trabalho.

O sofrimento motivado pelo trabalho causa grande influência na dinâmica psíquica das pessoas, pois mobiliza nos trabalhadores a busca do equilíbrio pela via da criatividade ou pela conversão da situação em condição de adoecimento.

Se a via da criatividade não é uma alternativa ao sofrimento provocado pelo trabalho, ele não será promotor de saúde física e mental, mas sim de adoecimento.

Diversos fatores que fazem do caminho do trabalhador um condutor à saúde ou à doença, dentre eles, a carga psíquica - conceito dejouriano (1994) – são pertinentes à discussão a que se pretende.

O conceito de carga psíquica é influência da psicanálise e se associa à concepção econômica da tópica freudiana sobre o funcionamento do aparelho psíquico e sua tendência à constância através da eliminação da tensão; o que eventualmente ocorre por

estímulos diversos: sensoriais, motores ou psíquicos que afetam o corpo real ou sua representação psíquica exigindo uma via de descarga motora, mental ou visceral.

Logo, a movimentação física necessária à execução da tarefa laboral, as atividades mentais promotoras de arte, criatividade ou comportamento e as somatizações seriam para Dejours um caminho singular encontrado por cada trabalhador para lidar com os fenômenos afetivos - medo, angústia, prazer, agressividade - mobilizados pela atividade laboral.

A saída encontrada pelo trabalhador para lidar com fenômenos afetivos do mundo do trabalho é resultado da relação construída a partir do mundo interno (psíquico) e o externo (realidade de trabalho) do sujeito e das possibilidades disponíveis a ele dentro das tarefas executadas.

Nesta dinâmica o trabalhador experiencia o prazer, decorrente da "[...] descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza, o que corresponde a uma diminuição da carga psíquica de trabalho"(DEJOURS, 1994, p. 24).

Quando a organização do trabalho impede o trabalhador de vivenciar tal descarga psíquica, há o risco de manifestações patológicas. Como estratégia de redução da carga psíquica e adaptação ao trabalho, o trabalhador lança mão da inteligência prática, composta por astúcia e invenção, fundamental para o equilíbrio do trabalhador.

O fenômeno da astúcia resulta da familiaridade desenvolvida pelo trabalhador na execução de suas tarefas, colocando corpo e máquina em ressonância e possibilitando um "mimetismo" que advém da mobilização subjetiva e intuitiva dos acontecimentos que poderão se produzir nessa execução (DEJOURS, 2003).

Já o fenômeno da invenção se estabelece na lacuna ou falha da tarefa prescrita, uma transgressão, ou como Dejours (2003) refere uma "excursão fora da norma" legitimada pelo coletivo e que se caracteriza como intersubjetiva. De alguma maneira, todos os trabalhadores de um grupo ou equipe sabem que o real escapa ao controle e se impõe enquanto falha, imprevisto ou fracasso na execução da atividade.

É na relação com o trabalho, com o grupo de trabalho, com o olhar e julgamento do outro que se dá a autorrealização e a influência do trabalho na constituição da subjetividade do trabalhador. Deste modo:

Quando a qualidade do meu trabalho é reconhecida, também meus esforços, minhas angústias, minhas dúvidas, minhas decepções, meus desânimos, adquirem sentido. Todo esse sofrimento, portanto, não foi

em vão, não somente prestou uma contribuição à organização do trabalho, mas também fez de mim, em compensação um sujeito diferente daquele que eu era antes do reconhecimento. O reconhecimento do trabalho ou mesmo da obra, pode depois ser reconduzido pelo sujeito ao plano da construção de sua identidade. E isso se traduz afetivamente por um sentimento de alívio, de prazer, às vezes de leveza da alma ou até elevação. O trabalho se inscreve então na dinâmica da realização do ego (DEJOURS, 2003b, p. 34).

Ainda que para a Psicanálise essa realização não será completa, a dimensão relacional do trabalho é incontestável, seja para Dejours ou para Freud.

A influência do trabalho sobre a dinâmica do ego exige, também, a organização de mecanismos de defesa individuais e coletivos para lidar com afetos mobilizados pelo trabalho, a fim de manter uma aparente normalidade no coletivo.

E mesmo quando nenhum trabalho - objetivo - esteja sendo realizado, ainda assim, para a Psicanálise há um trabalho sendo realizado: o trabalho psíquico. Para a Psicanálise toda produção humana, deriva de um trabalho de elaboração psíquica dos impulsos, que por um lado colaboram para a execução de tarefas e por outro lado são parte do conflito humano vivenciado pela submissão às exigências culturais (FURTADO, 2005).

De acordo com a Psicanálise é na impotência humana, vivenciada nas relações e pelas forças da natureza, que surge o sofrimento psíquico, levando o homem a criar diferentes formas de busca da "felicidade" e trabalhar é uma estratégia de evitar o sofrimento muito embora, paradoxalmente, pode levá-lo ao sofrimento ou adoecimento.

Seja pelas condições de trabalho, por seu excesso ou por sua falta, o trabalho, fruto do investimento libidinal das pessoas, o labor sempre marca o psiquismo daquele que o executa e é marcado pelo modo de agir do trabalhador. Outro ponto passível de reflexão é que a escolha profissional também é marcada pela história e por motivações psíquicas de quem a escolheu.

2.5 A escolha da profissão de enfermagem

Interrogar quais os fatores que contribuem para uma escolha profissional, nos conduziu às problematizações de Paim (2015) em seu artigo "Escolha profissional sob o olhar psicanalítico".

Segundo o autor, a decisão de seguir uma profissão em nossa cultura, é um momento marcante na vida do sujeito, vivida como um rito de passagem da adolescência para a vida adulta, e é permeada de medo, insegurança e ansiedade. Porque uma decisão inadequada, futuramente, resultará em insatisfação profissional e sofrimento; ou em uma necessidade de mudança ainda durante a formação, trazendo problemas e gastos desnecessários.

A escolha de uma profissão, envolve questões relacionadas ao laço social, símbolos, papéis, identificação, identidade e questões transferenciais combinadas em uma trama individual e única à história de cada sujeito; que por consequência, faz da profissão uma extensão de si próprio, enquanto pessoa, enquanto psiquismo, enquanto integrante de um contexto familiar e social específico. Deste modo, de alguma forma, a profissão passa a ser como um complemento ao nome, um sobrenome que temos a autonomia - ainda que influenciada - de nos atribuir. (PAIM, 2015)

A profissão escolhida e que nos nomeia, torna-se parte significativa da vida, constituindo-se um núcleo central de nossas vivências e identidade, conduzindo-nos a um investimento significativo de tempo, energia, dinheiro, em formação e no exercício profissional.

Inquirir o que leva alguém a escolher uma profissão, com o embasamento teórico da psicanálise, permite elucidar os processos inconscientes implicados nessa escolha e permite o entendimento do que opera inconscientemente nesta decisão.

O primeiro ponto a ser considerado sobre a escolha profissional: ela não é individual. Para a psicanálise qualquer escolha atesta a marca do social e do coletivo que habita o inconsciente e o consciente dos sujeitos, uma vez que o inconsciente é tributário da cultura e das articulações que nela habitam, como linguagem, simbolismos e sentidos. Assim, a escolha da profissão não é uma escolha solitária (PAIM, 2015).

Outro ponto é que a escolha envolve intensa angústia, porque quem a realiza deseja que a profissão lhe traga felicidade e realização. A realização e felicidade completas a que se pretende na decisão por uma profissão, é inacessível e irrealizável sob o ponto de vista freudiano, conforme consta em Totem e Tabu (1913).

A felicidade total só poderia ser atingida pela ausência completa de tensão/necessidades, e esta ausência, só é vivenciada na morte. Já a felicidade possível se dá pela eliminação da tensão, pela via da satisfação ou satisfação substitutiva; pois

para vivermos em civilização e em segurança, abrimos mão da felicidade ou da satisfação de necessidades agressivas e sexuais (FREUD, 1913).

Assim, a cultura, a civilização e a segurança, que nos permitem estar em relações interpessoais e sociais e que influenciam nossa escolha profissional também promovem uma condição de mal-estar advindo da renúncia pulsional (FREUD, 1913).

A ideia de renúncia pulsional, de Totem e Tabu (Freud, 1913) é contada a partir da história de vida primitiva em uma tribo aborígine, onde o chefe/pai gozava de liberdade pulsional e privilégios, enquanto os outros membros estavam oprimidos e excluídos dos privilégios. Em um rompante pulsional, os membros assassinam o chefe/pai em busca de "liberdade" e a morte deste reforça a lei cultural/social existente e a necessidade desta existir, para que toda a tribo esteja mais segura; assim, no lugar da barbárie, opta-se por controlar a pulsão acedendo à cultura.

Tal qual o relato metafórico freudiano, em Totem e Tabu, a escolha da profissão:

[...] pode estar ligada ao desejo de se colocar socialmente no lugar do pai - como sinônimo de satisfação, ou no lugar do filho - como sinônimo de castração, o que, em última análise, está implicado na condição de ego formado. Além disso, pode-se considerar que a relação do sujeito com o trabalho diz respeito às suas expectativas sobre subordinação e autoridade no exercício da profissão, como forma de inserção social. Diz respeito ainda a um modo de obtenção de satisfação pessoal, ou contrariamente, como meio de castração/obrigação, levando ao exercício de funções dissociadas" (PAIM, 2015, p. 06).

Logo, reafirma-se o ponto de vista psicanalítico de que as escolhas não são individuais, são fenômenos resultantes das relações vivenciadas, especialmente as relações primitivas, pois antes mesmo de nos entendermos como sujeitos, já vivemos com as demandas de desejo do outro.

Conforme o exposto no capítulo que versa sobre os cuidados, é nos cuidados maternos que vivemos a primeira operação de subjetivação, onde vivenciamos um efeito de homogeneização entre bebê e mãe, que evolui (ou não) para a condição de sujeito inserido no simbólico desejante.

Mas para a Psicanálise é fato, qualquer processo de vida é marcado pelo cuidado inicial, pelo materno, pelo familiar e pelo pertencimento social, marca essa que também compõe a definição profissional.

Assim como em Totem e Tabu (1913) o homem ainda que não fale de si, ele fala sobre si, ainda que aja com sua consciência, neste agir há a expressão do latente, e:

[...] a escolha profissional de um sujeito é regida por esse funcionamento. Ou seja, razões ocultas, de ordem inconsciente, e, portanto, referentes ao proibido reprimido, são as que verdadeiramente operam, encobertas pelas razões da ordem de um novo significado dado, intelectualizado, derivado de uma revisão secundária [dando aos conteúdos um novo significado] (PAIM, 2015, p. 08).

A ambivalência é uma experiência psíquica abordada em Totem e Tabu, em uma trama de rebeldia e culpa, adoração e impulso destrutivo em relação à figura de superioridade do pai. A ambivalência e todos esses movimentos psíquicos podem estar presentes na relação com a profissão, como o amor e ódio em relação ao labor, ou o aproximar-se e fugir do contato com o trabalho.

Deste modo, a escolha profissional pode estar associada à rebeldia ou culpa em relação às raízes familiares, ou no desejo de semelhança, identificação, negação ou tentativa de destruição do que simbolizam as figuras familiares, a aceitação ou negação dos pais (PAIM, 2015).

[...] a inserção do sujeito no social e a sua manutenção neste está implicada fortemente nessa conexão. O modo como o sujeito se coloca nesse espaço social - e a profissionalização é um dos elementos fundamentais nessa inserção - está implicado, portanto, na obediência absoluta ao totem [ou no seu questionamento, assim] "[...] a escolha profissional possa ser uma forma de deslocamento de um desejo instintivo fortemente reprimido (PAIM, 2015, p. 09).

Portanto, sob esse aspecto, a escolha pode ser resultante da influência de um processo saudável de lidar com questões familiares ou uma manifestação neurótica reativa a história familiar vivida.

Ainda sobre o totemismo, Freud (1913) aponta que o totem surge da necessidade de distinção entre os clãs, nesse sentido, mais do que se diferenciar através dos grupos, os indivíduos das sociedades primitivas passam a ser identificados (nomeados) de acordo com seus grupos - origem da ideia de parentesco. O pertencimento, a identidade, a nomeação e o significado de participação de um clã, se assemelha à definição de um profissional que passa a integrar um grupo e a ser reconhecido socialmente por pertencer a ele, tendo um significado social atribuído.

Ainda sobre o texto freudiano, muitas vezes tomamos, equivocadamente, uma conexão ideal por real em nossos processos inconscientes. O que nos leva ao questionamento de que algumas escolhas profissionais sejam realizadas tomando a conexão ideal por real. Busca-se um cenário ideal como real. Deseja-se estar em uma profissão ou espaço de atuação por idealização considerando ser esta a realidade.

Segundo Paim (2015), o fato é que entre as motivações para a escolha profissional, a família em seus diversos aspectos marcados inconscientemente, em fantasias, identificação, desejos ou oposições, podem castrar ou viabilizar a escolha profissional através da elaboração psíquica.

Essas decisões ou escolhas são particulares e subjetivas, ainda que estejamos falando de uma mesma profissão, como no caso da enfermagem. Cada pessoa dará significados diferentes a essa decisão, bem como, por operações inconscientes diversas, para pertencer a um mesmo grupo profissional.

A Psicanálise, com seu entendimento sobre a escolha profissional, pode contribuir para que sejam acessados mecanismos inconscientes presentes na escolha pela enfermagem, possibilitando o acesso a lembranças, sentimentos hostis ou amistosos recalçados, que remontam fontes eróticas latentes, e que se inscrevem em outras escolhas das enfermeiras, inclusive, a profissional. São esses mecanismos inconscientes que também contribuem para o prazer e para o sofrimento na relação dos sujeitos com o trabalho (PAIM, 2015).

Assim, a escolha profissional é a expressão do próprio sujeito, um resumo de sua história de vida, suas vivências psíquicas, marcas e impressões primitivas, refém de seus afetos.

A escolha da enfermagem não é aleatória; como todas as escolhas pessoais, a escolha profissional tem significado no desenvolvimento psíquico e relação com a constituição psíquica e o processo de subjetivação (PAIM, 2015).

Na trama entre desejo e liberdade, sujeitos são para a psicanálise o que deles fizeram suas escolhas, inclusive quando na errância desejante perdem-se de si mesmos (ROCHA, 2011).

Também sobre as motivações da escolha, MARTINS-NOGUEIRA (2003) ao estudar a escolha de estudantes pela medicina, aponta que a trama inconsciente destes é semelhante aos de outros estudantes em diversas carreiras da saúde. A opção por ser um profissional da saúde, ocorre em busca das gratificações psicológicas próprias dessas profissões. Proporcionar ao outro, alívio da dor e do sofrimento, aconselhar, orientar, prevenir doenças, tratá-las ou salvar vidas dá uma sensação de competência, reconhecimento e gratificações atraentes.

Por outro lado, há também uma idealização social, que pode promover frustrações na saúde dos estudantes e profissionais formados, quando a realidade se distancia das expectativas em relação à profissão projetadas desde a escolha profissional até a graduação.

As características dinâmicas que conduzem as pessoas para carreiras de cuidado em saúde incluem uma predisposição para desordens emocionais. Os optantes por tais carreiras apresentam características como: rigidez, busca de controle sobre emoções, compulsividade, retardo de gratificações, fantasias irreais sobre o futuro. Essas características também contribuem para a vulnerabilidade dos profissionais ao estresse laboral.

Segundo estudos, a opção pela profissão se organiza como uma tentativa de reparar experiências emocionais infantis de impotência ou abandono emocional. Aos que viveram experiências de impotência, o mecanismo de reparação é neutralizar a impotência do próximo, e aos que sofreram abandono emocional, o mecanismo é dar aos outros aquilo que gostariam de ter recebido.

Em relação à impotência vivenciada no passado pelos profissionais, ela está frequentemente associada à impotência diante da morte, o que ativa mecanismos de defesa ligados a angústias muito primitivas, pois o medo da morte é antes de tudo o medo da própria fragilidade, desamparo e destrutibilidade (MARTINS-NOGUEIRA, 2003). É como resposta adaptativa a tais vivências, que os fragilizaram e lhes causaram baixa autoestima, que muitas pessoas fazem suas escolhas por profissões de cuidado.

2.6 O impacto do trabalho na saúde em enfermeiros

Após a formação profissional, vem o contato com a realidade do trabalho em saúde, e os efeitos, ressonâncias e enfrentamentos vivenciados.

Um dos efeitos adversos em ser profissional da saúde, mediante a condição emocional reativa a situações psicológicas traumáticas, é de que esses profissionais se envolvam muito na relação com seus pacientes (relação simbiótica) ou vivenciem as experiências laborais com aparente frieza, negação da vulnerabilidade do paciente ou afastamento emocional com o mesmo (MARTINS-NOGUEIRA, 2003).

MARTINS-NOGUEIRA se refere ainda a uma antiga pesquisa publicada pelo Instituto Tavistock de Londres, realizada por Menzies (1970) sobre o trabalho das enfermeiras em hospital, em Londres, a respeito dos efeitos do estresse associado à tarefa assistencial.

Constrói-se assim uma extensa lista de fatores que influenciam negativamente a saúde dos trabalhadores da saúde.

Nesse estudo, observou-se que havia um alto nível de tensão, angústia e ansiedade entre os enfermeiros, com faltas e abandonos da tarefa, mudanças frequentes de emprego e uma alta frequência de pequenos problemas de saúde que requeriam alguns dias de ausência de trabalho. A autora da pesquisa refere que a situação de trabalho suscita sentimentos muito fortes e contraditórios nos enfermeiros: piedade, compaixão e amor; culpa e ansiedade; ódio e ressentimento contra os pacientes que fazem emergir esses sentimentos fortes; inveja do cuidado oferecido ao paciente (MENZIES, 1970 apud MARTINS-NOGUEIRA, 2003, p. 59).

A pesquisa identificou que pacientes e familiares projetam sentimentos muito complexos como gratidão, apreço, admiração, ou mesmo, sentimentos como inveja, mal estar pela dependência, dificuldade de adesão ao tratamento, em sua relação com a instituição hospitalar. E esses sentimentos são expressos mais diretamente à equipe de enfermagem, que se sente confusa e angustiada com tais manifestações (MENZIES, 1970 apud MARTINS-NOGUEIRA, 2003).

Quanto à abordagem sociológica sobre trabalhadores da saúde no Brasil, num comparativo entre 1980 e 1990, observa-se que uma série de mudanças negativas ocorreram, cresceu o número de trabalhadores nos serviços de saúde, com concentração

em áreas metropolitanas e região sudeste, houve aumento da participação feminina e rejuvenescimento da força de trabalho, com profissionais com idade entre 20 e 29 anos. Verificou-se, também, a ocorrência de extensas jornadas de trabalho - 50 horas semanais - como estratégia de compensação de perdas salariais (BORDIN e ROSA, 1998, apud, MARTINS-NOGUEIRA, 2003)

Essa constituição, predominantemente feminina, e acrescente nesse sentido ???, insere fatores outros no impacto emocional da carreira como: dupla jornada de trabalho, desvalorização do trabalho feminino quando comparado ao masculino, além de preconceitos, obstáculos familiares e sociais para exercer a profissão que se caracteriza por produzir um desgaste emocional acentuado e pela necessidade de trabalho em equipes multidisciplinares elevando o nível de complexidade para análise psicodinâmica dos profissionais (MARTINS- NOGUEIRA, 2003).

Associado a isso, cabe considerar que as condições atuais de trabalho na saúde, têm passado por inúmeras transformações, como o desenvolvimento de modernos recursos diagnósticos e terapêuticos, ou a influência da indústria tecnológica e farmacêutica, ou ainda, pela mercantilização dos serviços de saúde. Essas transformações impactam na redução da autonomia e remuneração profissional e por consequência afetam estilo de vida e saúde dos profissionais, bem como, no comportamento ético e na qualidade das relações com os pacientes.

A intensa divulgação midiática sobre os problemas na assistência à saúde brasileira, constrói no imaginário social uma referência negativa sobre o atendimento à saúde. Outra divulgação em massa que prejudica o trabalho dos profissionais de saúde é a respeito de avanços tecnológicos em Medicina. Essas informações produzem expectativas e necessidades de uso, nos pacientes, muitas vezes irreais para a condição de adoecimento vivenciada.

A promulgação dos direitos do usuários de saúde, as novas regulamentações sobre Bioética, nos conduzem a um aumento da frequência de processos por imperícia, imprudência ou negligência especialmente em relação aos médicos. Cria-se assim um ambiente de desconfiança coletiva tornando mais estressante a atividade profissional (MARTINS-NOGUEIRA, 1991, MACHADO, 1997, apud MARTINS-NOGUEIRA, 2003 p. 61).

Assim, observamos que os problemas enfrentados em todo o país pelo atendimento à saúde, levam os usuários do sistema público de saúde a culpabilizar os profissionais que estão na ponta - expressão utilizada na saúde pública para identificar o profissional que está em contato direto com os usuários - pelas más condições de atendimento, pela falta de estrutura, pela falta de insumos nos locais de atendimento. Além da culpabilização que recai sobre o profissional de saúde; ao trabalhar é ele quem arca com a falta de investimentos no setor.

A descrição dos aspectos sociológicos do trabalho em saúde e das condições de trabalho caracterizam um estado de crise na saúde com reflexos psicológicos importantes nos profissionais e nas relações que estes estabelecem com seus pacientes, tornando a insatisfação um sentimento difuso no setor (MARTINS-NOGUEIRA, 2003).

Outro ponto que interfere na saúde mental dos profissionais de saúde, é o fato de que o trabalho em saúde é extremamente ansiogênico, colocando os profissionais desta área

[...] à exposição a poderosas radiações psicológicas emanadas do contato íntimo com o adoecer [...] em especial no âmbito assistencial dos serviços de emergência ocorrem situações dramáticas como talvez em nenhum outro campo da atividade humana em tempo de paz. Este caráter estressante inerente à tarefa médica [e de enfermagem] tem se amplificado significativamente devido ao volume de pacientes e às precárias condições de trabalho vigentes na maioria dos serviços de emergência da rede pública, o que tem gerado situações de franca hostilidade por parte dos pacientes e familiares (MARTINS-NOGUEIRA, 2003, p. 62).

As características do ambiente profissional de cuidado em saúde trazem novas demandas com as quais os trabalhadores precisam lidar como: intensos estímulos emocionais próprios do adoecer, contato íntimo com o corpo, as emoções, a dor e a terminalidade do paciente. Assim como o contato próximo com dificuldades, queixas, resistências, reivindicações, hostilidade e destrutividade de pacientes cronicamente deprimidos. O manejo de incertezas e limitações do conhecimento em saúde e/ou do sistema de assistência à saúde em contraponto com a expectativa e necessidades de garantias de pacientes e familiares, imprimem um sofrimento aos profissionais do cuidado em saúde.

Todos esses complexos acontecimentos se dão em um panorama crítico, em que a quantidade de pacientes atendidos, a dificuldade de comunicação de pacientes com baixo nível cultural, a morte como presença constante e a necessidade de comunicar situações dolorosas às famílias e aos pacientes, caminham lado a lado com as atividades laborais a serem executadas.

Como humanos, os trabalhadores da saúde são mobilizados por questões como o medo de adoecer pelo contato com doenças, de cometer erros, o cansaço, dilemas de ordem ética, o trabalho em plantões noturnos, as auto-exigências, a falta de tempo para atividades que não as profissionais (lazer, família, amigos e necessidades pessoais) são fatores que compõem a vida laboral dos profissionais da saúde.

Diante de toda a discussão até aqui construída, é redundante apontar que o exercício da enfermagem por ocorrer diretamente com pessoas, sua singularidade, sua subjetividade, despertam no paciente e trabalhador, diversas emoções, algumas já referidas neste texto. Mas, é importante dirigir especial atenção ao fenômeno da contratransferência, definida por um conjunto expresso de introjeções do analista ocorridas durante a relação terapêutica, segundo Freud “[...] surge como resultado da influência do paciente sobre os seus sentimentos inconscientes” (1909[1910], p. 87).

No contato do profissional com o paciente, as enfermeiras também experimentam a contratransferência, porque ela é própria das relações, e as projeções emocionais da enfermeira diante dos investimentos afetivos do paciente mobilizam conteúdos inconscientes, em ambos. (ZAMBELLI, et.al., 2013 apud GOMES, PRÓCHNO, 2015).

Isso se torna mais forte, equivalendo às radiações psicológicas supracitadas, porque a enfermagem acolhe o sujeito atendido, no momento em que ele percebe sua condição existencial finita, ainda que não seja uma doença grave, com possibilidade de atendimento em nível primário do sistema de saúde, estar doente nos coloca em contato com a finitude. Além disso, há a percepção de responsabilidade do paciente em seu adoecimento e pelo seu tratamento e a frustração que isso gera.

Esse processo naturalmente doloroso, ganha incremento no contexto atual pós-moderno, onde sujeitos e corpos são fragmentados pelo excesso de exigências,

imposições culturais, e numa constante busca por um corpo sadio, belo, plástico, perfeito, poderoso e sem qualquer vulnerabilidade ou limitações (GOMES, PRÓCHNO, 2015).

Na pós-modernidade há uma lógica instituída de produção do corpo e dos sujeitos, instituída pelo que ele tem que ser, neste caso, sadio e produtivo - sempre. Apaga-se o corpo e o sujeito ali existente, exigindo dele não o que ele pode ser: individualizado, criativo, singular, autônomo e em construção, mas já determinado pelo que se espera dele. Cabe ao homem pós-moderno transcender sua condição existencial de falta, envelhecimento, perdas e finitude; a esta última parece agir imperiosamente lhe impondo a negação e frustração que tanto temia (GOMES, PRÓCHNO, 2015, p. 282).

As melhorias de vida e da medicina, ainda que tenham contribuído para melhorias no tratamento e qualidade de vida, elas nos ocultam as dificuldades diante da vida, as dificuldades do humano diante da doença, e ocultam nossa impotência sobre o controle do corpo, da dor e da morte (GOMES, PRÓCHNO, 2015).

O corpo doente entra em desamparo, pelas mudanças, pelas exigências do adoecimento, pelo vazio subjetivo que ele traz, pela perda da vitalidade e por se somar à fragmentação acima mencionada pelas questões sócio-culturais.

A infelicidade, conforme descrita por Freud (1930) em "Mal-Estar na civilização", gera o gasto psíquico de organizar mecanismos de evitação, e esse processo também ocorre com pessoas adoecidas.

O mal-estar psíquico no adoecimento (ainda que físico) é gerado pelo mesmo mecanismo que Freud nos apontou: é a percepção da supremacia da pulsão e do finito sobre nós. Assim, o corpo doente enuncia dor, desamparo, desestruturação emocional, enuncia a fragilidade, expressa nossa ausência de controle sobre o corpo, sobre nossa rotina, sobre nossos hábitos, nos desterritorializa (GOMES, PRÓCHNO, 2015).

Surgem com o adoecimento diversas demandas de dor e de alívio da dor, demandas de saber, demandas de escuta, demandas por manter o controle e a completude e o destino dessas demandas frequentemente é o profissional da enfermagem que "[...] ao se depararem com a fragilidade do doente, esses profissionais apresentam da mesma forma (nas relações e procedimentos) sinais de desamparo frente ao cuidado do outro, frente à morte, frente à impotência nos cuidados, porque também são humanos" (GOMES, PRÓCHNO, 2015, p. 788).

A dificuldade dos pacientes é a mesma dificuldade dos profissionais, o que diferencia um grupo do outro é que o segundo grupo ainda não fora "paralisado" pelo adoecimento. No geral, todos somos aprisionados pelo excesso, pelo hiperconsumo, pelo hipermoderno, pelo hipernarcísico, pelas vivências intensas de nosso contexto que nos pesam seja no adoecimento, seja no processo laboral. Vemo-nos no reflexo dos olhos do outro.

Essa condição de espelhamento é próprio do humano, própria do cuidado em geral, própria do cuidado materno, própria do cuidado profissional.

Considerando as especificidades do ofício do cuidar, recorremos à dissertação de mestrado de Karin Kristina Prado Telles (2006) intitulada "Sobre os sentidos do cuidar: uma escuta psicanalítica sobre a atuação profissional do enfermeiro" em que ela descreve o ofício da enfermagem em suas relações com os cuidados maternos iniciais, em psicanálise.

Em síntese, a autora nos aponta que a profissão de enfermagem tem em sua essência o exercício de cuidado semelhante ao que a mãe destina aos seus filhos e familiares. O corpo teórico-prático da enfermagem, traz em sua história uma base formulada a partir de cuidados domésticos e maternais exercidos no senso comum, por mulheres em filantropia e depois ampliados com a inserção de técnicas específicas e conhecimentos científicos, em um processo gradual até a profissionalização, mas o *status* de ofício não desfez a proximidade entre enfermagem e maternagem.

Esta maternagem, que entendemos o enfermeiro “exercer” em sua atuação se assemelha à função materna de acolher, conter e responder às demandas inicialmente físicas e psíquicas de seu bebê. Queremos explicitar que ao enfermeiro parece ser necessária uma disposição interna para que possa acolher e oferecer continência física e até mesmo psíquica ao paciente. (TELLES, 2006, p. 95)

Continência continuamente exigida no acompanhamento à dor e ao sofrimento humano, acompanhados de perto na prática profissional que testemunha muitas vezes a degradação da saúde e do corpo do paciente e vivencia a incerteza e a presença da morte, o que exige do profissional disposição para cuidados físicos e psíquicos quando disponibiliza recursos internos para suporte emocional em continência a afetos intensos advindos da situação de adoecimento.

Ao mesmo tempo que permite que a angústia dos pacientes o habite, também lida com a angústia suscitada pela proximidade com o outro e suas demandas. Cabe ao enfermeiro, muitas vezes, segurar - nos diversos sentidos deste termo - seus pacientes, tal qual uma mãe, quando exerce o *holding* (físico e psíquico). Essa relação entre profissões de cuidado e realização de *holding* é apontada por Winnicott (1960) como a característica básica das profissões de cuidado.

Passado e presente das vivências do enfermeiro se entrelaçam nesta função materna que ele acaba por desempenhar; um cuidado sentido e internalizado na infância se refaz constantemente de forma simbólica em sua atual atividade profissional. Na vida adulta e profissional se torna possível, re-elaborar e construir subjetivamente novos referenciais acerca dos cuidados que podem ser vivenciados, ainda que não como o sujeito de um cuidado recebido na infância de forma passiva, mas ativamente na vida adulta. As representações simbólicas forjadas na mente do enfermeiro com base nas atuais relações de cuidado, coadunadas às já existentes, advindas de seu passado, formam então novas articulações da vida mental, enriquecendo e ampliando o “repertório” emocional de sua vida mental na medida exata daquilo que conhecemos como a possibilidade de reelaborar e ampliar nossos próprios recursos egóicos (TELLES, 2006, p. 99).

A discussão realizada contempla principalmente os processos subjetivos, inconscientes e psíquicos existentes no exercício enfermagem. Mas para além do mundo interno há uma realidade externa, que pode suavizar ou intensificar a complexidade do trabalho em enfermagem. O Sistema de Saúde Brasileiro, composto pelo SUS (Sistema Único de Saúde), saúde complementar e suplementar traz um contorno específico ao trabalho em saúde, no Brasil, que precisa ser considerado.

3. CUIDADOS EM SAÚDE NO BRASIL: O SUS

Para entender os cuidados em saúde no Brasil, com o apoio do texto de Quinelatto (2009) é possível traçar um histórico para contemplar as etapas do processo de atenção à saúde. Segundo o autor, até a metade do século XX, a economia brasileira era dominada pela cultura cafeeira num modelo agro-exportador. Acompanhando essa tendência a saúde no Brasil seguia o modelo sanitaria campanhista, que era uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e de

erradicação ou controle de doenças que pudessem prejudicar as exportações, através de ações de caráter preventivo.

Com o esvaziamento progressivo das ações campanhistas causado pelo início do processo de industrialização, por volta de 1920, são criadas as CAP's (Caixas de Aposentadorias e Pensões), que eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresários e trabalhadores.

Na década de 30, a saúde no país e o cuidado com a saúde eram organizados pelos IAP's (Institutos de Aposentadorias e Pensões) com o objetivo de acumulação de renda, delegando à assistência médica, lugar secundário em suas ações.

Na década de 50, com a industrialização em pleno desenvolvimento nos centros urbanos brasileiros, surge uma grande massa operária que precisa e deve ser atendida pelo sistema de saúde, e neste momento, mais do que controlar espaço de circulação de mercadorias, o objetivo da saúde deveria ser a atuação sobre o corpo do trabalhador, com o intuito de manter sua capacidade laboral e produtiva. Deixa-se o caráter preventivo e passa a se construir ações de caráter curativo.

Nos anos 60, os IAP's são substituídos pelo Instituto Nacional de Previdência Social, o INPS, e esses institutos muito favoreceram a criação de hospitais, com vistas a atender os interesses de empresários do setor; podemos dizer que esse período é marcado pelo modelo médico-assistencial.

Foram criados muitos hospitais nesse período, com estruturas de alta complexidade e grande densidade tecnológica, que geravam um alto custo para o governo, devido aos gastos com material, equipamentos tecnológicos, exames laboratoriais e profissionais.

Assim, na década de 70, o que se evidencia é o caráter discriminatório da política de saúde instalada no país, traduzida especialmente pela desigualdade de acesso dos cidadãos aos cuidados em saúde, sendo excludente de expressivas parcelas da população.

“Em síntese, o modelo médico-assistencial privatista foi um modelo hegemônico do setor privado contratado e conveniado, o qual entrou em declínio por diversos fatores” (QUINELLATO, 2009, p.16).

Dentre os fatores, podemos citar prática médica curativa e reabilitadora, incapaz de interferir nos perfis de morbi-mortalidade; altos custos para manutenção e expansão

do modelo; insatisfação dos usuários devido à perda de qualidade dos serviços prestados, além do seu caráter excludente.

O panorama descrito, torna-se espaço potencial ao desenvolvimento de um novo modelo de atenção à saúde, integral, dirigido a toda população, que pudesse ser executado com recursos e tecnologias mais simples e baratos.

Assim, o país recém-saído de um período de ditadura militar, promulga o texto de sua Constituição Federal de 1988, que em seu artigo 196, garante a saúde como um direito fundamental a toda população e dever do Estado. Além disso, conforme artigo de Viegas e Penna (2013), reconhece a saúde como resultado das condições de vida em que a população vive.

Para tornar o proposto no artigo 196 da Constituição de 88 exequível e fazer vigorar um sistema de saúde que atendesse às idealizações e necessidades do país, por uma reorganização do sistema de saúde pública, criou-se através da Lei 8.080/90 o Sistema Único de Saúde, o SUS.

O SUS é um sistema de saúde que tem sua gestão compartilhada, descentralizada entre União, estados e municípios. Essa política de Estado tem como objetivo a atuação em caráter de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde de todos os brasileiros.

Retomando Quinellato (2009), o SUS é um sistema de saúde regido por princípios doutrinários como universalidade, integralidade e equidade.

A universalidade assegura o direito à saúde a todos os cidadãos, sem discriminação; a integralidade, propõe que o cuidado com a saúde se pautem nas várias dimensões componentes do processo saúde/doença e que afetam as coletividades e indivíduos, bem como um sistema de saúde que garanta prestação de serviços continuada desde a prevenção à reabilitação de indivíduos, embora deva priorizar atividades preventivas, sem prejuízo de ações assistenciais. Quanto à equidade, este princípio doutrinário afirma que o sistema de saúde deve contribuir para a diminuição das desigualdades, priorizando em suas ações e serviços os indivíduos que vivem sob maiores riscos de adoecimento e morte.

Quanto às diretrizes organizativas, tem-se a descentralização, regionalização – já citadas acima – a hierarquização e participação popular, diretrizes que trazem organização e racionalização ao modo de funcionamento do sistema de saúde.

A descentralização traz em si o conceito de municipalização da gestão dos serviços de saúde, garantindo ao município autonomia nas decisões e responsabilidade sobre a prestação de serviços.

Já a regionalização propõe uma racionalização da distribuição de recursos e serviços de saúde que devem ser dispostos nos territórios de ação, com vistas à equidade tendo como critério a distribuição da população e epidemiologia.

No que tange à hierarquização, sabe-se que o sistema único de saúde tem um arranjo estrutural composto por níveis de crescente complexidade de atenção à saúde, dispostos em uma área geográfica determinada para atender a população dessa área. São três os níveis de atenção: o nível primário ou básico; o secundário com serviços de média complexidade, e o terciário ou serviços de alta complexidade. Assim, conforme o nível de complexidade, maior a densidade tecnológica exigida para a solução de problemas de saúde mais complexos.

3.1 A Atenção Primária à Saúde

Quinellato (2009) cita Andrade, Barreto e Bezerra (2006) ao referir que os conceitos semelhantes aos utilizados para idealização da Atenção Básica no Brasil, circulam pelo mundo desde o início do século XX.

Desde 1920, a Atenção Primária à Saúde fora definida pelo Ministro da Saúde Inglês como serviços preventivos e curativos realizados por um médico generalista e que devem se adaptar às necessidades locais.

Desde então entende-se por atenção primária à saúde, cuidados que refletem as características econômicas, socioculturais e políticas de um país, seus estados e municípios, pois as estratégias de atenção primária à saúde para que sejam eficazes devem considerar as necessidades de uma determinada população.

Assim, a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), define Atenção Básica como:

[...]conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade

existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2007, p. 16).

3.2 A Atenção Secundária e Terciária à Saúde

Para compreender a ação realizada nesses dois níveis, recorreremos às definições oficialmente adotadas pelo Ministério da Saúde para melhor delimitar o entendimento destas áreas do SUS.

As ações de média complexidade têm a função de atender aos principais agravos à saúde da população, que exijam uma complexidade de assistência e que exija o envolvimento de profissionais, recursos tecnológicos e diagnósticos e tratamento especializados.

No Manual de apoio a gestores do SUS (Brasil, 2007), criado pelo Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) em consonância ao disposto em outro material de apoio à gestão do SUS, denominado: SUS de A a Z (Brasil, 2006) definem a média complexidade como:

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2007, p. 17).

O Manual (Brasil, 2007) aponta ainda que os procedimentos especializados deste nível devem ser realizados por profissionais médicos, ou outros profissionais de nível superior e médio, dentre os quais se incluem as cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumatológico-ortopédicos, procedimentos especializados de odontologia, patologia clínica, radiodiagnóstico, ultrassom, fisioterapia, próteses e órteses, dentre outros.

Quanto à alta complexidade, compreendemos o nível hierárquico do SUS, que lida com:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). Principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, organizadas em redes (BRASIL, 2007, p. 18).

Assistência aos doentes renais crônicos, oncológicos, os que necessitem de cirurgia em especialidades de cardiologia, vascular, assistência traumato-ortopédicas, neurocirurgia, otologia, implante coclear, calota craniana, procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono, assistência aos pacientes portadores de queimaduras, obesidade (cirurgia bariátrica), cirurgia reprodutiva, genética, clínica e outras especialidades.

Conhecer o sistema de saúde como um todo é importante porque cada nível hierárquico de atuação exige competências profissionais diferenciadas para a execução das ações e isso modifica também a relação estabelecida subjetivamente entre o profissional e sua atuação, mesmo porque o trabalho por si participa da constituição da subjetividade dos trabalhadores. Assim, a Política de Saúde, ao versar sobre como deve ser desenvolvido o cuidado em saúde com a população age, como qualquer Política Pública, como um projeto civilizatório, sobre a vida dos cidadãos, seja aqueles que são objetivo da Política, seja aqueles que além de objetivo da Política, trabalham em sua execução.

Sendo assim, a participação popular, uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde, norteia o funcionamento do SUS e contribui na identificação das potencialidades e fragilidades através de debates em fóruns, Conferências Municipal, Estadual e Nacional de Saúde - com participação popular e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Conselho dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass), instituídos para uma gestão compartilhada.

Foi através deste movimento coletivo que se instituiu a Política Nacional de Humanização, que conforme Rollo (2007), privilegia dispositivos como: a promoção de metodologias de trabalho que sejam mais humanizadas, com ênfase na compreensão do ser humano em sua diferença, singularidade, e em atendimento digno. Privilegia o acolhimento nas unidades de saúde e que os tratamentos sejam regidos por projetos terapêuticos singulares, que sejam instauradas redes de continuidade de atenção e

cuidado, que a gestão do sistema de saúde seja participativa, que haja escuta qualificada para usuários e trabalhadores de saúde - ouvidorias e grupos focais - maior atenção à saúde dos trabalhadores.

3.3 Saúde Complementar

A iniciativa privada é considerada saúde complementar conforme o artigo 199 da Constituição Federal (1988), por contrato público ou convênio, com preferência para instituições hospitalares filantrópicas e sem fins lucrativos.

A participação da iniciativa privada atua como complementar ao Estado, que apenas com os seus dispositivos não seria capaz de promover as condições necessárias ao cumprimento do acesso universal à saúde dos brasileiros.

Deste modo, ações e serviços de saúde prestados por pessoas jurídicas (instituições privadas) serão realizados como ações e serviços públicos de saúde por meio de contratos e/ou convênios firmados com o governo municipal, estadual ou federal.

Quando os convênios e contratos são firmados as ações, os serviços prestados pelas instituições de direito privado passam a integrar o Sistema Único de Saúde e ao integrar esse Sistema submetem-se a todas as suas diretrizes, princípios e objetivos, especialmente o atendimento gratuito, integral e universal. Deste modo, de acordo com a Constituição Federal e a Lei 8.080 instituições hospitalares, clínicas, organizações não governamentais e/ou todo o conjunto de pessoas jurídicas de direito privado com convênio firmado, serão consideradas instituições e organismos do SUS (CFP, 2008).

3.4 Saúde Suplementar

A Saúde Suplementar abriga a prestação de serviços de saúde exclusivamente privados, em uma relação direta com o consumidor, organizada por meio de planos de saúde, conforme Leis Federais 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e 9.656/1998. Nestes casos não há vinculação com o SUS, salvo exceções emanadas de órgãos de regulação como Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária ou Saúde Suplementar, por exemplo, sendo este último o responsável por normatizar o setor para

que ele cumpra sua ação social, de modo mais sintonizado possível com princípios e diretrizes do SUS, ainda que pertençam ao setor privado (CFP, 2008).

Tais configurações engendram questões específicas que interferem diretamente no modo de trabalho e impactam a saúde física e mental dos profissionais de enfermagem - e demais componentes das equipes multiprofissionais da saúde.

3.5 O impacto emocional sobre a saúde do trabalhador do SUS

Mesmo com os investimentos na implementação de serviços de saúde no país, observam-se graves problemas e críticas quanto à garantia de direitos aos cidadãos por falhas no funcionamento da rede de atenção à saúde em pontos como: integralidade, acessibilidade, equidade e resolutividade.

A forma como se operacionaliza a Saúde Pública no Brasil, por vezes, tem causado sofrimento aos trabalhadores que a compõem. Esse panorama resulta de uma combinação de fatores, que serão aqui elencados em uma sequência que não condiz necessariamente com a ordem de importância.

O primeiro fator é sócio-econômico. A escolha por trabalhar nos serviços públicos de saúde está relacionada à dificuldade de permanência no mercado de trabalho como profissionais liberais, ou mesmo à necessidade de contratação por instituição gerada por formações específicas como enfermagem, por exemplo. O acesso relativamente fácil às vagas e cargos e à estabilidade do cargo de servidor público, "livra" o trabalhador da pressão e instabilidade do mercado, através de salários fixos e garantias de alguns direitos trabalhistas. Mas, o mesmo trabalho que garante estabilidade, traz consigo outros fatores como baixa remuneração, raros programas de incentivo ao aprimoramento profissional e desvalorização social - funcionários públicos são sempre tidos como ineficientes e morosos pela sociedade - este panorama nos permite minimamente dimensionar a desvalorização profissional vivenciada.

Outro ponto relevante é a convivência de trabalhadores públicos e profissionais contratados - sendo estes melhor remunerados - para desenvolver função semelhante, o que muitas vezes gera dificuldade nas relações de trabalho.

A situação dos ambientes de trabalho na Saúde Pública é outro ponto contributivo para o mal-estar dos trabalhadores; frequentemente não há infraestrutura

(ambiente e insumos) para realizar as atividades necessárias, assim como equipes reduzidas pela dificuldade de contratação ou seleção de novos profissionais.

Fator adicional é referente à formação; os cursos técnicos e de graduação, com certa frequência, ao definir suas grades curriculares utilizam critérios de Políticas de Educação, mas não observam o mercado de trabalho em que seus alunos irão atuar, formando-os para atividades "elitizadas" ou rentáveis, mas de difícil acesso como a clínica e não raro, não preparam os profissionais para trabalhar na esfera da saúde pública, setor que frequentemente absorve os recém-formados.

Ainda como reflexo das lacunas da formação, pode ser mencionado o despreparo para lidar com o outro em sua diferença e multiplicidade, o que intensifica o desgaste próprio do contato com outras pessoas, que suscita nos profissionais de saúde uma série de sentimentos.

Há ainda a questão da proximidade com o sofrimento e adoecimento das pessoas tratadas que pode despertar no profissional de saúde pública angústia e frustração, o que tende a se intensificar pela impotência própria do contato com o adoecimento de outro ser humano - que remete à própria fragilidade - ou mesmo pela dificuldade em realizar um atendimento adequado, seja pelo excesso de atividades, pela demora no agendamento de exames ou dificuldade na disponibilidade de materiais, pela baixa adesão dos usuários ao tratamento e dificuldades no agendamento de consultas e vagas em leitos, ratificando as dificuldades já apontadas quanto à Saúde Pública. Desta maneira, a não articulação da rede de atenção de saúde nos municípios por uma compreensão inadequada do disposto na legislação, leva à situação em que os agentes do Estado que deveriam, através de seu trabalho, propiciar a garantia de direitos, devido aos problemas na rede, acabam não realizando seu trabalho como deveriam, gerando grande frustração nos trabalhadores.

Outro gerador de frustração é o contato com situações de extrema carência e violência através das queixas dos usuários do SUS. A complexa dimensão dos problemas sofridos pelos pacientes e para os quais nem sempre há recursos para o cuidado, intensifica o sentimento de impotência nos trabalhadores.

A combinação destes fatores - e outros não citados - identificados na escuta de parceiros ou usuários e trabalhadores do SUS gera incômodo, e se fosse possível transformar o incômodo provocado pelas dificuldades relacionadas ao trabalho em

saúde no SUS em uma imagem, tornando a sensação algo concreto, esta poderia ser descrita como nó, oposta ao movimento.

A sensação verbalizada parece ser de enrijecimento que impede a vida; uma vida com qualidade aos usuários do SUS e a qualidade de vida e de trabalho aos profissionais. E esta é a principal justificativa para o presente trabalho, compreender e enfrentar este impedimento.

Como usuários e trabalhadores do Sistema Único de Saúde, também somos influenciados pelos fatores acima referidos, versamos aqui sobre uma realidade na qual estamos imersos e aqui, registramos além do questionamento ao outro - a um terceiro - um questionamento a nós mesmos: O que te faz sofrer e permanecer no SUS do qual tanto se queixa? Para a pergunta: O que os faz sofrer e ainda permanecer no SUS do qual se queixa? Por isso, a construção deste trabalho que busca identificar os fatores que causam sofrimento - como fora feito nas linhas acima - é um passo importante para o que será escrito daqui em diante: quais elementos contribuem para este sofrer.

Um primeiro elemento a ser considerado sobre os problemas expostos é que quando os trabalhadores se queixam de sofrimento, está implícito que as demandas físicas e/ou emocionais presentes no exercício do trabalho vão além da capacidade de tolerância e adaptação destes trabalhadores.

Quando o trabalho causa dificuldades superiores à capacidade pessoal de transpô-las, isso pode levar o trabalhador à perda da saúde de acordo com conceitos da Saúde do Trabalhador. Sabe-se que o trabalho é importante à inserção social do indivíduo, ao trabalhar o sujeito exerce uma atividade, modificando algo com sua força de trabalho, mas em uma relação dialética, ele também modifica a si mesmo, o que pode ser um movimento construtivo ou destrutivo do sujeito para sua subjetividade. E para além dos fatores biológicos influentes na saúde e adoecimento de um sujeito, o trabalho também participa da determinação social do processo saúde-doença o que conforme Santos-Filho (2007) ao trabalhar, o trabalhador interage com elementos presentes nos processos e ambientes de trabalho e estes podem propiciar adaptação, crescimento, construção de conhecimento, saúde ou ao contrário desgaste, sofrimento e adoecimento.

Para Dejours em "A loucura do trabalho" (1992), o trabalho causa sofrimento àquele que trabalha, mas deste sofrimento, podem surgir estratégias e formas de lidar com a tarefa laboral, para isso é fundamental que o trabalhador tenha liberdade para

agir sobre a organização do trabalho, seu conteúdo, a execução de suas tarefas e as relações existentes com o trabalho.

Para Yves Clot em "A função psicológica do trabalho" (2006), o problema está no silenciar da criatividade própria do ser humano; a repressão deste processo tão próprio do trabalhador, ao executar suas tarefas laborais, exige um esforço ainda mais desgastante e extenuante do que o ato de trabalhar, em si, já exige.

Se há sofrimento advindo da relação dos trabalhadores do SUS com seu trabalho, há indicativo de necessidade de liberdade para criação e adaptação ao processo de trabalho.

Outra ponderação a ser feita, que se relaciona ao sofrimentos dos trabalhadores, se deve ao contexto econômico atual.

Vivemos em um sistema econômico, o capitalismo, que é pautado na produção em massa, alcance de metas e acumulação de capital; já o processo de produção em saúde proposto pela legislação do SUS se opõe às proposições do sistema capitalista; o previsto é qualificar atendimentos, em vez simplesmente quantificá-los, é criar projetos terapêuticos singulares e não em massa; além de não produzir visando lucro, o que também contribui para a ideia de ineficiência do serviço público, afinal sem metas claras, parece não haver produção. Estar na contra mão do mercado requer grande resistência e uma dose de sofrimento tolerável para possibilitar permanência em um trabalho diferente.

Outro fator que incrementa o sofrimento dos trabalhadores e precisa ser considerado é o impacto das políticas econômicas mundiais como o neoliberalismo e a globalização que produzem marcas no mundo do trabalho mundial e brasileiro.

De acordo com Gomez e Thedim-Costa (1999) o neoliberalismo, doutrina econômica pautada na liberdade de mercado, reestruturação produtiva e estado mínimo visa diminuição de gastos com políticas sociais. Esta doutrina associada à globalização, fenômeno do modelo econômico capitalista onde há extrema integração mundial dos mercados financeiros e da política tem causado profundas transformações em muitos setores da população trabalhadora, gerando novas tensões no mundo do trabalho, segundo Gomes e Thedim-Costa (1999).

O neoliberalismo e a globalização culminam na precarização do trabalho, um movimento de novas práticas nos processos produtivos, que é observado através de seus efeitos como citado por Antunes (2000): a violação de direitos trabalhistas, insegurança

no local de trabalho pela perda da estabilidade, ou insegurança na profissão exercida, terceirização, sub-contratação, aumento na contratação feminina mas em condições precárias - menores salários, por exemplo - privatização e redução de serviços públicos ou alteração da velocidade do ritmo de trabalho, pelo modelo de empresa "enxuta" para reduzir custos.

Tais condições também se manifestam no trabalho em saúde pública, de maneira "menos visível" que em outras organizações. Exemplo disso são os contratados, que temem a perda de direitos trabalhistas e sentem-se inseguros nas dificuldades financeiras que o país atravessa, temendo ser demitidos. Como efeito da precarização podemos também citar o movimento na esfera pública de alteração dos direitos concedidos aos funcionários públicos, gerando temor dos trabalhadores do SUS quanto ao rumo de seus empregos, assim como uma remuneração aquém do que mereciam, levando à sensação de desvalorização.

Outro efeito da precarização que afeta a todos, e já fora mencionado, é o direito a um local de trabalho e condições adequadas que por diversos fatores não é respeitado; ou a redução das equipes e não contratação de novos funcionários por entendimento dos gestores de economia de recursos públicos destinados à saúde e fazendo jus à compreensão de que basta aumentar o ritmo de trabalho que a equipe reduzida realiza o trabalho de uma ampliada. Fazendo com que o trabalho pessoal não garanta a resolução das demandas e, muitas vezes, não sendo possível contar com uma rede de saúde que possibilite o trabalho em parceria.

O trabalho na Saúde Pública também causa sofrimento pelas demandas sociais e profissionais para as quais os profissionais não estão devidamente preparados. Isso se deve à formação recebida.

O acesso a uma formação de qualidade não está franqueado a todos, devido aos preços das mensalidades escolares e aos custos de uma graduação, o que impede a formação qualificada para atuação em saúde ou mesmo a preparação adequada para lidar com os enfrentamentos vivenciados na área da saúde. Além disso, observa-se que as universidades parecem não atender à normativa das Diretrizes Curriculares Gerais da formação em Saúde aprovada pelo Conselho Nacional de Educação, há 14 anos. Pois, somam-se às queixas já citadas, o explicitado por Almeida-Filho, (2013) de que o perfil dos profissionais que têm se formado nas universidades brasileiras, é pouco envolvido com gestão em saúde, aspectos políticos e sociais da saúde, pouco hábil para o trabalho

em equipe multiprofissional, despreparado para lidar com os adoecimentos prevalentes no país, com pouco conhecimento da realidade da vida nas comunidades e defensor de um *status quo* em saúde que não está em sintonia com uma vinculação mais horizontalizada.

Dentre as demandas-desafios do SUS à Universidade, no tocante ao tema formação de trabalhadores para o campo da Saúde no Brasil, ressaltam novos modelos que sejam tecnologicamente competentes, capazes de trabalhar em equipe, criativas, autônomas, resolutivas, engajadas na promoção da saúde, abertas à participação social e, enfim, comprometidas com a humanização da atenção à saúde (ALMEIDA-FILHO, 2013, p. 168).

Djanira, você é uma criatura fechada. E eu também. Como vamos fazer? O jeito é falar a verdade. A verdade é mais simples que a mentira.

Ela me olhou profundamente. E eu continuei, com esse tipo de timidez que sempre foi a minha:

– Eu quero saber tudo a seu respeito. E cabe a você selecionar o seu tudo, pois não quero invadir sua alma. Quero saber por que você pinta e quero saber por que as pessoas pintam. Quero saber que é que você faria em matéria de arte se não fosse pintura. Quero saber como é que você foi andando a ponto de se chamar Djanira. E quero a verdade, tanto quanto você possa dar sem ferir-se a si própria. Se você quiser me enganar, me engane, pois não quero que nenhuma pergunta minha faça você sofrer."

(Clarice Lispector, 2007)

4. DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

4.1 OBJETIVO

4.1.1 OBJETIVO GERAL

Investigar se as experiências de cuidado recebidas pelas enfermeiras no decorrer de sua vida impactam no exercício do cuidar profissional nos diversos níveis de atenção do SUS de um município de médio porte no interior do Estado de São Paulo.

4.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar como as enfermeiras participantes da pesquisa, compreendem a experiência de cuidar/ser cuidada;
- Reconhecer as fantasias destas profissionais no exercício do cuidar de seus pacientes;
- Investigar como as demandas profissionais próprias dos diferentes níveis de atenção em que trabalham, mobilizam conteúdos psíquicos das enfermeiras participantes da pesquisa.

Para alcançar os objetivos geral e específicos nesta pesquisa, utilizamos a estratégia metodológica apresentada a seguir.

4.2 METODOLOGIA

O presente estudo é uma pesquisa qualitativa que se vale da Psicanálise enquanto método investigativo e se qualifica como psicanálise extramuros, em que se aplica o método psicanalítico fora do contexto clínico tradicional (LAPLANCHE, 2001).

Embora o termo "psicanálise extramuros" não tenha sido cunhado por Freud, sempre esteve presente nas discussões de psicanálise do autor, que não se inclinava apenas sobre a análise de pacientes, mas da mesma forma, utilizava o método

psicanalítico para analisar obras de arte, a cultura, a sociedade e o funcionamento psíquico do ser humano (MEZAN, 2002).

Assim, empreendemos o nosso processo investigativo, conforme a prática cotidiana que estabelecemos, utilizando da Psicanálise em seus múltiplos valores; como campo de conhecimento teórico, estratégia de tratamento psicológico, e método interpretativo/investigativo, cuja principal característica é a dimensão heurística, o que possibilita a quem dela se utilize enquanto método científico, a entrar em contato e acolher o surgimento singular de materiais inconscientes no contato entre terapeuta/pesquisador e analisando/participante da pesquisa.

A escolha pela psicanálise enquanto método de pesquisa, também define uma ética de cuidado, para com o produzido neste encontro, para captar os sentidos emocionais emergentes dos encontros.

Para tanto, a compreensão e uso de dois processos constitutivos do método psicanalítico são fundamentais: a associação livre e atenção flutuante.

A associação livre é um "Método que consiste em exprimir indiscriminadamente todos os pensamentos que ocorrem ao espírito, quer a partir de um elemento dado (palavra, número, imagem de um sonho, qualquer representação), quer de forma espontânea" (LAPLANCHE, 2001, p. 38).

Assim, quando utilizada para orientar o encontro entre pesquisador e participante, este último será orientado a expressar livremente as ideias que lhe surgem na mente. E embora uma ideia lhe ocorra aparentemente de forma isolada. na realidade, este elemento remete (in)conscientemente a uma série de outros elementos, possibilitando ao pesquisador a identificação de cadeias associativas que tecem verdadeiras redes de elementos (in)conscientes encadeados no discurso e no mundo mental de quem a expressa.

Correspondente à atitude recomendada ao participante de associar livremente, Freud recomenda também uma atitude subjetiva para o analista: a atenção flutuante, que:

Consiste numa suspensão tão completa quanto possível de tudo aquilo que a atenção habitualmente focaliza: tendências pessoais, preconceitos, pressupostos teóricos [... assim o analista...] deve estar apto a interpretar tudo o que ouve a fim de que possa descobrir aí tudo o que o inconsciente dissimula, e isto sem substituir pela sua própria

censura a escolha a que o paciente renunciou (LAPLANCHE, 2001, p. 40).

Dessa forma, o analista percebe as conexões inconscientes no discurso do paciente e pode manter na memória uma infinidade de elementos aparentemente insignificantes cujas correlações só aparecerão posteriormente (LAPLANCHE, 2001).

O acesso a essas correlações é possibilitado pela via da transferência, o único modo de acesso aos conteúdos inconscientes presentes na relação vivenciada entre pesquisadores e participantes da pesquisa. Isso se dá porque a transferência é o

[...] processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica. Trata-se aqui de uma repetição de protótipos infantis vividos com um sentimento de atualidade acentuada. [...] A transferência é classicamente reconhecida como o terreno em que se dá a problemática de um tratamento psicanalítico, pois são a sua instalação e as suas modalidades, a sua interpretação e a sua resolução que caracterizam este (LAPLANCHE, 2001, p. 514).

Ou seja, para realizar a operação pretendida de “subversão” do campo terapêutico para o campo científico, pelo viés do sujeito do inconsciente, proposto pela psicanálise, é fundamental utilizar a transferência como condição estrutural do desenvolvimento da coleta de dados para a pesquisa.

E para acessar o saber inconsciente, há que se situar a pesquisa no campo da experiência analítica, bem como, considerar que de acordo com Freud, em psicanálise, investigação e tratamento coincidem.

Mas, de que transferência se trata? Evidentemente, num primeiro nível, trata-se da transferência do sujeito ao analista-pesquisador. Poderíamos, nesse sentido, afirmar que só se pode fazer pesquisa em psicanálise *sob transferência*. Se tratamento e pesquisa coincidem, como afirma Freud, podendo ou não, o analista elevar o tratamento que dirige à condição de uma pesquisa, querendo ele ou não tirar disso as consequências, e se a transferência é condição de tratamento, ela será igualmente uma condição de pesquisa (ELIA, 1999, p.01).

Partindo da compreensão profunda da teoria psicanalítica, preservando seus conceitos fundamentais, seu método e seu caráter investigativo e interpretativo torna-se possível flexibilizar e agir criativamente através de novos modos de abordar os

sufrimentos psíquicos contemporâneos, como propõe Aiello-Vaisberg (2004) e como nos propomos.

Buscou-se neste trabalho o modo de fazer psicanálise de Winnicott (1962/1984) que aponta duas alternativas de execução da psicanálise: a prática padrão, de acordo com os moldes estabelecidos por Freud, ou a escolha por ser um psicanalista fazendo outra atividade, mais apropriada à situação.

Situação esta que tem seu início em uma imersão dos pesquisadores desta tese no contexto da saúde pública, o que mobilizou afeto e garantiu lugar privilegiado de escuta do prazer e sofrimento das enfermeiras na sua história e no presente de sua atuação profissional.

Este panorama, nos conduz a um segundo momento, o de encontro com enfermeiras, em seu contexto de trabalho/cuidado onde se configurou a investigação científica propriamente dita, e destes encontros, emergiu o conteúdo utilizado para análise psicanalítica aqui realizada.

Esse movimento de não "estar surdos" às expressões das enfermeiras da Rede SUS, mas acolhê-las no serviço público, no CEREST Marília, e depois tê-las como motivação de investigação científica, extramuros, e para além atendimento clínico, é um caminho semelhante ao vivido nos estudos de Winnicott (1941), que inicialmente se preocupou com as necessidades de um caso particular em que estava envolvido, e posteriormente, utilizou os registros na investigação científica e na determinação de uma situação padronizada de atendimento denominada "jogo da espátula" seguidas de diversas construções teóricas.

Partimos portanto, da assistência à enfermeiras no CEREST para a construção de uma aproximação com outras enfermeiras, em situação de pesquisa com os objetivos acima delimitados.

4.2.1 Instrumentos da pesquisa

4.2.1.1 O Procedimento Desenho-Estória com Tema (D-E com T)

Como facilitador dialógico desta pesquisa, elegeu-se o método investigativo Procedimento Desenho-Estória com Tema (D-E com T), de Aiello-Vaisberg (1995; 1997; 1999) que deriva do procedimento criado por Walter Trinca (1972).

Walter Trinca propôs em 1972 o Procedimento Desenho-Estória (D-E) como um método de investigação clínico da personalidade no uso psicoterapêutico e psicodiagnóstico. O procedimento passou a ser utilizado em diversos trabalhos científicos e clínicos, reafirmando sua potencialidade como meio de investigação científica (RIBEIRO, 2008).

A técnica de Trinca não se prende à fidedignidade ou padronização característica aos testes psicológicos, mas busca a exploração da personalidade e o contato com a expressão da dinâmica emocional de processos inconscientes daqueles que participam do procedimento (TRINCA, 1997; RIBEIRO, 2008).

Com o amparo do conhecimento da teoria e técnica psicanalítica a respeito dos fenômenos da transferência, contratransferência, associação livre, técnicas projetivas e entrevista clínica o procedimento de Trinca (1972) valoriza a capacidade do psicólogo em apreender os movimentos emocionais e conflitos básicos expressos no acontecer do encontro entre terapeuta e paciente.

O Procedimento Desenho-Estória é um instrumento projetivo para investigação da personalidade, que coaduna dois recursos o desenhar e o contar histórias, alicerçado nos conceitos como projeção e entrevista clínica.

A projeção é inicialmente definida pela teoria freudiana como um conceito que trata apenas do deslocamento psicopatológico de sentimentos hostis para outras pessoas, ou como o desconhecimento, por parte do sujeito, de suas emoções e desejos não aceitos por ele como sendo seus, atribuindo sua existência à realidade externa. Outra conceituação do termo é explicitado em Totem e Tabu, onde a projeção é explicada como deslocamento de sentimentos, ideias e emoções negativas, bem como as emoções positivas, valorosas e conscientes para outros objetos (PINTO, 2014).

Já um instrumento projetivo em psicanálise é um modo de acesso aos conteúdos inconscientes, mediante uso de um estímulo pouco estruturado que, garantindo a liberdade de resposta, convida o sujeito a expressar seu mundo interior emprestando contornos mais precisos à ambiguidade do procedimento e interpretando-o. Permitindo ao terapeuta/pesquisador apreender vivências internas, desejos, conflitos, assim como, aspectos inconscientes e latentes da personalidade (PINTO, 2014).

Enquanto fundamentação teórica do Procedimento (D-E), alguns conceitos trazem consistência ao instrumento, realizado com base na associação livre, na apresentação de estímulos pouco estruturados e pouco diretivos, no *setting* adequado,

utilizando-se de fantasias e desenhos aperceptivos como um modo de comunicação verbal indireta, possibilitando claras evidências do modo como mecanismos e dinamismos da personalidade de quem participa da interação com o terapeuta/pesquisador opera (TRINCA, 1997; MARTÃO, 2009; RIBEIRO, 2008).

Essas características contribuem para que os sujeitos que participam do procedimento direcionem, através das associações livres, ao *locus* da personalidade mais sensíveis emocionalmente, expressando conflitos na tentativa de lidar com a situação pouco estruturada apresentada, possibilitando a identificação de focos conflitivos.

O procedimento utilizado para o desenvolvimento da pesquisa foi derivado do instrumento de Trinca (1997), e é chamado Desenho-Estória com Tema (D-E com T) criado por Aiello-Vaisberg (1995, 1997, 1999). Ele se fundamenta no conhecimento psicanalítico, e Aiello-Vaisberg o define como apresentativo-expressivo, num viés transicional, no sentido winnicottiano.

Não definir o D-E com T como uma técnica projetiva, se deve a uma análise criteriosa da autora, do termo projeção; conforme a definição supracitada, a projeção e o instrumento projetivo se definem por um fazer inconsciente; como o Desenho-Estória com Tema funciona como mediador dialógico, uma apresentação é proposta pelo pesquisador/terapeuta, e ainda que o participante do procedimento não conheça a motivação para o seu fazer durante o método, a motivação é evidente de outro ponto de vista.

O incentivo para realizar o desenho e a história a partir do tema, possibilita ao sujeito da pesquisa ou paciente a expressão da singularidade do seu ser em uma ação transicional.

Essa ideia se relaciona ao fato de que como mediador dialógico o D-E com T funciona como o jogo do rabisco, sendo um meio de contato com os participantes da pesquisa. Diminui a distância afetiva e as partes podem jogar - ou trocar - livremente, facilitando a comunicação emocional.

No sentido de garantir uma simplicidade ao processo, o material de aplicação inclui folhas de papel sulfite branco, uma caixa de lápis de cor com doze unidades e um lápis grafite preto; os instrumentos gráficos e lúdicos são facilmente utilizados e após a entrega da folha e dos lápis, solicita-se um desenho a partir de um tema específico e na invenção de uma história sobre o desenho realizado.

Na presente pesquisa, foram inicialmente planejou-se o encontro dentro da seguinte organização: A entrevistada recebia o convite para que fizesse seu primeiro desenho com tema.

a) Desenho-Estória com Tema 1: Desenhe você cuidando de seus pacientes, e em seguida me conte uma história sobre o desenho que você fez;

Em seguida seria proposto o segundo desenho:

b) Desenho-Estória com Tema 2: Desenhe você sendo cuidada, na infância ou no passado e me conte uma história sobre o desenho que você fez;

Ao final as entrevistadas seriam solicitadas a sugerir um título para cada desenho-estória produzido e então daríamos continuidade ao diálogo abordando alguns disparadores através de entrevista semi-dirigida, que foi fundamentada e realizada do modo expresso a seguir.

4.2.1.2 Entrevista semi-dirigida

A realização de entrevistas em pesquisas psicanalíticas exigem cuidado, uma vez que o “objeto” de pesquisa é também “sujeito”, um sujeito que se organiza através da linguagem e através da linguagem apresenta-se em sua singularidade (COSTA, POLI, 2006).

Enquanto o fazer científico busca “o objetivo, ou seja, na tentativa de eliminar o sujeito de seu paradigma. A psicanálise o reintroduz, mas de uma maneira peculiar, como sujeito do inconsciente” (COSTA, POLI, 2006, p.15).

Para tanto a “entrevista” na pesquisa em psicanálise se constitui um campo estruturado sobre a trílice: intervenção, produção e investigação. Também é fundamental que se compreenda que de acordo com a obra freudiana, para que as formações do inconsciente possam trazer-nos um “sujeito” e não simplesmente um “objeto” é preciso um tempo de espera, de apropriação, de permitir-se afetar pela experiência única vivenciada pelo par “pesquisador e entrevistado” e a ocorrência da

transferência. É a transferência que dá valor à narrativa realizada a um analista/pesquisador (COSTA; POLI, 2006).

A pré-condição para a produção de uma pesquisa em psicanálise é o pressuposto da transferência, ou seja, a construção de um campo relacional em que esteja a hipótese do inconsciente, do não-saber, a dimensão heurística.

Assim, a transferência - já citada - é o que permite que as produções inconscientes possam ser nomeadas e apreendidas, e apoia a superação das resistências (FREUD, 1913). E a estrutura partilhada entre transferência e inconsciente, permite que o produzido tenha valor de verdade e de transmissibilidade.

Uma vez balizado o campo de pesquisa em psicanálise, Costa e Poli (2006) propõem outro cuidado, referente ao uso de entrevista psicanalítica fora do contexto clínico, na solicitação da inversão do modelo clínico, em que o pesquisador é quem tem uma demanda em relação ao entrevistado, supondo que este tenha um saber; esta situação requer posicionamento ético da transferência, para que o sujeito não seja objetizado, instrumentalizado ou exteriorizado.

Por isso é fundamental que as hipóteses com as quais o pesquisador opere, não criem resistência à experiência heurística, própria do método psicanalítico, nem à formulação de uma demanda por parte da entrevista, possibilitando um campo de entrevista que seja configurado pelo próprio entrevistado, para que ele formule suas questões e as responda, de forma singular. É que a “hipótese” seja um ponto da pesquisa, elaborado após a experiência de relação transferencial (COSTA; POLI, 2006).

Outro apontamento necessário é que embora haja uma escolha metodológica e teórica, o uso do corpo teórico deve ser realizado com parcimônia, para que não transforme o embasamento teórico e metodológico em um assujeitamento cego e desmedido, simplesmente reproduzindo o já dito por Freud, por exemplo, ao nível de verdade absoluta e incontestável.

Um direcionamento possível à execução do projeto de pesquisa atento ao não assujeitamento cego, é proposto por Elia (1999, p.01):

Levar em conta a direção freudiana, o dizer freudiano [...] não equivale, portanto, a repetir os ditos [...] Retomar um lugar de dizer não é a mesma coisa que repetir os ditos, mas pelo, contrário, abrir a possibilidade de que ditos sempre novos possam se produzir. Dizer *de novo* (do mesmo lugar, uma vez mais) permite dizer *do novo*, dizer ditos novos. É nesse sentido que entendemos a convocação freudiana

a tomar cada caso como se fosse o primeiro, preceito metodológico absolutamente não trivial, que exorta ao não uso do *saber acumulado* pela elaboração teórica e textual na abertura ao *ainda não sabido* que a clínica constitui a cada caso, e, dentro de um mesmo caso, a cada nova palavra do sujeito: a regra fundamental para o sujeito é dizer sem saber o que está dizendo e o que vai dizer, e para o analista é ouvir sem situar o seu saber já sabido na proa da escuta.

É utilizar a Psicanálise, com uma de suas características mais interessantes o “reinventar-se” a cada caso.

Para possibilitar tal reinvenção, optamos pela entrevista semi-dirigida, por nos permitir maior flexibilidade possibilitando ao entrevistado que “[...] configure o campo da entrevista segundo sua estrutura psicológica particular” (BLEGER, 2003, p.03). Dessa forma, segundo Bleger (2003), a entrevista passa a se configurar por variáveis que dependem da personalidade do sujeito entrevistado. Embora dificulte um pouco a categorização, possibilita uma investigação mais profunda da personalidade da entrevistada.

[...] Toda conduta [humana] se dá sempre em um contexto de vínculos e relações humanas, e a entrevista não é uma distorção das pretendidas condições naturais. Ao contrário, a entrevista é a situação “natural” em que se dá o fenômeno que justamente nos interessa estudar, o fenômeno psicológico (BLEGER, 2003, p. 16).

Além do conteúdo trazido através do procedimento desenho-estória com tema, durante a entrevista pode-se vivenciar e observar o comportamento e atitudes das enfermeiras entrevistadas.

Durante a entrevista foi utilizado um roteiro com perguntas que incluem grandes temas que abordam a experiência de exercer o cuidado profissional, lembranças existentes sobre ser cuidado na infância e o cuidado de si. O roteiro de entrevista foi composto dos seguintes temas geradores:

- 1) Gostaria que me contasse por que escolheu ser enfermeira.
- 2) Conte-me o que é/ como é ser enfermeira.
- 3) Comente sobre a experiência de cuidar das pessoas.
- 4) Conte-me lembranças que você tem sobre ser cuidada na infância.
- 5) Comente como você se sente após ter cuidado de muitas pessoas.
- 6) Conte-me como você se cuida ou é cuidada atualmente.

Então, as entrevistas foram avaliadas em suas especificidades e comparadas para verificar linhas de regularidade que nos permitiram compreender como se dá a relação dessas enfermeiras com o exercício do cuidar e quais conteúdos pessoais são mobilizados por essa atividade, assim como a influência dos cuidados recebidos no passado sobre o cuidar profissional que exercem.

4.2.2 Participantes da pesquisa

Inicialmente, determinou-se que o trabalho seria realizado com seis (06) mulheres, enfermeiras que integrassem a equipe de enfermagem nos três níveis hierárquicos de atenção à saúde do SUS, sendo duas (02) enfermeiras da atenção primária, duas (02) enfermeiras de um serviço de especialidades e duas (02) da UTI neonatal de uma instituição hospitalar.

Conclui-se o trabalho com quatro (04) enfermeiras, que integram o Sistema Único de Saúde, sendo duas (02) enfermeiras da atenção primária, uma (01) enfermeira de um serviço de especialidade e uma (01) enfermeira de instituição hospitalar.

Para a escolha das participantes da pesquisa, foi realizado a partir do registro de enfermeiras das Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família - que nos listasse nomes e unidades de enfermeiras para que participassem de uma pesquisa já autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a escolha foi aleatória e o contato inicial ocorreu por telefone, para que fosse explicada a necessidade de um encontro para coletar material para uma pesquisa de doutorado sobre o trabalho delas, como enfermeiras.

No nível de atenção primária à saúde, foram contatadas quatro enfermeiras, das quais duas aceitaram participar pois estavam trabalhando. As outras duas não quiseram participar pois uma estava em férias e a outra em meio à campanha de vacinação e não teria tempo para participar da pesquisa.

A escolha das enfermeiras do nível secundário, teve como critérios: estar sob a gestão da SMS e a aceitação da enfermeira em participar da pesquisa, foi feito contato com cinco unidades especializadas, convidando cerca de sete (07) enfermeiras, somente uma delas aceitou, as outras referiram estarem sobrecarregadas demais para participar.

Quanto à escolha das enfermeiras participantes em uma UTI neonatal, componente do Sistema Único de Saúde, o processo foi complexo. Inicialmente foi

solicitada autorização para realização da pesquisa, via Plataforma Brasil, a uma instituição hospitalar, que negou a execução da pesquisa em seu espaço. Ao solicitar autorização para uma segunda instituição hospitalar, obteve-se permissão para a realização da pesquisa após um longo período de espera para análise documental por parte da instituição, já sem tempo hábil para utilização.

Assim, a entrevista aqui registrada como pertencente ao nível terciário, foi realizada via CEREST, por busca ativa de uma enfermeira hospitalar, no banco de dados do CEREST e que aceitou prontamente participar da pesquisa.

Após o processo de seleção e busca das enfermeiras para participação na pesquisa, o estudo ficou delineado deste modo.

Entrevistada	Idade	Local
Ana	40 anos	Atenção Primária à Saúde
Sofia	45 anos	Atenção Primária à Saúde
Helena	37 anos	Atenção Secundária à Saúde
Natália	32 anos	Atenção Terciária à Saúde

Figura 1 Quadro com dados das Entrevistadas

Fonte: Elaborada pelo autora

4.2.3 Local

O encontro com as enfermeiras ocorreu nos cenários pertencentes à Secretaria Municipal de Saúde do município, nos ambientes de trabalho das enfermeiras.

4.2.4 O encontro com participantes e a reorganização metodológica

Ao realizar o primeiro encontro de pesquisa seguido de supervisão psicanalítica da experiência, notou-se que seria importante reorganizar a sequência de propostas que seriam apresentadas às enfermeiras.

Solicitar que elas desenhassem o tema do "Cuidado Profissional" e depois o tema "Cuidado na infância ou no passado" e então o roteiro de perguntas já criava um caminho que mobilizava conclusões e relações sob influência da sequência apresentada.

Assim, na segunda experiência de pesquisa em campo, modificou-se a ordem, apresentando-se os temas do seguinte modo:

Com a solicitação do primeiro desenho, os primeiros diálogos são sobre conteúdos atuais.

Desenhe você cuidando de seus pacientes, e em seguida me conte uma história sobre o desenho que você fez (Tema 1).

Na sequência foram utilizados os seguintes disparadores:

- Gostaria que me contasse porque escolheu ser enfermeira.
- Conte-me o que é/ como é ser enfermeira.
- Comente sobre a experiência de cuidar das pessoas.

Logo depois, é feito o convite ao segundo desenho iniciando os diálogos sobre conteúdos passados.

Desenhe você sendo cuidada, na infância ou no passado e me conte uma história sobre o desenho que você fez (Tema 2).

Dando continuidade aos diálogos:

- Conte-me lembranças que você tem sobre ser cuidada na infância.
- Comente como você se sente após ter cuidado de muitas pessoas.
- Conte-me como você se cuida ou é cuidada atualmente.

Então o encontro é encerrado solicitando que as participantes nomeiem os desenhos criados por elas e encerramos o encontro.

Tal experiência associada à [...] escuta psicanalítica, pelo seu método, potencializa a revelação do sujeito como ele é: fragmentado, atravessado por forças, pulsões, pensamentos, sonhos, sintomas, intensidades, enfim, devires insurgentes e inconscientes (GOMES, PRÓCHNO, 2015, p. 788).

A metodologia da pesquisa, com procedimento D-E com T, somado às entrevistas semi-dirigidas, ficou assim organizada para acessar o conteúdo do mundo psíquico das enfermeiras, uma vez que ambos mobilizam os focos essenciais de

angústias e favorecem a comunicação das vivências emocionais, das necessidades internas e dos desejos inconscientes do indivíduo.

4.2.5 O registro do material

O registro do material obtido no encontro com as enfermeiras foi transcrito em forma de narrativa psicanalítica, dando continuidade à experiência criativa vivenciada desde os primeiros minutos da coleta de dados da pesquisa.

A ideia surgiu no desenvolvimento do trabalho de mestrado, dos autores desta tese, em 2009, e foi incentivada na qualificação da tese, momento em que retomamos o artigo “Tecendo a pesquisa clínica em narrativas psicanalíticas” de Granato e Aiello-Vaisberg (2004) onde as autoras versam sobre a pesquisa clínica psicanalítica com o uso das narrativas psicanalíticas, construídas com contribuições de Benjamin e Politzer, proporcionando embasamento metodológico necessário para a investigação da singularidade das enfermeiras participantes da atual pesquisa.

Do encontro com as participantes da pesquisa surge então

[...] um tipo de conhecimento que se mantém maximamente próximo ao acontecer clínico, evitando especulações abstratas. Apoiando-se nas contribuições epistemológicas de Politzer e nas ideias de Benjamin sobre a narrativa, propõe pensar a geração de material de estudo como “narrativas psicanalíticas” que incluem tanto as manifestações dos pacientes como a personalidade do analista [pesquisador] (GRANATO; AIELLO-VAISBERG, 2004, p. 253).

O ato de narrar, antes de ser tomado pela ciência através da literatura, da psicanálise ou antropologia como um recurso investigativo, era um meio de compartilhamento de experiências entre as pessoas. Nesse período, o narrar era associado à transmissão de acontecimentos, mas principalmente de experiências de vida; e era composto por cada pessoa, que integrava a sua própria experiência de vida, aos ensinamentos de seus antepassados e transmitia às novas gerações orientações em um padrão de condutas moral e ética.

A Psicanálise nasce do espaço fértil das narrativas, através das narrativas mitológicas e dos estudos de caso que comunicam vivências emocionais e também pelas narrativas dos dramas pessoais vividos expressos nos encontros clínicos e de pesquisa psicanalítica.

Como é impossível testemunhar o encontro de pesquisa, através da narrativa psicanalítica é possível narrar a experiência, convidando por meio da leitura do relato criado pelo terapeuta/pesquisador a viver a experiência obtida no espaço e momento de investigação (GRANATO; AIELLO-VAISBERG, 2013).

E para que isso ocorra, as autoras propõem:

[...] uma transposição da introspecção para a narrativa, [movimento ocorrido na clínica psicanalítica] movimento mais que revolucionário se considerarmos que o sentido não seria compreendido pelo paciente, ocupado que está em vivê-lo, mas pelo psicanalista que, por sua vez, nada pode sem o próprio paciente, que traz o vivido para seus encontros terapêuticos (GRANATO; AIELLO-VAISBERG, 2004, p. 261).

No que se refere à narrativa, especificamente, utilizamos a definição de Benjamin: “Esta não tem a pretensão de transmitir um acontecimento, pura e simplesmente (como a informação o faz); integra-o à vida do narrador, para passá-lo aos ouvintes como experiência. Nela ficam impressas as marcas do narrador como os vestígios das mãos do oleiro no vaso de argila.” (BENJAMIN, 1989, p.107)

Deste modo,

[...] reconhecemos o narrar como um procedimento privilegiado de acesso aos múltiplos sentidos afetivo emocionais (KOHN, 2008) que se revelam não apenas na vida e na clínica, mas também no âmbito da pesquisa. As narrativas, aqui tomadas como trabalho psicológico sobre a matéria-prima do viver (OGDEN, 2015) serão consideradas como expressão de um indivíduo mas, parafraseando Politzer (1928/1975), como o próprio eu em ato (GRANATO; AIELLO-VAISBERG, 2004, p. 20).

A escolha pelas narrativas considera que elas são tecidas por fios da vida e pelos movimentos sensíveis e criativos do narrar, nascendo carregadas de ensinamentos anteriores e abertas a diversos sentidos que se produzem em um espaço intermediário e de interlocução. Tal definição condiz com a proposta de Winnicott, que fundamenta esta pesquisa, de que o homem tem a criatividade em sua essência, e através dela estabelece relações autênticas com o mundo, e assim o faz desde a relação que estabeleceu com sua mãe que oportunizou o criar no encontro com o mundo, produzindo novos sentidos para ele (GRANATO; AIELLO-VAISBERG, 2013).

Foram utilizadas as narrativas para relatar os encontros da pesquisa pela oportunidade que esse método nos oferece, de criação, de transitar pelo espaço transicional das enfermeiras e pela transformação mútua, pesquisadores – enfermeiras,

ao sabor das vicissitudes da vida de cada um, dando origem a um terceiro elemento familiar e estranho ao mesmo tempo.

Logo, o narrar traz em si a marca de ambos: pesquisadora e enfermeira, pesquisadora e seus pares, narradora e seu leitor ou ouvinte. Ainda que escrito em primeira pessoa, o narrar traz o individual e o coletivo. Assim como é sustentado pela associação livre, no interjogo transferencial e contratransferencial, pelo trânsito no intersubjetivo, na permanência da pesquisadora no processo de brincar com o material, mantendo o espaço transicional, quase como quem conta um sonho, expressando o que ficou marcado no mundo mental da pesquisadora após a experiência (GRANATO; AIELLO-VAISBERG, 2004).

Percebe-se que não há pretensão de validação estatística, pois considerando o caráter qualitativo e o tamanho da amostra, não se permite tal proceder. Trata-se de outra questão: conteúdos latentes, fantasias e ambivalências dessas mulheres enfermeiras.

Buscou-se o valor exemplar, as correspondências e diferenças existentes que podem servir como guia para a percepção de algo equivalente no trabalho clínico, no trabalho com a saúde do trabalhador, no cuidado com aquelas que cuidam profissionalmente, na saúde pública.

Sendo assim, a abordagem narrativa busca compartilhar o sentido emocional diretamente com nosso – pesquisadores - universo psíquico, com as influências sócio-culturais e históricas - que tecem uma trama à qual pertencemos.

4.2.6 Procedimentos de coleta

Em conformidade com as leis éticas estabelecidas para a investigação científica com

seres humanos, a pesquisa que deu origem à essa tese foi submetida à Plataforma Brasil (Sistema CEP/CONEP) para avaliação e aprovação dentro das Normas Éticas para que se dê início aos procedimentos de coleta de dados junto às profissionais da equipe de enfermagem.

Deste modo a pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de um município do interior de São Paulo, e a partir do contato com quatro (04) enfermeiras deu-se início aos trabalhos de levantamento de dados.

No encontro com as enfermeiras, foi lido e discutido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) garantindo a ciência das participantes, de que tudo o que for conversado no procedimento de coleta de dados será gravado em gravador de voz e utilizado na pesquisa, para que o registro seja fiel às expressões das participantes e todo cuidado será tomado para preservar a privacidade, a identidade e a confidencialidade das informações.

Também ficou claro o direito das trabalhadoras de não quererem participar desse estudo ou desistirem de participar do mesmo, a qualquer momento, sem punição alguma ou prejuízo. Também ficará claro que a participação na pesquisa não gerará ganhos financeiros às participantes, assim como, pretende-se realizar a coleta nos próprios locais de trabalho para que as mesmas não tenham gastos com a participação.

No convite para a participação da pesquisa e esclarecimento do TCLE, também ficou determinado que será realizada assistência às participantes, caso a coleta de dados, pelo uso do teste projeto e entrevista semi-dirigida cause danos diretos ou indiretos, uma vez que em função da pesquisa, as enfermeiras participantes entraram em contato com conteúdos de sua infância, relações, afetos e reflexões sobre o processo de trabalho. Em caso de necessidade ficou pactuada a completa assistência, desde que o(s) pesquisador(es) seja(m) contactado(s) no período(s) que vai do primeiro encontro para a pesquisa até um ano após sua realização, em caso de dúvidas ou para saber sobre os resultados.

Pretendemos ainda, utilizar os estudos como base para a proposição de estratégias de apoio à saúde das enfermeiras de toda a região compreendida pelo CEREST Regional Marília como forma de reverter às participantes os benefícios advindos deste trabalho.

Após a assinatura do TCLE, era iniciada a coleta de dados da pesquisa, que durava cerca de uma hora. Onde ocorria a aplicação do Procedimento Desenho-Estória com tema, de Aiello-Vaisberg e entrevista semi-dirigida; que versam sobre os cuidados na história de vida, a escolha profissional e o cuidado profissional. Os encontros aconteciam durante aproximadamente uma hora.

5. RESULTADOS

As entrevistas foram realizadas utilizando-se do contorno da transferência e da psicanálise como método de pesquisa, e com aporte teórico freudiano e principalmente winnicottiano, conforme citado anteriormente, para compreender conteúdos inconscientes vivenciados pelas enfermeiras em sua atividade laboral. Quando às questões psicossociais relacionadas ao trabalho é a teoria de Dejours que embasa nossa análise.

A seguir constam as quatro entrevistas realizadas. Todas seguem o mesmo padrão de apresentação, iniciam com os desenhos Desenho-Estória Tema 1: "Desenhe você cuidando de seus pacientes" e Desenho-Estória com Tema 2: "Desenhe você sendo cuidada, na infância ou no passado."

- I. Breve descrição da entrevista.
- II. Breve descrição da enfermeira entrevistada, com nome e idade fictícios para preservar sua identidade.
- III. Narrativa psicanalítica do encontro.
- IV. Análise formal do procedimento Desenho-Estória com Tema com a análise formal dos desenhos de acordo com Buck (2003) e Trinca (1997).
- V. Análise dos conteúdos (não) verbais.

As entrevistas ocorreram na ordem em que foram apresentadas nos resultados e seguem os níveis de complexidade do cuidado no SUS. Foram entrevistadas duas enfermeiras da Atenção Básica, uma enfermeira integrante da Atenção Secundária e uma enfermeira de nível Terciário.

ANA

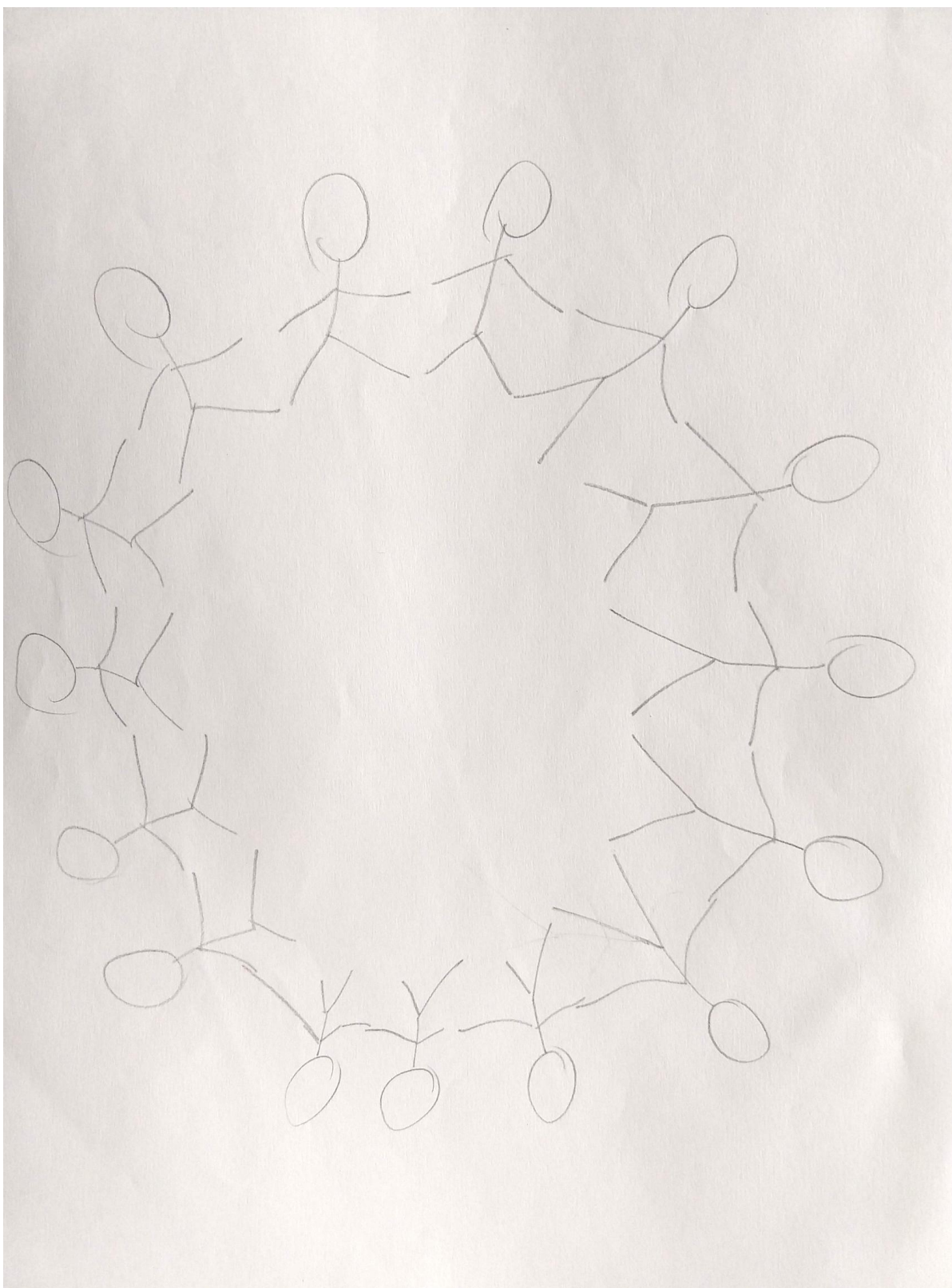


Figura 2: Desenho 1 de Ana "Troca"

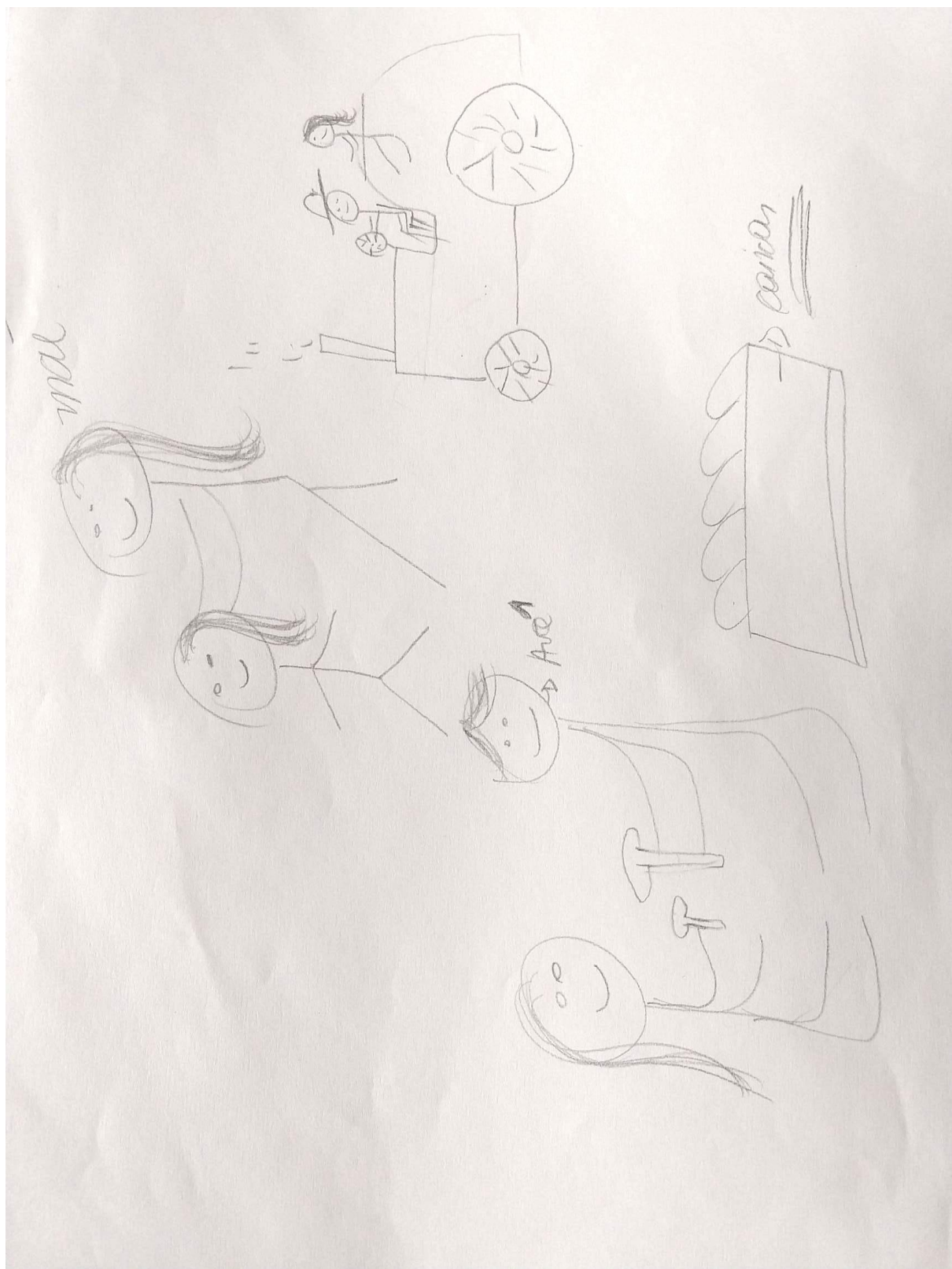


Figura 3: Desenho 2 de Ana "Família"

5.1 ENTREVISTA 1 - ANA

Viver não é necessário; o que é necessário é criar. Não conto gozar a minha vida; nem em gozá-la penso. Só quero torná-la grande, ainda que para isso tenha de ser o meu corpo e a minha alma a lenha desse fogo (Fernando Pessoa, 2004).

5.1.1 Breve descrição da entrevistada

Ana, tem 40 anos e trabalha em uma Unidade de Saúde da Família mas pensa em novos desafios na saúde pública.

5.1.2 Narrativa Psicanalítica do encontro com Ana

A ideia da pesquisa foi ir até o ambiente de trabalho das enfermeiras e a partir do Desenho-Estória com Tema, fazer um convite criativo às enfermeiras para pensar em cuidado: o atual e o passado. Como em um jogo do rabisco, criamos juntas a possibilidade de conversar sobre afetos e retomar memórias e o encontro com Ana fora muito potente. Seu nome e sobrenome é trabalho. E ir até a Unidade de Saúde da Família (USF) onde ela trabalha reforçou a ideia dessa filiação ao trabalho.

Ela é uma referência em saúde no município, uma boa enfermeira no conceito dos profissionais com quem trabalha e para a população de seu território. Ana é uma TRABALHADORA. Não se reconhece no mundo, senão por esta via. Já havia visto Ana em outras oportunidades, mas este encontro foi, sem dúvida, diferente.

Quando solicito que fizesse os desenhos, um em seguida do outro, percebo que ela os faz rapidamente, desenhando-os sem colorir e referindo que prefere conversar do que desenhar, porque gosta muito de falar.

Traços fortes constroem o desenho e anunciam que a entrevista será um diálogo cheio de intensidades. Surge no papel a tarefa solicitada, tal como, quando é solicitada a realizar atividades de enfermagem na unidade: há uma auto-exigência na busca por resolutividade e agilidade em suas ações e com o desenho não foi diferente. É perceptível que para Ana tarefa dada é rapidamente cumprida. Mas não é só isso, Ana

conta o que irá desenhar e os significados de seus desenhos, como se conferisse comigo o que está fazendo.

Ao desenhar vai me contando que a Atenção Básica (AB) nos faz importantes, e que ela se vê como família da comunidade, por isso desenha um círculo feito de pessoas, composto pela comunidade e sua equipe, referindo-se ao grupo de trabalho como sua família e que sem eles não faz nada.

Ana me conta também que há dias em que se cansa do trabalho, mas quando olha a dura realidade dos pacientes que atende, não se dá o direito de se sentir cansada.

Peço então que me faça o segundo desenho: Desenhe você sendo cuidada em algum momento da sua vida. Ana começa a desenhar e me diz que o desenho ficará infantilizado, talvez por ele ser realmente sobre seus momentos iniciais de vida e não só pelo traçado.

Ela inicia o desenho e no silêncio da sala, ouço a ponta do lápis desenhando, com força. Ela para, olha o desenho, corrige o traço e então nascem vários desenhos. Para, olha de novo a folha, gira o sulfite, retorna-o na posição anterior e continua a traçar, criticando que aquilo não poderia ser o desenho de uma enfermeira!

Quando peço para que ela me conte uma história sobre o desenho, me pede um tempo fazendo um gesto com a mão e chora. Respondo que está tudo bem, assentindo com a cabeça. Ana respira fundo e responde: Vamos lá!

Conta que teve uma família muito estruturada. Pai, mãe e foi criada no sítio do avô e teve muita proximidade com ele. Refere que os pais trabalhavam muito e que isso lhe ensinou o valor do trabalho. Conta que a mãe ficava pouco com as filhas pois trabalhava muito, mas quando estava presente, era muito carinhosa, e quando não era carinhosa de fato, imprimia carinho nas roupas que fazia, pois era costureira, e nos cuidados com as filhas. O pai também trabalhava muito ajudando o avô de Ana. Por isso ir para a roça com ele, ou viajar para buscar insumos para o sítio era comum. No período da noite, a família se reunia no sofá para ficar junto.

É então que Ana começa a contar sobre a principal figura de seu desenho e de sua infância: o avô. O avô era proprietário do sítio, e Ana estava sempre com ele. Para ele, o trabalho dignifica o homem, e estar com o avô não era vivenciar momentos de lazer, estar com ele, era estar junto e trabalhando muito!

Ana me conta que quando criticam o trabalho infantil ela pensa que para ela foi bom. Observo que trabalhar com o avô no sítio ou com os pais era o momento de troca que vivia com eles. Não era só trabalho para Ana era o momento de troca de afeto.

Mostra-me, no desenho, ela e o avô fazendo caixas de madeira para manga, porque o sítio exportava mangas para a Argentina. Ela conta que o avô iniciava o fundo e laterais mais grossas da caixa e ela, a irmã e primos, faziam as laterais mais finas e delicadas. Foi o avô que lhes ensinou a fazer as caixas, mesmo sendo deficiente visual.

Ana me explica que o avô dizia que para poder dizer aos trabalhadores do sítio o que fazer, era necessário saber fazer primeiro. E esse é apenas um dos aprendizados que Ana leva consigo para suas atividades profissionais, pois acredita ser importante que ela seja o exemplo para os profissionais de sua unidade.

Esse clima de família estendida, com pais, avós, primos, funcionários do sítio, que também eram muito próximos é uma grande memória afetiva para Ana, e ela lamenta que isso tenha ocorrido por poucos anos, pois sua família se mudou do sítio e muitos trabalhadores deixaram a vida no campo, porque o pequeno agricultor passou a não ser valorizado pelo governo, segundo ela.

Então questiono por que ela chorou antes de desenhar. Ana me conta que perdeu o avô há pouco tempo. Que ele era uma boa pessoa, mas muito rígido, como reflexo de sua criação italiana. Que veio para o Brasil na Segunda Guerra e durante o tempo em que viveu, administrou tudo o que tinha, centralizando em si toda a responsabilidade pelo sítio e por toda a família. E lamenta que o avô tenha morrido de um modo que não merecia e após presenciar - e ser vítima de - conflitos familiares entre os filhos.

Refere que o avô dividiu o patrimônio familiar entre os filhos e quando precisou de respaldo financeiro não recebeu. Observo nos relatos de Ana que o avô embora tivesse uma boa renda financeira com o sítio, não pagava os filhos com salários, era ele quem administrava tudo, inclusive determinava o que deveria ser comprado pelos filhos no mercado, por exemplo. Embora o sítio fosse bem sucedido, todos viviam de modo muito simples.

Um exemplo disso é a compra da boneca de Ana para que ela e a irmã tivessem uma boneca, Ana trabalhou nas lavouras vizinhas.

Ana foi cuidar do avô quando seu estado de saúde se agravou. Fez tudo o que lhe foi possível, mas sofre em pensar que os filhos poderiam ter feito muito mais pelo pai

que os criou. A marca do conflito familiar que deixou seu avô em desamparo é angustiante para ela .

Ela diz que os pais tentam reunir a família, mas nada é como antes. Quando a escuto falando penso que as famílias mudam, se reorganizam, e que isso é natural. Mas se queixa mesmo é do fato de que sente que o avô foi enganado pelos filhos, por conta de dinheiro.

Observo ainda que o grande conflito tem relação com o fato de que alguns integrantes da família, não desejam mais trabalhar, apenas viver com a renda recebida como herança do avô e que uma das motivações para o conflito é a agressividade dos filhos em relação ao pai, pelo modo como administrou os bens familiares, determinando uma vida simples a todos, ainda que tivessem um grande patrimônio. E isso, para Ana é inadmissível. Pois seu núcleo familiar, pais e irmã, continuam trabalhando muito e vivendo uma vida simples, conforme aprenderam com o avô, como forma de manter uma estabilidade financeira.

Ela me conta que por vezes faltam elementos para o trabalho na unidade de saúde e que ela encontra saídas para trabalhar, mesmo assim, pois foi isso que aprendeu com seu avô. O trabalho para Ana é um encontro com o afeto familiar, trabalhar é encontrar acolhimento em suas memórias.

Então pergunto à Ana porque ela decidiu ser enfermeira. Ela me conta que desde os 8 anos de idade dizia que queria ser enfermeira obstétrica, mas observa que não tinha condições financeiras de estudar, mas afirma que quando brincava com sua boneca era pensando em ser enfermeira. O que me chama atenção, Ana não pensava em ser mãe da bebê, pensava em ser enfermeira. Simulava que fazia partos nas brincadeiras... E essa temática apareceu após ficar muito doente e frequentar médicos e hospitais. As infecções constantes de Ana têm relação com o fato de que sua mãe era "tão limpa" e cuidadosa, que até os cinco anos não teve muito contato com terra, mesmo morando em sítio, o que a fazia ter muitas infecções, inclusive candidíase e bronquite, porque não tinha imunidade. Nesses momentos de tratamento ela se sentia muito bem cuidada, o que acha que influenciou sua escolha profissional.

Também me explica que se fosse para eleger uma memória de cuidado e quem estaria nessa memória, me diz que o pai, a mãe, a avó por parte de mãe, que são suas figuras de cuidado. E que quando ficava doente eles podiam ser mais cuidadosos com

ela, como não eram por conta do trabalho. Mas em termos de proximidade afetiva, o pai era mais próximo que a mãe.

Questiono se o momento do adoecimento dela era o tempo de receber e ela concorda.

Mas a vida profissional se iniciou no comércio dos pais, que aliás são comerciantes até hoje, e recebem a ajuda de Ana que aos fins de semana, viaja para a cidade para ajudá-los no trabalho com a horta.

Ao trabalhar no comércio, Ana sempre traçava objetivos e aos 19 anos veio para o atual município para estudar, pagando sua própria faculdade, que na época era Psicologia. Coursou um ano, mas mudou de ideia, buscou pela enfermagem, e trabalhando no comércio pagou sua faculdade, provando para os pais que conseguiria conquistar todos os seus objetivos. Ana me conta que sempre teve que provar que conseguiria.

No curso de enfermagem, se apaixonou pela profissão, mas me conta que também traz em si a paixão pelo comércio e ainda terá um comércio pois não irá se aposentar como enfermeira.

Mas me responde que ama ser enfermeira, quando lhe pergunto sobre como é ser enfermeira. Fala que é uma profissão cansativa e desgastante, mas vale o carinho pelos pacientes. Conta que nunca quis ser enfermeira hospitalar: "*[...] sempre quis atenção básica, eu nunca quis área hospitalar, porque eu nunca quis ser secretária de médico, e eu tenho muito potencial como enfermeira, eu não quero ser uma simples enfermeira de hospital que obedece ordem do médico só pra fazer um curativo, ou pra fazer aquele cuidado que o médico prescreve, a gente tem muito potencial para ser mais do que aquilo que a gente pensa. Pra mim área hospitalar é uma área que eu não gosto, que eu não quero e se um dia eu tiver que trabalhar vai ser por uma necessidade muito financeira, mas por escolha, não!*"

Também me conta que ama ser enfermeira, embora seja desgastante. Mas o que vale é o carinho dos pacientes. Muito embora, atualmente acredite que sua potencialidade de trocas profissionais na AB já se esgotou e deseja novos desafios, mas agora na gestão; já foi convidada para o cargo, mas por algum motivo, que ela não sabe, não deu certo. Na possibilidade de sair da unidade de saúde, pediu outra profissional com o mesmo perfil que ela, porque a população tem necessidade de atenção.

Ana é uma enfermeira empoderada. Acredita na força de sua profissão em complementaridade às demais, não compreende que a medicina está acima da enfermagem, pensa em horizontalidade. Conta um caso onde articulou diversas ações e equipes para cuidar de um paciente de sua área, que estava sendo tratado, inadequadamente, na rede hospitalar. Entreviui, orientou, e hoje tem um vínculo ainda mais forte do que tinha com a família. Conta-me que na maior parte de sua vida profissional viveu sentimentos positivos, mesmo em meio ao cansaço.

Falando sobre cuidado, como você se cuida? E ela responde que está bem relaxada atualmente, concordando comigo que a parte da enfermeira cuidadora é para os outros. E que de si mesmo, cuida pouco. Explica que fez uma cirurgia recentemente e que por conta da dor, parou de caminhar, tornando-se acomodada.

Quando caminhava, Ana acordava às quatro e meia da manhã para caminhar e depois ia trabalhar. Quase uma rotina de roça! - Pontuei. E ela sorriu dizendo que é do dia.

Conta ainda que a saúde também não lhe possibilitou ser mãe, e concluímos que ela tem muitos filhos, de diferentes idades, pela comunidade. Conta que é cuidada pelo marido que é muito carinhoso com ela, fazendo tudo o que pode, e até enviando flores, quando ela se entristece.

Relata que acorda muito cedo, até nos fins de semana, quando ajuda o pai na horta em outra cidade, e me explica, que o trabalho na horta, causa-lhe cansaço físico, mas deixa-a com a mente leve. Já o trabalho na unidade é o inverso. O corpo não se cansa, mas a mente se sobrecarrega. Especialmente em dias que chegam casos "pesados" que a angustiam.

Pergunto se é esse tipo de situação que a leva a pensar em trabalhar com comércio. Ela responde que não, que pensa em comércio porque desde criança, vendia as roupinhas de criança que a mãe costurava pela vizinhança e me conta das trocas sociais, com os colonos japoneses da região do sítio do avô. Saía com as roupas em uma sacola, pela manhã, e à noite retornava com tudo vendido e a sacola vazia, e que essa era sua maior felicidade. Conseguir vender o que a mãe produzia, para terem dinheiro e comprar aquilo que o avô não permitia. Quando a mãe não podia mais costurar, fazia sonhos para vender e Ana esgotava os sonhos, vendendo todos. E assim, ia driblando a vida difícil que levavam.

Aponto que esse aprendizado foi útil para o trabalho na Atenção Básica, seja compreendendo as dificuldades do paciente, seja fazendo muito com o pouco que há na unidade de saúde e ela concorda dizendo que se tem o básico dá pra fazer; pergunto ainda se o passado também a capacitou para a experiência em gestão e ela afirma que sim.

Até mesmo as expressões que sugerem a vida em comunidade/coletividade: Todo mundo ia viajar junto, todo mundo almoçava junto, meu avô cuidava de todo mundo. E ela sorri dizendo que sim, que tem noção de coletivo desde sempre e que a mãe era o "para raio" da família, ouvindo e resolvendo o problema de todos, e que isso lhe garantiu o cargo de "bruxa da família", porque é considerada ruim.

E como se não bastassem todas as histórias do avô Ana me conta ainda que ele fazia toda a gestão financeira sem calculadora; eram milhares de cálculos mentais, anotados em cadernos, bem como, várias estratégias para qualificar as mangas exportadas. E durante as atividades, ia também tomando tabuada das crianças, de Ana e ensinando matemática ou outros conteúdos. Tal experiência, marcou-a, e hoje se falta, na unidade, um produto (na unidade) que pode ser substituído por outro, Ana já aponta para a equipe uma saída para a resolução do problema. Não ter os materiais plenamente adequados para uma atividade não é motivo para não adaptarem os materiais e continuarem trabalhando.

E me explica que só não apoia o paciente quando a ação não lhe é permitida. E que explica aos pacientes: já fiz tudo o que podia por vocês. E ainda que eles fiquem bravos, ela tem a certeza de que hora ou outra, irão entender e dizem pra outros profissionais: 'Olha, minha enfermeira já fez isso, e isso, e isso, agora ela não consegue mais.' Depois eles vêm e agradecem.

Ana também me agradece pela conversa. Saio de lá com a sensação de ter conhecido alguém com uma força de ação muito diferente. Quando ouço Ana percebo uma potência de vida talhada pelas dificuldades e frustrações, que me faz acreditar que muito se é possível na Atenção Básica, ainda que seja um lugar de muitas dificuldades. Mas sinto que todo o trabalho de Ana só foi possível, pelo modo como viveu toda sua infância e juventude até que encontrasse sua unidade de saúde.

5.1.3 Análise formal do procedimento Desenho-Estória com Tema

Os desenhos de Ana foram identificados como "Troca" (desenho 1) e como "Família" (desenho 2).

Em relação aos aspectos formais do desenho, analisando a perspectiva destes, Ana os desenhou de modo centralizado, usando grande parte do espaço da folha, atitude que sugere estabilidade e uma racionalidade que preza pela satisfação intelectual à emocional, como modo de lidar com a ansiedade e insegurança, seja nas questões profissionais, seja nas questões familiares.

O primeiro desenho, apresenta diversas pessoas, algumas de mãos dadas e outras não, algumas "partilhando" do mesmo pé, com uma denotação de união, mas com alguns pontos de quebra dessa união, como é próprio de qualquer equipe de trabalho: a inconstância das relações.

Mas ao observarmos detalhadamente o desenho do cuidado no passado, onde Ana retrata sua família, ela desenha uma composição com três situações "setorizadas" na folha.

Um desenho, retrata a interação dela com o avô, fazendo as caixas, com martelos, posicionado à esquerda da folha, o que nos possibilita interpretar que nos aspectos da relação com avô, Ana apresenta uma tendência à satisfação emocional, e uma preocupação com o passado. Característica que é percebida na entrevista, que é guiada na maior parte do tempo pelas histórias do passado distante e recente, com a presença do avô.

A relação com a mãe é retratada na parte central da folha, denotando um comportamento estável de Ana, mas controlado de modo rígido, através da busca pela satisfação intelectual para compensar suas inseguranças e o desenho do pai, a expressão de preocupação com o futuro, e com aqueles que estão em seu ambiente e um olhar para o futuro. Interessante perceber que Ana parece nos apresentar que cada uma de suas características pessoais, fora aprendida da experiência de relação com seu ambiente, e se expressa em seu modo de estar no mundo e de lidar com o seu trabalho e com suas questões emocionais.

Os desenhos são simétricos demonstrando equilíbrio adaptativo, utilizando o espaço gráfico para o traçado, que era feito acompanhado de relatos que o explicavam, como se fosse urgente falar tudo o que os temas mobilizavam nela.

A escolha por não colorir os desenhos, aponta para um certo retraimento, mas também para uma necessidade de execução rápida da tarefa - que pode resultar do trabalho desenvolvido na AB, bem como da própria personalidade - pelo desejo de falar o que lhe promove um alívio.

Ainda sobre o primeiro desenho de Ana, ele expressa através de metáforas e/ou simbolicamente, como ela compreende o cuidado profissional que desenvolve. O cuidado para ela, hoje e desde sempre só é possível em comunidade, em coletividade, em grupo. Ela não se entende senão em relação com outras pessoas e expressa isso com sua criatividade, desenhando uma roda de pessoas, que parece um círculo, uma estrela ou uma mandala.

Remete ao conceito winnicottiano (1975) da importância do ambiente para o desenvolvimento do cuidado, seja o ambiente materno que nutre o bebê física e sensivelmente, seja o ambiente em torno da mãe para que ela possa cuidar do bebê, seja pelo fato de que as relações do ambiente nos fazem existir. Quando Ana olha e quando é vista, isso outorga-lhe existência.

Existência esta, que ocorre no/pelo trabalho, conforme apresentado no segundo desenho, dos cuidados na infância, que simboliza os vínculos familiares atravessados pelo exercício laboral. Não há trocas sem trabalho, refere Ana em um momento da conversa. O cuidado com ela ocorre apenas quando o medo pelo adoecimento marca sua importância e visibilidade; modo de existir inscrito na vida de Ana que através de seu trabalho se vincula e é acolhida e reconhecida, no único espaço onde foi possível ser cuidada de modo afetivo e expresso em sua história: em um espaço de saúde.

As histórias contadas se adequam às temáticas propostas.

Quanto às figuras significativas nos desenhos, no primeiro desenho não é possível identificar quem é Ana, não há uma figura que seja mais significativa do que o próprio grupo de pessoas ou o desenho que expõe esse coletivo. Exatamente o conceito de Ana que acredita que seu trabalho só é possível quando em grupo e que embora ela seja uma referência, e trabalhe para ser uma referência, relata que não quer ser vista desse modo.

No segundo desenho, as relações familiares são apresentadas, e embora o conteúdo das narrativas seja de dificuldades financeiras e muito esforço, Ana age com as histórias contadas como age em relação à vida, as dificuldades a desafiam a agir sobre

seu ambiente. Tudo isso é acompanhado de uma racionalidade que lhe permite transformar as dificuldades do passado em potencialidades no presente.

Considerando-se as histórias, identifica-se um impulso criativo em ambas. Assim como racionalização e idealização, através das quais Ana justifica e lida com as dificuldades de seu ambiente profissional e familiar.

5.1.4 Análise do conteúdo (não) verbal

Considerando-se o objetivo geral e os objetivos específicos do presente trabalho, é possível perceber que Ana aponta em sua história de vida que os cuidados vivenciados foram fundamentais para se tornar quem é, mas também consegue identificar as falhas do cuidado que vivenciou, e procura elaborar e até mesmo racionalizar o que identifica como falho e ressalta o que foi bom.

Refere por exemplo que a mãe era muito rígida com organização e limpeza, fazendo-a adoecer quando criança por excesso de limpeza. Relata também que a mãe não fora afetiva, mas que ao modo dela, em um cuidado mais prático, com a casa, com as filhas e ao arrumar os cabelos de Ana por exemplo, demonstrava seu carinho.

Identificamos que Ana se refere à contribuição materna, que ficou registrada em seu mundo inconsciente, como o período denominado por Winnicott (1963) de **dependência absoluta**. Observa-se que a mãe foi capaz de contribuir com **holding e handling**.

Características notáveis na atuação profissional de Ana, que escolhe simbolicamente uma profissão relacionada ao cuidado, à maternagem, à atenção e ao cuidado com o próximo. Condição que (se) realiza com êxito pela condição adquirida com os cuidados de uma família que possibilitaram o desenvolvimento de Ana e que são reproduzidos no cuidado e envolvimento com os pacientes.

Essa situação reitera o exposto por Winnicott (1963) que afirma que a preocupação com o outro, tem suas raízes no desenvolvimento do envolvimento que a criança experiencia desde a infância na relação com sua família, em especial com a mãe. Os cuidados adequados possibilitam que se construa algo bom pelo outro. Não é possível cuidar do outro se não tenho referências de cuidado e se não há algo bom estabelecido dentro de mim.

Ana viveu em uma família que lhe ofereceu *holding*. Assim como a sensação de proteção proporcionada pela figura do pai e, especialmente, pela figura do avô permitiram a internalização desta segurança, o que possibilita a ela transitar com segurança pela condição de trabalho, na vida independente e autônoma que leva.

Além disso, a postura dedicada e cuidadosa da mãe, nos mínimos detalhes, a presença do pai e a figura severa do avô, se expressam na postura expressa por Ana hoje e que a faz garantir dedicação, cuidado, presença implicada, continência e segurança a sua equipe e aos seus pacientes.

Quanto aos desenhos realizados durante a entrevista, no primeiro desenho, Ana representa o cuidado, através de um círculo (ou ciranda) com toda sua equipe de mãos dadas, referindo que o cuidado se faz em conjunto, em uma USF (vide desenho 1) .

Noto que a forma como se refere à equipe é semelhante às referências que faz sobre a fazenda do avô onde "era todo mundo junto": família e funcionários. As estratégias de gerência do avô, a forma como agregava os que com ele trabalhavam, familiares ou não, e o posicionamento como referência é muito marcante para Ana e é a forma como ela conduz sua unidade.

No segundo desenho, onde Ana representa os cuidados da infância, o trabalho é o elo de ligação familiar. Uma família que vivia trocas, afetos, conversas e algumas brincadeiras - ainda que poucas - tudo acontecia, tendo o trabalho como espaço de garantia de **transmissão** de um valor familiar: o esforço para fazer muito com o pouco que se tem (vide desenho 2).

Se o amadurecimento de qualquer indivíduo, para Winnicott, depende de pessoas reais e cuidados reais que favoreçam a tendência inata ao desenvolvimento e à individuação, cabe à relação mãe-bebê dar sentido às experiências vivenciadas para que integrem seu mundo subjetivo. À mãe, após nove meses de gestação e pela sensibilidade garantida pela preocupação materna primária, proporcionar um ambiente que possibilite ao bebê criar a ilusão de que criou o mundo, que o controla vivendo sua onipotência, para então ser gradualmente frustrado para encontrar-se com um mundo externo a ele, repleto de relações a serem estabelecidas e reconhecer-se em si mesmo, no seu mundo interno.

Ao pai, neste período inicial, cabe a sustentação de um ambiente suficientemente bom, cuidando da dupla mãe-bebê, possibilitando que fiquem juntos enquanto isso for fundamental; cabe ainda o papel de mãe substituta, em que o bebê vivencia os cuidados

paternos percebendo-o como uma mãe diferente, mais severa, até que gradualmente o bebê o perceba como uma terceira pessoa propriamente dita.

E embora o pai de Ana seja citado é outra figura paterna quem marca a singularidade dela: o avô.

O avô paterno é o símbolo de lei, temido e respeitado, é chão e certeza para toda a família e demais trabalhadores da fazenda onde viviam. Ele era um homem real no exercício de ações concretas de proteção, de sustentação das relações familiares e presente no convívio com as crianças. O avô "batia o pé com firmeza", como expresso por Winnicott em seu texto "O que te irrita?" e assim tornou-se significativo para Ana, uma vez que essa intransigência só fora colocada em prática, quando pela sua presença, o avô teve esse direito, o que marca profundamente o mundo mental da enfermeira.

Observamos que a vida familiar de Ana faz dela uma adulta dedicada, com certa rigidez em seus princípios, tal como o contorno rígido proporcionado pelo avô.

E ainda que a morte do avô impeça a convivência entre eles, permanece a condição afirmada por Winnicott (1960, p. 134):

A criança pode ter-se afastado dos pais na vida e na fantasia consciente, e pode ter tirado proveito disso. Não obstante, o inconsciente sempre retém o caminho de volta aos pais. Na fantasia inconsciente da criança, toda demanda remete-se fundamentalmente ao pai e à mãe. [...] o afastamento só se dá em relação à figura externa dos pais.

Pois as figuras materna e paterna (onde estão inclusos pai e avô) influenciam o modelo de assistência executado por Ana, em sua unidade de saúde.

Marca expressa, especialmente no esforço para fazer muito com o pouco que se tem, pois Ana viveu isso durante toda a vida que compartilhou com pais e avô, com hábitos simples, e isso se repete no movimento diário de transposição de limites. Na lacuna proporcionada pela falta de material, a saída de criar uma estratégia. Neste ponto, Winnicott e Dejours se encontram; para ambos, a criatividade é um exercício fundamental para a saúde mental.

Para Winnicott (1986/2005, p. 28), a noção de criatividade não está relacionada à criatividade artística ou da obra de arte, para ele, para "[...] uma existência criativa não precisamos de nenhum talento especial. Trata-se de uma necessidade universal, de uma experiência universal".

Para ser criativa, uma pessoa tem que existir, existir como uma posição básica a partir da qual irá operar. Relaciona-se ao sentimento de estar vivo, à capacidade de viver e à participação ativa na vida (WINNICOTT, 1986/2005).

A criatividade tem sua origem na tendência que todo bebê possui ao desenvolvimento e se relaciona às diversas fases do crescimento; está na integração, na apresentação dos objetos, no contato com o mundo externo e nas relações estabelecidas com os outros seres. É uma experiência com a qual um ambiente cuidador - uma mãe suficientemente boa - lança as bases para o desenvolvimento do *self*. E ainda que o indivíduo tenha estabelecido um falso *self*, há dentro dele, um lugar para uma vida satisfatória e de qualidade. (WINNICOTT, 1986/2005)

A experiência criativa é

[...] a manutenção, através da vida, de algo que pertence à experiência infantil: a capacidade de criar o mundo. Para o bebê, isso não é difícil; se a mãe for capaz de se adaptar às necessidades do bebê, ele não vai perceber o fato de que o mundo [...] no entanto o princípio da realidade embora ruim, com o passar do tempo exige que a criança adquira mecanismos mentais para lidar com essa afronta (WINNICOTT, 1986, p. 25).

Pois, para Winnicott, o princípio de realidade é isso: uma afronta, afronta esta que pode ser absorvida, processo em que a criatividade colabora.

Assim, a criatividade se relaciona ao sentimento de que a vida vale a pena ser vivida, e é própria da expressão "ser" que se estabelece antes do "fazer". Para Winnicott (1986, p. 23) "[...] quando a palavra "fazer" pode ser usada com propriedade, já existe criatividade."

Mas, viver no princípio da realidade de modo criativo, não exclui sentimentos como medo, dúvidas, frustrações, mas é fundamental que ainda que em meio a sentimentos difíceis, homem ou mulher se sintam responsáveis por si, em sua independência e autonomia.

Para Ana o princípio da realidade se apresentou prematuramente, o brincar e o trabalho se fundiam e também por isso a única forma de ser, de fazer e viver é trabalhando. Esse ambiente, tornou-a madura cedo, desde a infância trabalhou e suas fantasias, ou alegrias se faziam no exercício na fazenda ou nas vendas, no ato de "fazer".

Porém essa exigência prematura, de um processo de desenvolvimento que exige um amadurecimento breve e impede o brincar descompromissado e a fantasia, nos

sugerem uma configuração de falso *self*, que se adequou plenamente à tarefa executada na atividade profissional, onde, de algum modo Ana busca reparar as dificuldades vivenciadas em seus vínculos familiares e em sua história, através do trabalho que executa.

SOFIA

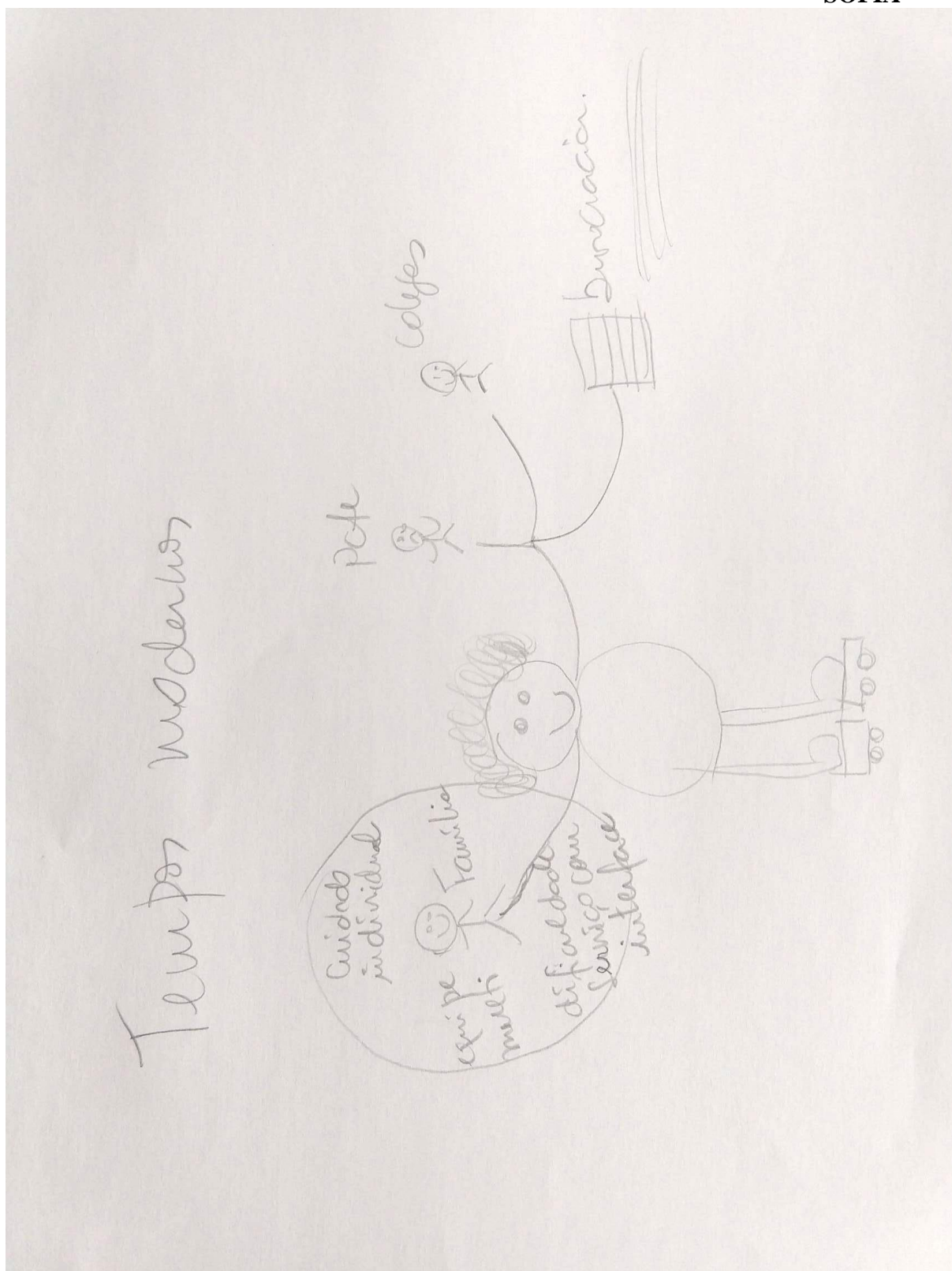


Figura 4: Desenho 1 de Sofia "Tempos Modernos"

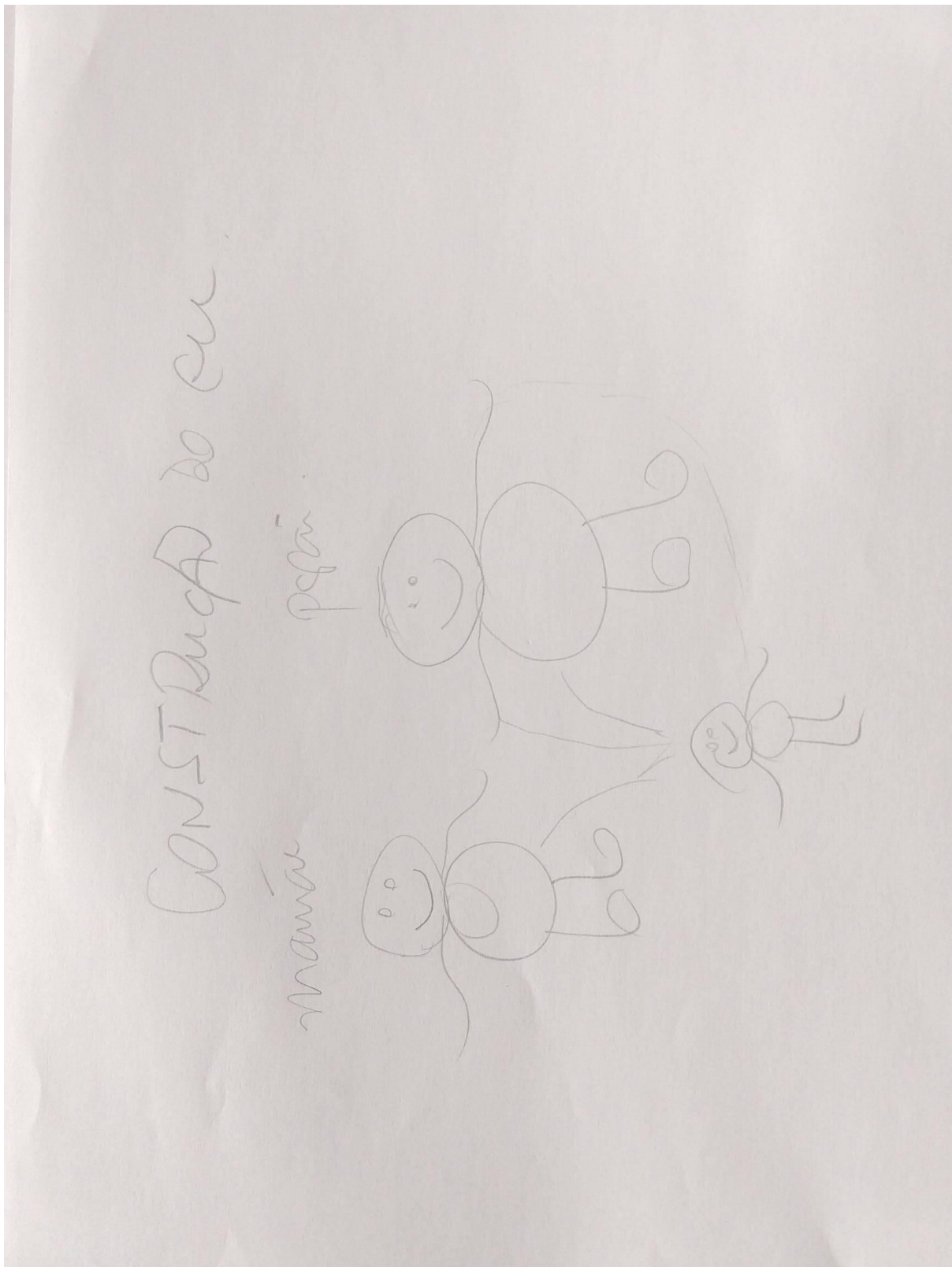


Figura 5: Desenho 2 de Sofia "Construção do Eu"

5.2 ENTREVISTA 2 - SOFIA

Minha mãe cozinhava exatamente: Arroz, feijão-roxinho, molho de batatinhas. Mas cantava.
(Adélia Prado, 2012)

5.2.1 Breve descrição da entrevistada

Sofia., 45 anos, trabalha como enfermeira Unidade de Saúde da Família (USF).

5.2.2 Narrativa Psicanalítica do encontro com Sofia

Encontrei Sofia em uma unidade de saúde, por outras demandas, comentei com ela sobre a pesquisa e ela imediatamente aceitou participar. Minha preocupação, inicialmente, era que eu estivesse sendo inoportuna, uma vez que não a encontrava exclusivamente para a pesquisa, como ocorreu na entrevista de Ana. Mas, conforme a entrevista foi acontecendo, percebi a importância deste momento para mim - enquanto pesquisadora e enquanto pessoa - e para ela, que teve a oportunidade de ser ouvida.

Sofia é enfermeira, há muitos anos, na rede de atenção primária pública. Nestes muitos anos, atua como continente para muitas pessoas, e isso se manifesta em seu primeiro desenho, cujo tema era: "Desenhe você cuidando".

Como pode ser observado no desenho, ela se desenha, e no dia da entrevista foi narrando enquanto desenhava, que aquela era ela: com patins, "rodinhas nos pés", cabelos arrepiados, ficando doida, gordinha... E quando desenha um braço com ramificações que sustentam um paciente triste, colega de trabalho sorrindo, um papel escrito representando a burocracia e na outra mão, todos os componentes envolvidos no cuidado com o paciente: o cuidado individual, a família, a equipe multiprofissional e a interface com outros serviços. A esse desenho chama de "Tempos Modernos" como uma referência ao filme do Chaplin em que ele está demasiadamente sobrecarregado em sua função laboral.

Sofia conta que realiza muitas atividades no dia, mas, que a maior dificuldade é lidar com a burocracia e as dificuldades de interface com outros serviços. Ser a enfermeira que faz gestão do nível de atenção que é o ordenador do cuidado em saúde

com o paciente, não é fácil, especialmente quando os demais serviços (ambulatório de especialidades ou laboratórios de exames) não têm capacidade para atender a todas as demandas. Além disso, Sofia não vê função em uma série de documentos que demandam tempo para preencher e que quando não preenchidos não são cobrados, porque não se notou o não preenchimento. Isso a angustia.

Refere que ser enfermeira é bom. Que gosta e tem orgulho do que faz, mas é um trabalho importante e difícil. Nas falas de Sofia percebo que ela materna a todos.

Sofia afirma que para ela, a parte de assistência, no cuidado individual é extremamente prazeroso, porque é um espaço de vinculação. Ela gosta da proximidade com os pacientes, mas isso também a faz sofrer, quando não consegue realizar a assistência que deveria por diversos fatores que independem de sua possibilidade de ação; como por exemplo, quando não há vaga em outros serviços e o paciente precisa de atendimento com urgência. Nesse momento, Sofia refere que nestes casos "o paciente vai junto" com ela para casa, e comenta de um caso recente de um senhor em estado terminal que a preocupou porque ela sabia que os cuidados necessários à sua sobrevivência não seriam obtidos rapidamente pelo ritmo dos processos da rede de saúde.

Quando pergunto sobre como ela se cuida ou é cuidada, Sofia responde rindo, como faz em todas as perguntas que a mobilizam. Disse que os cuidados consigo andam meio esquecidos. E isso me traz duas percepções, ela "materna" a todos, mas não "se pega no colo", e que o relato de Sofia coincide com o relato da outra enfermeira de atenção primária: a Ana.

A forma como Sofia age, dá a todos, inclusive à família, a sensação de que ela não precisa de cuidados e do olhar do outro para ela, o que por vezes lhe faz falta. Na unidade, provê cuidado e atenção a todos, em casa também. Apenas aponta que faz questão de antes de ir trabalhar, se deitar em uma rede no quintal de sua casa - uma chácara - para ficar em silêncio, ver o sol, e "sentir-se rica" naquele momento. Ou então de chegar em casa ao fim do dia, ficar um pouco em silêncio, conversar e brincar com os filhos, assistir filmes para se desligar dos problemas da unidade.

Quando solicito que desenhe, ela sendo cuidada na infância ou em qualquer outro momento da vida, Sofia afirma que o desenho não sairá melhor que o primeiro, expressando sua auto-exigência e então começa a traçar o desenho e narrar... *"Eu, papai e mamãe..."*

No desenho, Sofia traça os pais gordinhos, e ela menos gordinha falando que, quando criança, era menos gordinha do que hoje. No desenho, dos pais, saem traçados, o que me chama atenção é que o traçado que sai da mãe vem da barriga e é entrecortado. O traçado que sai do pai, vem da barriga e de sua mão. Mas ambos os traçados não chegam a ela.

O desenho se relaciona à sua narrativa; Sofia me conta que a ligação com a mãe se deve ao fato de serem mãe e filha, mas não há uma vinculação afetiva; no desenho, percebo que Sofia está ligada à mãe especialmente pelo vínculo biológico, pois veio da barriga dela, tal como o desenho e (que) como o narrado não tem uma ligação afetiva forte ou carinho. Aponta que isso se deve ao fato de que a mãe era uma mulher que amava de modo prático, cuidadosa com detalhes, vestia, alimentava, orientava e cuidava concretamente, mas a afetividade não era vivenciada no convívio com a mãe. O vínculo afetivo era com o pai. De onde partem dois riscos no desenho, um de sua barriga - o vínculo biológico - e outro risco de sua mão - o vínculo construído - do manejo, o vínculo intencional, o investimento.

O pai era o afeto e a leveza, além do vínculo biológico original, mas também não era uma figura muito presente. Na entrevista, Sofia refere sentir a ausência de ambos, a mãe pelo distanciamento que mantinha no cotidiano e o pai, porque embora mais próximo afetivamente, viajava muito a trabalho como caminhoneiro.

Sofia afirma que age diferente com os filhos, abraçando, brincando, dizendo que ama, e que quando o faz, percebe o olhar da mãe, de espanto, sobre essa forma de maternar. Observo que Sofia repara suas vivências e ausências, na relação que estabelece com os filhos.

Quando solicito que ela me conte uma história sobre o desenho, Sofia me conta que, anualmente, iam a uma quermesse bastante tradicional no município; nesta ocasião o pai comprava para ela e para o irmão duas grandes bolas de plástico, coloridas. A espera pela compra da bola durava o ano todo e era uma felicidade. Porém, a mãe, com o intuito de que não quebrassem seus bibelôs ou fizessem bagunça na casa, guardava a bola, durante o restante do ano, no alto do armário do quarto, onde nem Sofia nem o irmão alcançavam. Relata que passavam o ano, olhando para a bola com vontade de brincar, mas quase nunca satisfaziam essa vontade, pois a mãe liberava a bola pouquíssimas vezes no ano, ainda que o pai comprasse a bola todo ano.

Ainda sobre a infância, Sofia me conta que o irmão mais novo fora muito doente, e sempre ficava internado ou fazendo exames. E que ela acompanhava a mãe às consultas e internações, e refere-se a isso chateada, apontando que hospital não é lugar de criança, pois é um espaço tenso e cansativo, além de perceber que a preocupação da mãe era, predominantemente, destinada ao irmão.

Por fim, destaco duas passagens importantes da entrevista e duas figuras de linguagem conclusivas sobre Sofia.

Após o desenho dela com os pais, quando solicito que ela o nomeie, ela o faz como "Construção do Eu", referindo que foi dali que ela veio, e que por aquele desenho que se constituiu, inclusive como enfermeira, porque acredita que buscou ser enfermeira para suprir muitas coisas que não viveu, ou refazer o que viveu desde a infância. Na fala de Sofia percebo que para ela suas vivências se assemelham a camadas de tinta de satisfação e frustração que se sobrepõem. Ora ela elabora a emoção e isso não se fixa, ora o que é elaborado permanece e afeta outras vivências. Ao fim da entrevista, ela liga as vivências da infância com a escolha do trabalho.

Ela identifica ainda, que colocar-se a disposição para transitar entre unidades, quando solicitada, é uma estratégia de defesa pessoal em relação aos vínculos com equipes e pacientes que, se fixos, seriam mais intensos e lhe causariam uma preocupação e um sofrimento maior no dia a dia de trabalho. E, embora mencione que quando solicitada a transitar cada dia seja um novo dia, com nova equipe e que isso seja repetitivo, porque todo dia repete-se o mesmo processo de cumprimentar a todos, de rever o que foi feito e reorganizar a unidade a seu modo, ela ainda prefere esse movimento eventual, do que se mobilizar excessivamente com os acontecimentos, com os usuários e equipe do território da unidade onde estiver.

Quanto à segunda figura de linguagem, Sofia refere que ao fim do dia de trabalho, muitas vezes sente que só ficou a roupa do mergulhador - o escafandro - que fica de pé e se sustenta ainda que não tenha um mergulhador dentro; observo que é pelo fato de se sentir: esvaziada. Sofia opta por não fixar-se pois prefere boiar - como defesa, deixando-se à parte e não mergulhando no problema - do que aprofundar-se no cuidado, com o risco de vincular-se e sofrer.

Concluo o contato com Sofia, com a certeza de que dele, produzimos muito, juntas. Sofia me traz conteúdos difíceis e belos, porque contorna as dificuldades criando. Cria os filhos de outro modo, cria o seu trabalho com diferentes formatos (ora

enfermeira fixa, ora enfermeira substituta), cria sua ação como enfermeira entre o ser vista e o ocultar-se no sistema público de saúde. Mas, principalmente, cria espaços de potência de vida para lidar com a falta deles no trabalho.

5.2.3 Análise formal do procedimento Desenho-Estória com Tema

Os desenhos de Sofia foram identificados como "Tempos Modernos" (desenho 1) e "Construção do Eu" (desenho 2).

Em relação aos aspectos formais do desenho, analisando a perspectiva destes, pode-se observar que Sofia posicionou seus desenhos em centro-esquerda da página, usando também grande parte do espaço da folha de sulfite, atitudes que mesclam rigidez e busca por estabilidade pela satisfação intelectual à emocional, e busca por compensar ansiedade e insegurança, pela localização centralizada, com retraimento, preocupação consigo mesma e o passado, pela localização à esquerda.

Observando cada detalhe no desenho sobre a profissão, a porção do desenho que está localizada à direita da folha, faz referência aos pacientes, colegas de trabalho e burocracia, conteúdos que indicam as preocupações de Sofia com seu ambiente e aqueles que o compõem, assim como uma preocupação com o futuro e adiamento de gratificações, o que lhe causa angústia.

Os conteúdos desenhados à esquerda que sugerem retraimento, preocupação consigo mesma e com o passado se referem a conceitos de uma ação ideal da enfermagem que contempla o cuidado aos pacientes, à família e as interfaces do trabalho, uma articulação que indica a auto-exigência pelos pesares do passado.

No desenho sobre os cuidados na infância, a relação mãe-filha que está localizada no desenho, na porção da folha que marca uma condição mais regredida e conflituosa, com olhares voltados a si, e não à relação, tal como o distanciamento ocorrido no passado, citado na história narrada.

Os desenhos são simétricos o que demonstra equilíbrio adaptativo, utilizando o espaço gráfico para o traçado, que era feito acompanhado de relatos que o explicavam, com senso de humor, especialmente ao tratar das questões do trabalho: são necessários muitos braços e "rodinhas nos pés" para tantas atividades a serem acolhidas em diversos espaços.

A escolha por desenhos monocromáticos, diante da possibilidade de colorir, alude a um retraimento, assim como, uma urgência na execução rápida da tarefa - própria do modo de trabalho dela - e para que possa falar, o que parece ser uma opção que promove um alívio de angústias.

O primeiro desenho de Sofia traz metáforas ricas, para expressar simbolicamente como é seu ato de cuidar profissional. A agilidade e continência necessárias para a realização das diversas atividades é expressa de modo criativo. No segundo desenho dos cuidados na infância também há uma expressão simbólica dos vínculos familiares estabelecidos no cuidar, mas este desenho é composto por menos elementos, o que nos remete às relações objetais estabelecidas de modo mais concreto do que sensível, que viveu na infância. Outro ponto que se observa é que há um círculo desenhado no lugar do peito materno, como se ali houvesse um vazio.

Sofia utiliza-se da criatividade para apresentar-nos sua realidade e, por consequência, lidar com a angústia proporcionada pelas dificuldades e frustrações do cotidiano do trabalho, tal como sugere Winnicott (1963/2008) que a fantasia nos apoia nas vivências de desilusão.

As histórias contadas se adequam às temáticas propostas.

Quanto às figuras significativas nos desenhos, encontramos Sofia como enfermeira, sozinha, tentando lidar - e enlouquecendo, como demonstram os cabelos arrepiados para o alto, para lidar com todos os objetos relacionais existentes no ato de cuidar que desempenha.

No segundo desenho, a relação pai - mãe - filha é apresentada, embora haja um conteúdo triste de não ter acesso ao objeto de desejo da infância: uma bola, e que por consequência pode significar a inacessibilidade à mãe.

Esse raciocínio se deve ao fato de que o brinquedo pode representar a mãe, a tranquilidade que ela oferece, mas que enquanto objeto externo, pode ou não ser acessado; segundo o conteúdo trazido na história de Sofia o objeto materno, assim como a bola, é inacessível. Ainda assim, mesmo com as dificuldades retratadas e em meio a uma clareza e consciência dessas dificuldades e frustrações no cuidado do presente e no cuidado recebido no passado, há um movimento de compreensão e superação dos pontos difíceis relatados.

Considerando-se as histórias, identifica-se impulso criativo em ambas, mais intensa na primeira que na segunda, com prevalência de impulsos amorosos, mesmo

diante de um ambiente que não potencializa a vida e que é espaço de projeção à destrutividade que há em E., como em qualquer indivíduo.

Quanto aos mecanismos de defesa, identifica-se racionalização, pois Sofia pensa, justifica, reconsidera os fatos de seu ambiente de trabalho e as dificuldades vivenciadas em relação aos cuidados na infância; e tanto no presente quanto no passado, transforma - através da sublimação - os impulsos que seriam destrutivos em atividades prazerosas e carinhosas com os filhos, para si mesma e em atitudes de proteção que a preservem no trabalho, como o permanecer na função de enfermeira substituta.

5.2.4 Análise do conteúdo (não) verbal

Ao conversar com Sofia é possível perceber que em seu trabalho com a equipe e com os pacientes ela exerce, inconscientemente, funções maternas. Em seu desenho e relatos sobre como age quando cuida, há referências do exercício de *Holding* (WINNICOTT, 1960/1997), onde ela se adapta às necessidades dos profissionais da equipe, dos pacientes e até mesmo do sistema público de saúde, protegendo-os dos excessos de estímulos, fornecendo-lhes o cuidado para seu amadurecimento, considerando a necessidade e a sensibilidade física e psíquica dos envolvidos no seu trabalho, sejam pacientes ou profissionais.

As suas duas mãos não são suficientes para tanto exercício de continência que precisa realizar. Sua mente, muitas vezes, também não contém tantos fatores a serem considerados no cuidado. E., em sua prática profissional, permite que a angústia de seus pacientes a habite, e a leva consigo para casa, conforme seu relato; e o contato com essa angústia solicita que ela lide com demandas do outro em seu momento mais frágil, sustentando-os, nos diversos sentidos deste termo - como uma mãe.

Não bastasse esse exercício hercúleo de acolher afetiva e concretamente toda uma comunidade e uma equipe de saúde, há ainda as questões próprias do Sistema Único de Saúde, como a burocracia, instaurada com o objetivo de monitorar as ações realizadas, para controle de cobertura de saúde e controle/prevenção de irregulares, mas que em uma condição de infraestrutura frágil, com equipes reduzidas, promove impactos negativos sobre os trabalhadores como é expresso por Sofia. Soma-se a isso, as lacunas no sistema de assistência, seja por ausência de condições de atendimento e insumos ou vagas para encaminhamento, que impedem o exercício do atendimento

integral ao usuário; causando maior tensão àqueles que estão "na ponta" do sistema de saúde: no nível de atenção básica.

Em um ambiente que não sustenta Sofia, tolerar a proximidade com o sofrimento, o desamparo dos pacientes, seus movimentos de integração ou não integração pelo adoecimento e a impotência - provocada por dificuldade de recursos - tornam ainda mais angustiante a experiência de cuidar das enfermeiras (GOMES, PRÓCHNO, 2015).

A experiência de prazer na dinâmica do trabalho, possibilita uma descarga de tensão - energia psíquica - acumulada por necessidades e desconforto do trabalhador; quando a organização/condições de trabalho, impedem que se vivencie o prazer pelo trabalho, o mesmo encontra na inteligência, na astúcia, na invenção, um modo de equilíbrio (DEJOURS, 2003). Assim, compreendemos a solicitação de Sofia para quando possível "rodar", pois essa foi a saída encontrada por ela, para buscar seu equilíbrio.

Deste modo, Sofia lida com a impotência produzida em seu encontro com o sistema público de saúde, na impossibilidade de oferecer-lhe o que também não teve (PAIM, 2015), ou ainda, na impossibilidade de ofertar um cuidado que também não recebeu em grande monta, no decorrer de sua história com sua mãe (WINNICOTT, 1975), se distancia. Se protege. Se afasta.

O afastamento de Sofia é para criar um espaço onde ela possa sustentar-se, alimentar a si mesma, criar de modo relaxado e menos caótico ou exigente. Neste espaço é possível sonhar. E então Sofia sonha ser rica, alimenta-se do ambiente que a cerca, em sua chácara, onde abastece sua capacidade de acolhimento, pois se sente acolhida por si mesma.

Tanta disposição em cuidar é apontada pela própria Sofia como uma estratégia de elaborar suas vivências infantis em que tinha uma mãe para cuidados físicos, uma porção de *handling*, um tanto de *holding* e muitas ausências.

A enfermagem surge na busca do encontro com sua mãe interior, Sofia se veste de enfermeira e se dispõe aos contatos, sempre tão ausentes quando foi maternada.

À mãe Sofia atribui a característica de um objeto distante, na história e no desenho, tal como a bola, que ficava o ano todo no armário, sem poder ser desfrutada pelo medo dos danos que poderiam ser causados no contato e no brincar.

Sua mãe era o seio que alimentava concreta ou fisicamente, mas que não alimentava afetos, calor ou proximidade; uma mãe distante, que muitas vezes não compreende o modo intenso e afetivo como Sofia é, enquanto mãe. Ela compreende mãe e pai como construtores de sua identidade, ela aponta no nome que dá ao segundo desenho e na história que aponta, mas nessa construção, há uma ausência que impele Sofia a buscar outros meios, criativamente, de reescrever sua história e o cuidar é o meio; ainda que para fornecer aos outros, a parte que lhe falta, e Sofia sintasse ao fim do dia, como se somente ficasse a "capa do mergulhador" ou melhor, como se só lhe restasse o jaleco. Vazio.

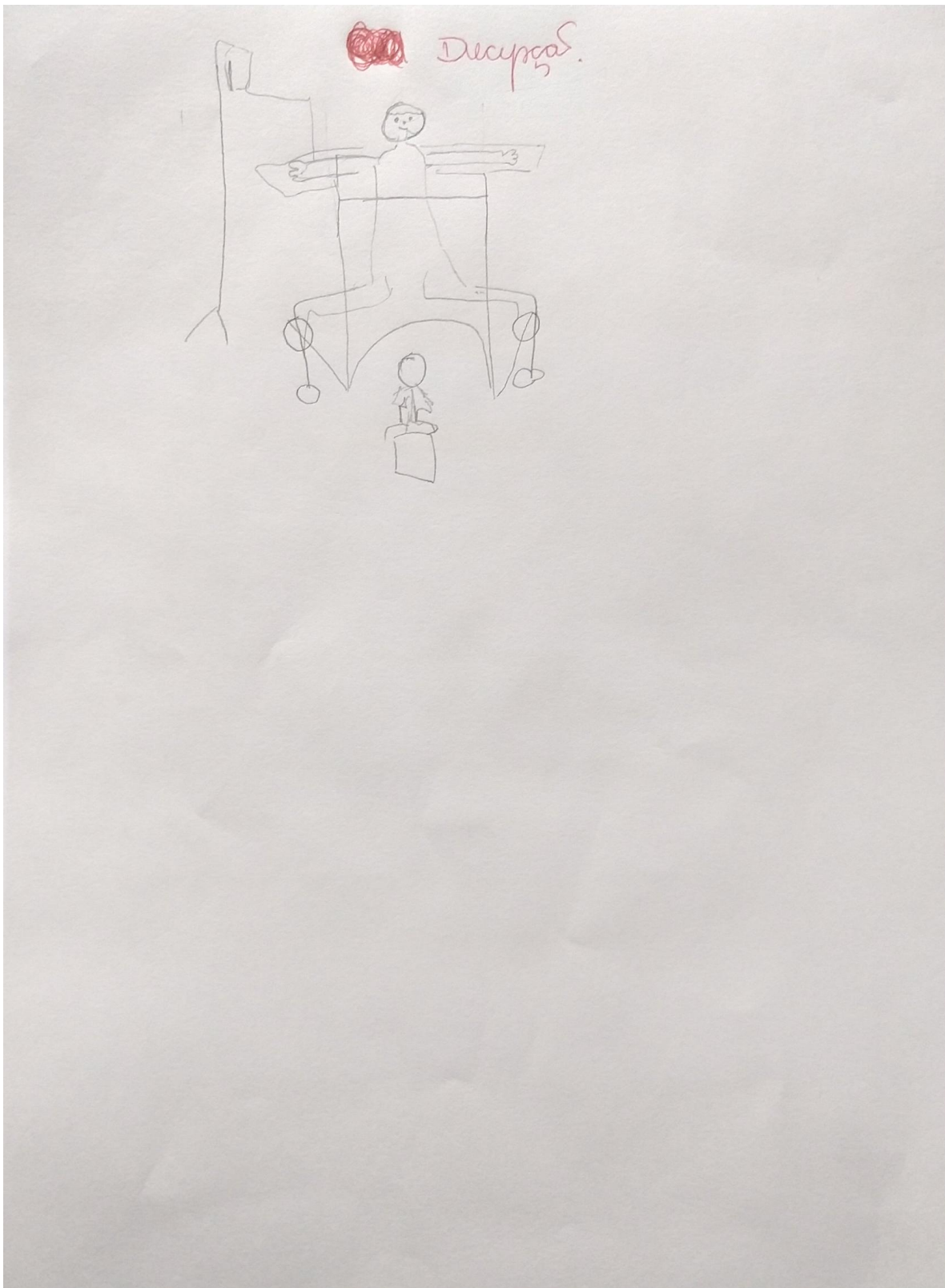


Figura 7: Desenho 2 de Helena "Decepção"

5.3 ENTREVISTA 3 - HELENA

E eu sinto que em meu gesto existe o teu gesto e em minha voz a tua voz. Não te quero ter porque em meu ser tudo estaria terminado. Quero só que surjas em mim como a fé nos desesperados.

Para que eu possa levar uma gota de orvalho nesta terra amaldiçoada (Vinícius de Moraes, 1998).

5.3.1 Breve descrição da entrevistada

Helena, 37anos enfermeira de nível secundário.

5.3.2 Narrativa psicanalítica do encontro com Helena.

Chego ao local de trabalho de Helena, um espaço amplo, com diversas salas que vamos percorrendo, mas quando estamos entrando, um funcionário desliga as luzes do lugar, como se desligasse uma chave geral. Ainda era dia, havia iluminação natural, mas o lugar certamente ficou mais escuro do que estava com as luzes. Então Helena fala: "Hey, eu estou aqui!" A frase é seguida de um silêncio...

Certamente ninguém a ouviu; eu, particularmente, julguei que ela deveria gritar para que a pessoa a ouvisse e religasse as luzes, mas ela não gritou, nem mesmo quando não foi ouvida. Ao contrário, me perguntou: Tudo bem se as luzes ficarem apagadas? E eu respondi, se isso não for te atrapalhar a desenhar ou conversar comigo... Você é quem sabe! E ela respondeu, vamos tentar assim mesmo, procurando se adaptar à luminosidade do lugar. Ao entrar na sala, relativamente iluminada pelas telhas transparentes, completou: Olha, aqui é quente viu? Vou tentar ligar o ventilador, mas não sei.

Pensando sobre esse início, completamente diferente das outras entrevistas, onde as enfermeiras determinaram um lugar especialmente para elas e eu conversarmos, noto que Helena se adapta às situações em que não a "enxergam". Adapta-se silenciosamente, sem exigir nada. Apenas segue.

Solicito, então, que ela me faça o primeiro desenho: "Desenhe você cuidando..." E ela inicia um desenho elaborado, que a princípio me parece masculino, um rosto bastante detalhado; inicialmente, me indicou que seria feito ali um desenho elaborado, mas ao retratar o espaço, os objetos, mesmo com detalhes, o desenho era comum, com imagens chapadas, como o de qualquer adulto. Era como se o rosto fosse elaborado, mas a realidade do desenho, não.

Resolve colorir o desenho e ri dos lábios que ela pinta de vermelho, considerando- -os exagerados; até ali, eu não havia percebido que o desenho era de uma mulher. Mas o batom vermelho marcou que ela era a personagem do desenho.

Carregando remédios, pelo corredor de um hospital, para um paciente em um quarto colorido, com flores e uma coberta azul.

Helena me conta sua história sobre o desenho, afirmando que era a sua história. "Essa sou eu cuidando..." e se refere ao passado, quando trabalhou por dezoito anos no hospital do município, e retrata-se de maneira bem tradicional, com o tradicional chapeuzinho de enfermeira e fica latente a questão de que hoje, não se sente cuidando, como uma enfermeira ou como agia no passado.

Ela me explica que desenhou o paciente coberto, porque odeia ver paciente exposto, porque se fosse ela a doente e sendo cuidada, não queria estar exposta, descoberta, e até pede nas situações de internação que não a deixem descoberta. Observo que a dificuldade está na exposição do corpo e na exposição de sua fragilidade ao estar sob o controle do outro e não no controle da situação.

Em seguida pergunto-lhe: "Como é ser enfermeira?" E então ela me responde que a escolha de ser enfermeira não foi dela; a mãe queria ser técnica de enfermagem, mas não passou na prova de seleção para o curso técnico, e então disse à Helena: Eu não consegui, mas você pode tentar, e ela conseguiu passar na seleção mesmo odiando sangue e dizendo para a mãe que não tinha jeito para isso.

Fez o curso e dizia que queria fazer estágio em qualquer local do hospital menos no centro cirúrgico; quando saiu o resultado dos locais de estágio a que cada aluna era destinada, seu estágio prático estava determinado para o centro cirúrgico. Helena refere que ficou incomodada, porque não gostava do clima do centro cirúrgico e do quanto os médicos eram grosseiros demais entre si, no momento das cirurgias. E que prometeu que não trabalharia em centro cirúrgico.

Quando formada no curso técnico, fez o processo seletivo para integrar a equipe de um hospital e foi destinada ao centro cirúrgico. Durante os anos de trabalho, formou-se enfermeira e após dezoito anos nesse hospital, trabalhando no centro cirúrgico, foi desligada. Passou então a trabalhar em um hospital público, referência para região em alta complexidade. "Lá é porta aberta para a desgraça, né!? Tudo de pior ia pra lá!" Quando uma mãe me pediu para dar banho no filho que havia morrido, pensei: "Não dou conta, esse lugar não é pra mim!" Pediu desligamento após dois anos de trabalho e foi contratada para estar na unidade onde trabalha. Mas ressalva: "Está acabando!" Referindo-se aos vinte três meses que faltam para sua aposentadoria.

Quando a questiono como é cuidar do outro, ela relata que é colocar-se no lugar de alguém, ouvi-lo, estar junto, permitir que ele decida sobre seus cuidados, e sentir-se acabada no final do dia.

Afirma que seu corpo está fisicamente marcado pelos anos de hospital e que psiquicamente também, pois conta que ao chegar na unidade onde trabalha, percebeu o quanto faz as tarefas de maneira acelerada, porque introjetou o ritmo de atividades do hospital. Ainda diz que quando mais nova, aguentava mais as atividades desenvolvidas, hoje fica muito cansada. E relata que onde está é mais orientação e palestra, e é visível que cuidar para ela, é estar no hospital.

Quando solicito a ela que se desenhe sendo cuidada, me surpreendo. Pela primeira vez, uma enfermeira se desenha sendo cuidada em fase adulta, recentemente.

Conta-me que há algum tempo vem realizando tratamentos de saúde para conseguir engravidar e recentemente passou por uma inseminação que segundo o médico que a executou havia sido um sucesso. Refere que o médico mandou até mesmo um ultrassom, com imagem do útero com o óvulo, mas a implantação não foi bem sucedida e ela "sangrou". Junto com a decepção inicial, somou-se a decepção com o relatório médico que dizia que o óvulo inserido não tinha muita qualidade. E ela me explica que se sente desrespeitada por passar por um procedimento tão importante sendo que o médico sabia que ele poderia ser mal sucedido. Helena conta sobre o sofrimento pela expectativa frustrada e do quanto ela acha que cuidados médicos e de saúde devem considerar a autonomia do paciente e a dela, não foi considerada.

Num desenho sem cor, escreve o título para ele, manchando de vermelho a titulação, com a correção do título que seria: amputação de sonhos, e é modificada para "Decepção", pelo dia em que sangrou, completo mentalmente o título.

Quando questiono sobre a infância e sobre o pai, refere que cresceu em uma cidade pequena onde não teria oportunidades de crescimento, por isso mudaram para o atual município. Também disse que sonhava em ser atleta: jogadora de vôlei, e quando fala sobre o pai, o define como ausente e alcoólatra, mas afetivo, com quem se identificava mais do que com a mãe, que identifica como uma guerreira.

Quando me conta a história que se lembra sobre cuidados na infância me conta que o pai lhe dava injeções quando necessário: "Imagina, se pega o nervo ciático? É Deus que cuida!"

Encerro a entrevista desejando-lhe realizações, mas com a sensação de que os desejos de Helena são sempre desrespeitados: o desejo de escolher a profissão, o desejo de permanecer no hospital e não onde está, e o desejo de engravidar. O desejo da profissão é da mãe. O desejo do bebê é do marido. Ela? Está sob uma luz parcial, se reconhece nos lábios vermelhos, no feminino ou... talvez não.

5.3.3 Análise formal do procedimento Desenho-Estória com Tema

Os desenhos de Helena foram identificados como "Cuidar é Amar" (desenho 1) e "Decepção" (desenho 2).

Quanto à avaliação dos aspectos formais do desenho, no que se refere à perspectiva destes, pode-se observar que Helena desenhou predominantemente à esquerda da folha de sulfite. O primeiro desenho, em que ela demonstra sua prática nos cuidados profissionais, chega até o centro da folha, ocupando o espaço da folha, onde a figura mais central é a de Helena o que sugere uma busca por estabilidade, de controle da vida através de uma rigidez e intelectualidade, para compensar qualquer ansiedade ou insegurança, o que me parece traduzi-la.

Uma mulher aparentemente segura e rígida, mas que apresenta fragilidades.

Já o segundo desenho está contido no lado esquerda da folha, usando uma pequena porção do total. O posicionamento à esquerda da folha de ambos os desenhos demonstram retraimento, uma busca constante de satisfação emocional e uma profunda preocupação com o passado e consigo mesma e uma condição regressiva e conflituosa.

Os desenhos são simétricos, demonstrando equilíbrio e adaptabilidade. Ao traçá-los, Helena não verbalizava nada. Silenciava e os fazia.

O desenho sobre a profissão, traz elementos que representam bem o ambiente e ela mesma, já a maca e o paciente aparecem "chapados", unidimensionais. Assim como o desenho dela na maca obstétrica. Os elementos dos desenhos que parecem trazer alguma angústia à Helena são retratados por ela, de modo que fiquem distanciados daqueles que os observam, como se refletissem o modo de defesa que ela utiliza, seja do contato com os pacientes de quem trata, seja da situação de fertilização.

Os desenhos de Helena são mais diretos, não há metáforas ou simbologismos, retratam situações concretas em seus desenhos, eles são como fotografias de suas vivências, de modo pouco criativo.

As histórias contadas adéquam-se às temáticas propostas, embora sejam descrições da realidade e não construção criativa.

Quanto às figuras significativas dos desenhos, a figura central é Helena; em um desenho, o cenário idealizado do hospital, local onde não atua mais, mas que considera como o melhor lugar para trabalhar, e no outro desenho, Helena também é figura central na história de sua fertilização.

Nas verbalizações de Helena, a sensação de solidão é constante. Ela está só, no exercício do trabalho, na busca pela gravidez.

As histórias de contato expressam conflitos e processos defensivos observados em sutilezas, como cuidados em proteger o paciente porque Helena não gosta de se sentir exposta ou ainda, o partilhar de uma história de intensa frustração na não concepção após fertilização.

Para Winnicott (1949/1994) Helena vive uma compulsão à repetição, onde se retoma momentos de falhas ambientais para que elas possam ser experienciadas como não foram no passado.

O que ocorre é que Helena retoma alguma situação penosa vivida quando sua mente primitiva não tinha condições de integrá-la a sua área de controle onipotente. Essa área é a mesma vivenciada pelo bebê quando ele vive a ilusão de que o real condiz com sua capacidade criativa. Ou seja, aquilo que ele vivencia como sua criação onipotente enquanto sabemos que é sua mãe, em preocupação materna primária e em adaptação às suas necessidades e realizando a apresentação dos objetos que ordena a realidade que ele supõe conceber.

Nesse momento o bebê vive sua área de controle onipotente. O que parece acontecer com Helena é que ela vivenciou falhas quando não tinha capacidade de

experienciar a situação vivida, por não estar amadurecido para tanto e o que não foi experienciado permanece gravado no inconsciente a espera de melhores condições ambientais e pessoas para que seja (re)vivida e integrada à personalidade. Na busca por melhores condições para vivenciar a(s) situação(ões) não integradas à personalidade ela repete momentos que remetam ao problema não elaborado na infância.

Entre os mecanismos de defesa, presentes nas estórias, identificamos a projeção de conteúdos pessoais na figura dos pacientes, assim como o pensamento mágico e a racionalização na situação da busca por tentar engravidar.

Ainda pela observação das produções gráficas, dois elementos nos chamam a atenção: o batom vermelho do desenho e a "correção" da escrita do título dado ao segundo desenho.

A ênfase à boca, dada pela entrevistada, nos traz as características de dependência que ela vivencia, assim como, demarca seu lugar feminino no processo. Como se de algum modo ela demarcasse seu espaço e se permitisse visível pela condição estética mesmo. E Helena é uma mulher muito bonita.

Quanto à correção do título do desenho, o nome seria "Amputação de sonhos" mas ela corrige a palavra riscando-a e renomeia o desenho para "Decepção". A decepção de Helena com o procedimento foi motivada pela vinda de sua menstruação. Foi o sangue que a avisou de que o processo de fertilização não obteve sucesso, que deu a ela a sensação de aborto do bebê.

O sangue que marca sua frustração também mancha a página do desenho quando ela o nomeia. O vermelho é a única cor presente e evidenciada no desenho.

5.3.4 Análise do conteúdo (não) verbal

O material de Helena nos traz reflexões sobre desejo, sobre o desejo na relação mãe e filha e sobre o conceito de feminino.

O que é ser mulher para a sociedade? As exigências sociais para com a mulher, solicitam acolhimento, cuidado, afeto, mas nem sempre todas as mulheres estão aptas a oferecer tais qualificações à sociedade. Nem conseguirão necessariamente ofertar tudo isso no exercício profissional, inclusive o da enfermagem.

A relação mãe e filha é marcada por intensidades e ambivalência. Ser mãe de menina, é mobilizar em si as vivências inconscientes do momento em que se foi maternada e reviver conteúdos narcísicos. (SILVA et al., 2014)

É nesta relação inicial que o feminino assinala sua dimensão arcaica, fundante e estruturante da subjetividade, como o proposto no caminho teórico traçado por Wolff (2009).

As identificações femininas, instituem-se precocemente, na relação mãe-bebê. O próprio Freud (1926) refere que considera as mulheres um "continente negro", desconhecido, velado, incompreendido, até entender através da evolução de sua obra, a árdua transformação psíquica pela qual a menina passa até se tornar mulher.

Para Winnicott o *vir a ser* genuíno de uma criança só é possível pela relação inicial com a mãe, que lhe possibilita a onipotência fantasiosa de que o seio lhe pertence, ofertando ao bebê condições de viver o senso de continuidade a partir de seu seio, seu corpo real e simbólico.

É a função materna com seus cuidados primários reais, que possibilita que a mãe reconheça a criança quando ela mesma se desconhece.

O olhar, o toque materno e o investimento afetivo garantem unidade e integração ao corpo e ego do bebê e é também nesse processo (em) que a mãe projeta sobre o bebê seus desejos. Reconhecer-nos passa pelo reconhecimento materno.

Essa experiência de identificação primária é matriz para as próximas relações, mas é fundamental também que o pai se aproxime, fazendo o corte dessa relação simbiótica, de continuidade ilusória.

Segundo Zalcberg (2003) a mãe coloca a menina em um lugar que não é seu, destituído da própria singularidade, ou seja, ainda que Helena e a mãe vivenciassem uma relação simbólica na infância, a presença do pai, é necessária e fundamental. Porque,

O poder da mãe terá de ser regulado pela interferência de um terceiro elemento, a ser exercido pela função mediadora do pai na relação exclusiva mãe-criança. O futuro da criança depende da interferência simbólica do pai e da disposição da mãe de aceitá-la, a evitar que a criança permaneça imersa e alienada no universo materno.

Da possível separação da criança com o mundo da mãe [...] depende seu futuro desenvolvimento. A operação de separação como segundo processo de constituição de subjetividade, resulta a criança tornar-se sujeito na plena aceção do termo (ZALCBERG, 2003, p. 61).

A criança é definida pela mãe antes mesmo de nascer. É da tradução que a mãe faz do mundo, fornecendo de maneira uniforme, pedaços simplificados de realidade para a criança para que ela possa conhecê-lo, que o lactente vai vivendo a integração de seu ego. Mas as escolhas maternas pelo filho ou filha têm limite: o primeiro limite é o pai e a realidade que se impõe.

Ao que parece, Helena continuou - ainda que parcialmente - obedecendo aos desejos da mãe, em busca de compreender o que ela deseja para ambas. Cabe ao pai lidar com essa questão da dupla, fornecendo um significado ao desejo materno, senão a criança procurará atender ao objeto que a mãe deseja, não frustrando-a, não perdendo seu amor.

"Oferecer-se como substituto do que falta à mãe, isto é, o que causa o seu desejo, tranquiliza, nesse estágio, a criança, pois tanto representa uma forma de receber o dom do amor da mãe como significa apaziguar a "mãe insatisfeita" em busca de algo indefinível." (ZALCBERG, 2003, p. 64)

Porque se para Freud (1914/1996) a maior necessidade da mulher é no sentido de ser amada e não de amar, em busca do amor materno, a filha mulher pode ter sua subjetividade ameaçada.

É o pai que pode impedir essa relação de submissão ao desejo materno, impedindo que a relação se dê dessa forma. E o que identificamos nos relatos de Helena é que isso não aconteceu.

Helena desejou o desejo profissional da mãe, e colocou-o em prática (PAIM, s/d; ZALCBERG, 2003).

Outro ponto é que para Helena é importante que não se perca o controle de si, de sua vida e seus cuidados - como o descrito sobre manter pacientes cobertos e não expostos com lençol, porque ela não gostaria de estar descoberta - demonstra que o cuidado para Helena é sentido como invasivo, perigo e não como acolhimento e cobertura. O cuidar é associado com experiências traumáticas ou invasivas. Como a mãe o foi quando decide por ela a profissão.

É possível identificar ainda que a submissão ao desejo do outro, se expressa até mesmo ao me receber em seu trabalho. Helena não é ouvida, não é vista e retomando Winnicott (1963/2008) há nos modos de agir e estar no mundo, formas de comunicação e isolamento, e sem dúvida Helena busca estar escondida, mas é um desastre cada vez que não é achada.

Helena não foi encontrada pelo olhar da mãe e:

O que vê o bebê quando olha para o rosto da mãe? Sugiro que, normalmente, o que o bebê vê é ele mesmo [...] Posso demonstrar minha proposição referindo ao caso de um bebê cuja mãe reflete o próprio humor dela, ou pior ainda, a rigidez de suas próprias defesas. Em tal caso, o que é que o bebê vê? [...] eles olham e não veem a si mesmos. Há consequências, primeiro, sua própria capacidade criativa começa a atrofiar-se e, de uma ou de outra maneira, procuram outros meios de obter algo de si mesmos de volta, a partir do ambiente (WINNICOTT, 1975, p. 177)

A submissão, se expressa também quando Helena tem dificuldade de desenhar-se como mulher, de fazer um desenho em que seja possível identificá-la, a faz concordar em seguir uma carreira que contém o sangue como elemento, substância que ela refere "não suportar", faz com que ela aceite estudar enfermagem ainda que não seja seu desejo. A submissão lhe dificulta lidar com a agressividade dos médicos no Centro Cirúrgico, uma vez que não pode lidar com a sua. Dificulta lidar com a dor do outro no novo hospital que trabalhou, faz com que se submeta a um trabalho com o qual não se identifica e ainda a buscar por uma gravidez para satisfação do desejo do outro: o atual marido. As questões de ordem simbólica e pessoal de Helena são tão marcantes em seu mundo psíquico, que a realidade atual de trabalho não se apresenta no desenhos ou entrevista, apenas quando eu a questiono. Apenas através do meu desejo de querer saber.

Assim, encontramos mais uma mulher que utiliza da matriz de seus primeiros cuidados para conter o outro, de maneira prática, concreta, como sugerido no trabalho de enfermagem, agindo dentro de um movimento do feminino de conter, ainda que não consiga conter angústias, faz o trabalho mais técnico de modo satisfatório, pois isso é tudo o que sua experiência lhe permitiu fazer.

NATÁLIA



Figura 8: Desenho 1 de Natália "Missão"

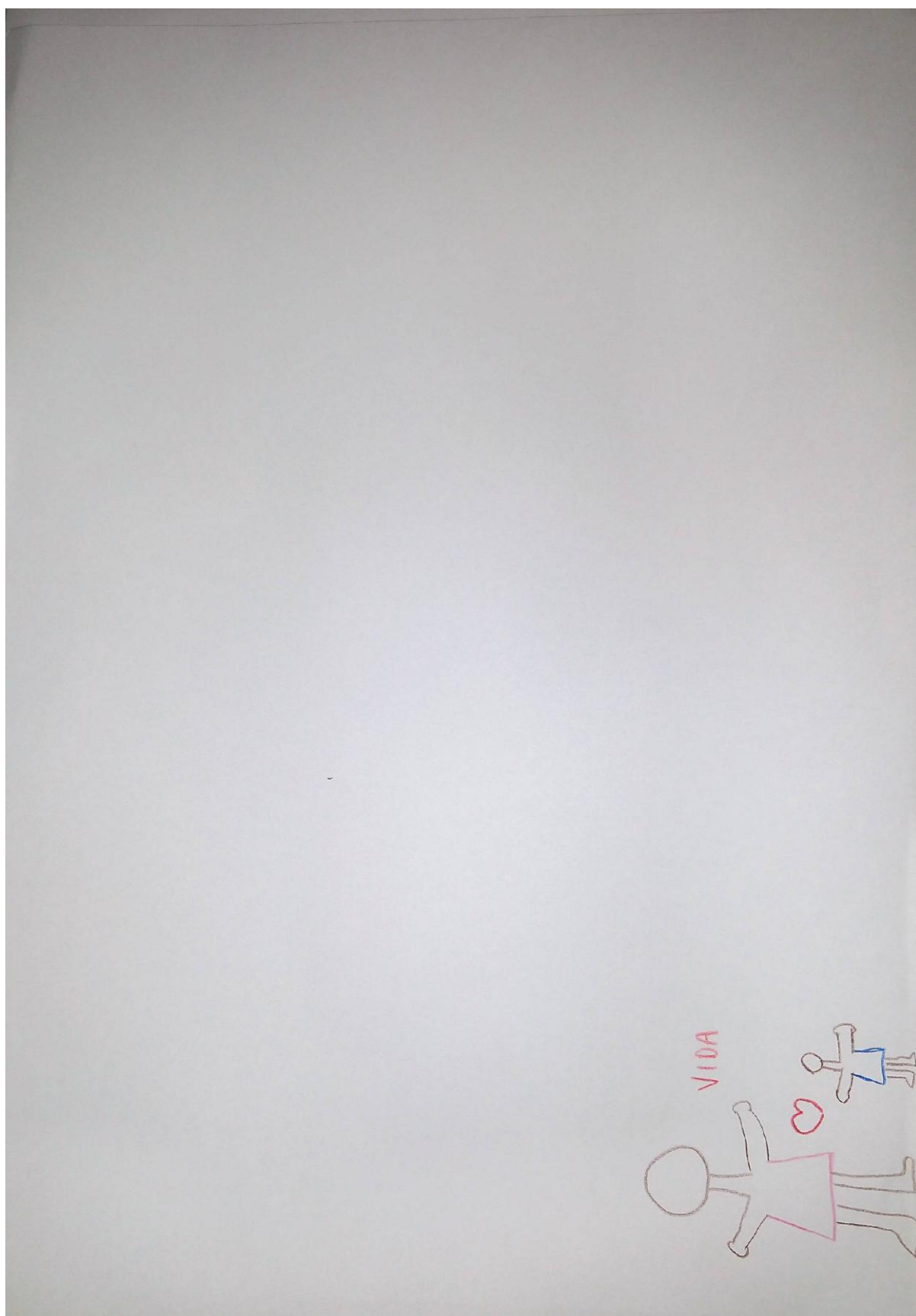


Figura 9: Desenho 2 de Natália "Vida"

5.4. ENTREVISTA 4 - NATÁLIA

Minha força está na solidão. Não tenho medo nem de chuvas tempestivas, nem de grandes ventanias soltas porque eu também sou o escuro da noite (Clarice Lispector, 1998)

5.4.1 Breve descrição da entrevistada

Natália, 32 anos, enfermeira de nível terciário

5.4.2 Narrativa psicanalítica do encontro com Natália

Comecei a entrevistar Natália com a mesma sensação das outras. Ao realizar a pesquisa de campo, a sensação que tenho é um misto de gratidão pela enfermeira estar participando e preocupação em atrapalhar sua intensa rotina. Mas nesta última entrevista, a gratidão supera o outro sentimento.

Natália foi receptiva desde o primeiro contato. Explicou-me que já fez pesquisa, e sabe o quanto é difícil a pesquisa de campo, portanto, ajuda sempre que pode.

Começo explicando sobre o TCLE e então solicito o primeiro desenho.

Natália tímida, começa a desenhar no canto da folha, o que me chama a atenção, e depois pergunta se terão outros desenhos na mesma folha, e quando respondo que não, ela continua o desenho no canto esquerdo e inferior da folha. Como as outras enfermeiras, quando solicito o desenho Natália o faz e depois questiona, ou faz algum comentário, dizendo que não é boa de desenho e que é difícil colocar em desenho algo tão complexo como: Ela cuidando de seus pacientes, pois é enfermeira assistência, "beira de leito".

Então, desenha ela e um paciente no leito e terminando o desenho olha para o que produziu e me mostra dizendo que estava pronto.

Quando solicito que me conte alguma história sobre o desenho, Natália afirma que são muitas histórias. Mas começa a me narrar uma situação que viveu recentemente: uma colega de trabalho, que tem a mesma idade dela, e que há meses sentia dor no quadril, procurando atendimento médico durante o horário de trabalho e

sendo mal interpretada, como se quisesse apenas atestados para não trabalhar; descobriu um câncer em estágio avançado e após a descoberta, mesmo com tratamento, precisou ser internada no setor onde Natália trabalha.

A equipe de Natália "ficava a noite inteira em cima [da paciente], fazendo tudo o que podia" diante do estado grave, intubada e com prognóstico ruim." E embora tenham "salvado" a colega do estado crítico em que estava no hospital, permitindo que ela voltasse para casa, o câncer em estado avançado já está em metástase no pulmão.

Sinto que Natália ficou angustiada com a história. A nossa coleta começou cuidadosa e contida da parte dela e da minha, e a história do adoecimento provoca uma espécie de silêncio entre nós. Percebo que o adoecimento da colega atesta a Natália que enfermeiras também são humanas, bem como, a negligência, eventual, no cuidado hospitalar, pois vários médicos não identificaram o problema da colega/paciente; aponta ainda que, em geral, enfermeiras não se cuidam, pois ao cuidar de tantos pacientes se esquecem que elas também podem adoecer, ainda que sejam jovens.

Quando pergunto por que Natália decidiu ser enfermeira, ela me responde que não foi uma escolha, mas porque "*foi indo... assim*", diz que gostaria de ser nutricionista, que queria fazer faculdade o município onde reside atualmente e onde estava uma parte de sua família e que enfermagem era um curso mais barato que nutrição, porque tinha disponibilidade de bolsas de estudo. E então, ainda que no segundo ano, por seu engajamento com o Diretório Acadêmico, ela pudesse mudar para outros cursos sem custo adicional, optou por ficar em enfermagem.

Acho interessante ela achar que permanecer no curso não seja uma escolha! Mas também compreendo que a vida de Natália foi sempre indo... Ainda que não tivesse condições para seguir.

Em seguida ela me diz que ficou porque a enfermagem aprendida no curso é diferente do que acontece na realidade. Fala sobre a desvalorização, financeira e social, da profissão, do fato de sua classe profissional ser competitiva e desunida; refere ainda, que as relações de poder no seu ambiente de trabalho e os modos de gestão são sempre muito impositivos e agressivos. Conta-me ainda que já decidiu que não permanecerá como enfermeira por muito tempo.

Ao ouvir os apontamentos de Natália reflito que as duas faculdades de medicina, aqui existentes, parecem contribuir para uma cultura médico-centrada, fortemente enraizada nos hospitais do município e que ressoa pelas equipes de saúde.

Nesse momento, conta-me sobre "seus planos de fuga". Fez uma especialização e trabalha em atendimentos particulares graças a isso, o que para ela é muito gratificante, porque percebe que seu conhecimento ajuda pessoas, através de visitas domiciliares, onde orienta seus pacientes.

Escolheu esse atendimento domiciliar porque seu pai precisou destes cuidados e viveu muitas dificuldades por não saber como cuidar de si e de seu corpo na situação de adoecimento.

Interessante pensar que Natália opta por trabalhar com feridas e em cuidar da porção ferida do outro, como se cuidasse de suas próprias feridas narcísica.

Ela ainda realiza uma terceira atividade profissional, em uma área de gestão financeira e acredita que essas duas atividades irão ajudá-la a sair do hospital.

O desejo de sair do hospital vem, não porque não goste do trabalho de enfermeira, mas pelas relações de trabalho. Conta-me que, para ela, ser enfermeira é um desafio. Que já salvou muitas pessoas, com suas condutas e que isso é gratificante. Embora não seja reconhecido.

M. diz que a enfermagem conduz o hospital, fica 24 horas atenta. Recebe todas as reclamações, da copa, da limpeza, dos médicos, do paciente do lado, *"a enfermagem é o coração do hospital"*, é quem move toda a engrenagem. É quem tem as informações mais precisas sobre os pacientes, fundamentando o trabalho médico.

Mas, nos conflitos intra-hospitalares, os profissionais de enfermagem são agredidos por pacientes e família, assim como os outros profissionais de saúde também são, mas quando os médicos, mais ausentes, chegam no local, todos abaixam a cabeça e não falam nada, mas a enfermagem nunca passa ilesa, absorvendo tudo isso.

Relata ainda, sobre problemas que viveu em um setor específico, situação tão marcante que atravessa todas as narrativas de Natália, que mesmo tendo sido indicada para um cargo de confiança, pelos conflitos vividos, sente-se inclinada a aceitar, como um modo de sair do serviço assistencial.

Nesse momento, peço então que Natália desenhe-se sendo cuidada na infância. E ela me responde: *"Ah! mas eu nunca fiquei internada!"* Nesse momento, vi-me diante de um não saber, que a princípio, não identifiquei o que era. E respondi que não era necessário que fosse retratado um cuidado por adoecimento, mas ela sendo cuidada na infância ou na vida. Que queria que ela se desenhasse sendo cuidada por alguém.

Natália sentiu dificuldade em pensar em um desenho. Partilhando de sua dificuldade, tentei dizer que ela não precisava desenhar literalmente uma situação, mas algo que simbolizasse esse ser cuidada.

"Uhum! Nossa, como é que você vai interpretar esse desenho? Bom, se bem que vocês sabem analisar nos mínimos detalhes, né!?"

Tentando cuidar do que ela me apresentava, pedi para que não se preocupasse, porque o desenho era apenas um auxílio para que pudéssemos conversar.

Então ela me disse que faria um desenho de quando o filho nasceu, porque foi o momento mais especial da vida dela, um momento de transformação. *"Eu cuido dele, mas de certa forma ele também cuida de mim[...] Vou tentar colocar de alguma maneira ele comigo, pode ser?!"* Aceno que sim.

E aí, entendo o meu 'não saber'. Como lidar com isso? Como seria isso para a pesquisa? Como lidar com alguém que não me aponta para cuidados na infância? Meus pensamentos fervilham. E eu os acalmo para ouvi-la.

Você diz que ele cuida de você de algum modo? De que modo? Pergunto.

Ela refere que só de existir, ela não se dá ao direito de tomar algumas decisões que a ponham em risco, como comer errado, ultrapassar um carro de modo imprudente, porque quer ter uma vida longa ao lado dele.

E aí eu a questiono, e você, como cuida dele?

E ela responde que quem cuida dele, cuidados gerais é a sogra. Aponta-me toda uma estrutura de cuidados, articulada com a sogra para os dias em que está no hospital e para os dias em que está em casa, mas precisa descansar. Todas as coisas do menino são divididas entre a casa do pais e da avó, mas até mesmo Natália só vai para sua casa, quando é para dormir. Todos os outros momentos fica na sogra, que de algum modo é sua referência materna, pois é ela, por exemplo quem faz a alimentação de Natália nos dias de folga.

Porque com o trabalho noturno no hospital e as outras atividades, tem pouco tempo para estar com ele, que foi criado de modo independente, para precisar o mínimo possível das pessoas, e que é grudado com a avó. Natália me conta que o filho é inteligente, obediente e que quando vai acordá-la para mamar, o faz com cuidado, "devargazinho"!

Ainda imersa em um 'não saber', pergunto, e quando você era pequena como ele? Tem lembranças dos cuidados que recebia? E ela refere que a mãe trabalhava muito

e não tinha tempo para cuidar dela. Natália foi cuidada por diversas meninas, e se alimentava com os lanches produzidos pelos pais na lanchonete, onde a mãe trabalha até hoje.

Refere que sempre foi muito independente - ensinando o filho do mesmo modo - que acordava sozinha para ir para a escola. E que sua irmã, com idade próxima a dela, foi cuidada por ela, desde cuidados físicos, até cuidados emocionais, ou simbólicos "*[...] cuidei dela, dei banho, dei comida, fiz tudo! Tudo! De tudo! De levar para a igreja, de educar [...] Minha mãe e meu pai são ausentes até hoje!*" como educação religiosa; "*[...] desde pequenininha fui me virando!*"

A diferença da vida dela para o filho é o fato de que ele é cuidado pela avó. Tem mais estrutura nos seus cuidados. Mas ele também se ressentia da ausência da mãe e comemora quando ela não vai trabalhar.

Quando peço para que ela nomeie os desenhos, ela nomeia o desenho com o filho como "*Vida*" e o desenho do cuidado profissional como "*Missão*".

E torna a problematizar as questões do hospital. Como o fato de não ter sido valorizada pelo colegas de trabalho pela sua pós-graduação, porque não enxergam o bom, pois compreender o comprometimento e formação profissional como um risco. Relata que o trabalho como enfermeira para ela é uma missão e que a dificuldade em estar em um hospital não é a falta de infraestrutura, porque acredita que estrutura existe. O que está ausente são valores pessoais, o que é difícil são as relações interpessoais, seu desgaste vem daí. Porque gosta de perceber que está crescendo e valoriza o crescimento das pessoas, que acolhe muitos profissionais "problema" no hospital, porque procura identificar suas potencialidades e não suas dificuldades.

E diz que gosta de ser enfermeira. Repete isso. Dizendo o problema não é o trabalho, nem o ambiente, o hospital é feito das pessoas que nele estão. "*O Albert Einstein não é o melhor hospital porque tem a melhor estrutura, mas porque ele tem os melhores profissionais, por isso ele tem os melhores equipamentos, não é?! Tudo é assim. Tudo são as pessoas.*"

Percebo que Natália retoma de novo as angústias vividas pela competitividade dizendo que o hospital a faz sofrer como pessoa. Percebo ainda, que paralisei com a questão da ausência dos pais na infância e de sua busca por cuidado e reconhecimento

ao cuidar da irmã, que esqueci de solicitar que me contasse uma história sobre o desenho dela com o filho.

Ao questioná-la sobre isso, ela me fala que tem muitas histórias, mas conta que o filho de orgulha dela, que conheceu o hospital, que sabe que ela cuida de doentes, porque ela conta e explica tudo para ele e que quando retorna de manhã do hospital, o filho pergunta: "*Mamãe, cuidou de quem tava doente?*" E que ele reconhece o trabalho dela, ou seja ele a enxerga, pelo modo escolhido por ela de ser vista, cuidando.

Ela afirma que ele é um presente de Deus, e que cuida dela em todos os sentidos, porque por ele, ela deseja ser uma pessoa melhor. Mas quanto a ela cuidar de si, os cuidados consigo são falhos, come mal, dorme pouco, não se exercita e compartilha todas as suas angústias com uma amiga e confidente, que também é enfermeira; mas que o hospital deveria ter uma equipe profissional de acolhimento dos profissionais da assistência.

Sinto como se Natália dissesse: alguém precisa cuidar de mim.

E verbaliza esse pedido de muitos modos. Falando muito, como ela mesma conclui pedindo-me desculpas por ter falado demais. Agradeço a ela e percebo que, de algum modo, ela pode ser vista hoje, pois pode ser vista por mim.

5.4.3 Análise formal do procedimento Desenho-Estória com Tema

Os desenhos de Natália foram nomeados como Missão (desenho 1) e Vida (desenho 2).

Quanto aos aspectos formais, no quesito perspectiva, Natália realiza seus dois desenhos, usando o quadrante esquerdo inferior da folha. Tal escolha, está associada a um movimento regressivo, de preocupação com o passado e retraimento da enfermeira.

E, assim como expresso nas análises das outras enfermeiras que também utilizaram a porção esquerda da folha, há uma busca por satisfação emocional por parte dela. Os desenhos são simétricos o que demonstra equilíbrio adaptativo. O traçado foi adequado e em alguns pontos reforçado, sugerindo ansiedade, conflitos e insegurança. A insegurança também se expressou na construção dos desenhos, ao fim de cada um deles, Natália buscava minha aprovação.

Quanto à escolha das cores marrom, azul, rosa, vermelho, são apontadas como desejo de afirmação, assim como o uso da cor apenas no contorno do desenho e a

ausência de elementos faciais apontam para a característica de personalidade insegura da entrevistada.

A dificuldade de acesso ao mundo simbólico, reflexo da frágil relação de cuidados maternos vivenciada por Natália, é identificada pelos desenhos simplificados, pois a elaboração e simbolização dependem da vivência de ilusão e desilusão do desmame (WINNICOTT, 1975).

Sobre a análise do conteúdo das histórias, observou-se de modo geral adequação entre as propostas temáticas, desenho, história e título, a inadequação do desenho sobre os cuidados recebidos na infância ou em algum momento da vida, se relacionam aos conflitos inconscientes vivenciados por ela.

As histórias contadas adéquam-se às temáticas propostas, embora sejam descrições da realidade, sem ação criativa na sua composição.

Quanto às figuras significativas, encontramos Natália como enfermeira e um paciente, e Natália como mãe e o filho. Especialmente o desenho e a história que retratam a maternidade, são compostos por sentimentos exclusivamente positivos e amorosos, como se negasse a existência de características negativas nessa relação.

Ao observar os desenhos, no primeiro Natália faz contato com a maca do paciente, porém no desenho com o filho ambos não se tocam. Isso reitera a percepção contratransferencial vivenciada no encontro. Natália ama o filho, quer muito o contato com ele, mas esse contato ocorre com reservas. Por mais que o desenho do filho tenha mãos tão grandes quanto as dela, mesmo ele sendo menor, como se solicitasse contato, por enquanto sem muito êxito.

Considerando-se as histórias, identifica-se a compulsão à repetição em ambas, mais intensa na primeira história sobre a percepção da finitude da colega de trabalho e na segunda história a expressão de que não se sente no direito de ter atitudes destrutivas contra si mesma, porque agora é mãe, conferem à história uma mescla compulsão à repetição de situações traumáticas não integradas a personalidade por terem ocorrido em um passado do desenvolvimento em que elas não estavam maduras para viver com uma capacidade criativa, de vida. Assim como impulsos amorosos e destrutivos nestes mesmos conteúdos. Ou ainda sentimento de ansiedade depressiva, identificado principalmente na primeira história e desenho denominados como Missão.

Quanto aos mecanismos de defesa, racionalização e idealização foram identificados nos dois desenhos e nas duas histórias, que também expressam fenômenos como necessidade de proteção e medo, em seus conteúdos.

5.4.4 Análise do conteúdo (não) verbal

A primeira situação identificada no relato de Natália se refere à percepção dela sobre o adoecimento e a supremacia da finitude sobre nós. Perceber-se humana, tal como a colega de trabalho que adoeceu, o que a angustia.

Pois, ainda que Natália perceba o impacto emocional advindo da permanência em um ambiente hospitalar, com pessoas doentes, dor, desamparo, sofrimento emocional e fragilidades, como defesa contra a angústia despertada pelo trabalho, ela ignora que também está exposta a tais situações.

Na dificuldade em lidar com o sentimento de angústia, provocado pela percepção da própria fragilidade ou finitude, o psiquismo de Natália se defende e nega tal condição; e é na compreensão de que é parte da engrenagem que move o hospital, que ela se assegura utilizando outro mecanismo de defesa, a onipotência, como se tivesse o controle sobre o externo (o hospital) e sobre sua própria vida.

No entanto, toda essa articulação inconsciente se abala na presença de uma enfermeira, com quase a mesma idade dela, vivendo sua finitude.

Conversar com Natália é também rememorar o conceito freudiano: "Recordar, Repetir e Elaborar" (1914/1996). Tal como descrito no conceito freudiano, Natália não se recorda dos cuidados vivenciados na infância ou no modo com a mãe lidou com ela, (ela) esqueceu-se ou reprimiu as poucas experiências que viveu, mas as raras vivências - mal resolvidas - expressam-se pela atuação, onde Natália não reproduz o modo de agir de sua mãe como lembrança, mas como ação, repete a ação materna, sem, naturalmente saber que a está repetindo.

A repetição se justifica pela tendência inconsciente de Natália, buscar a gratificação não vivenciada no passado e que cria em seu mundo mental demandas afetivas insatisfeitas e reprimidas, que se atualizam (FREUD, 1912/1996).

Freud pensa sobre a importância dos cuidados maternos, como quando aponta que há ações maternas específicas que controlam o desconforto causado por estímulos

endógenos e que o alimento via seio materno aplaca a angústia e delimita espaço para o desejo (1926/1996).

A ausência materna é abordada em algumas passagens de sua obra como relacionadas ao sofrimento psíquico, como na discussão do caso do Pequeno Hans (1909/1996), onde aponta uma redução permanente no cuidado e atenção que Hans recebia de sua mãe e a relação com seu sofrimento psíquico.

Afirma, ainda, que em casos de frustração de satisfação de impulsos e necessidades, nosso psiquismo, graças à plasticidade dos impulsos sexuais vive a compensação completa na mudança do objeto de satisfação, com um objeto que seja mais acessível.

Natália expressa em nosso encontro, a ausência dos cuidados maternos e a frustração que isso lhe proporciona; para lidar com a angústia residual, busca outro objeto mais acessível para satisfação de sua necessidade de contato: o cuidado com a irmã.

Winnicott (1975) no mesmo sentido, reflete que mesmo com as falhas no ambiente materno, o objeto transicional e a capacidade criativa ajudam. A irmã de Natália atua como um objeto transicional para fazer contato com a mãe, ou ainda, através de sua criação, pode fazer-se de mãe, para quem sabe encontrar sua mãe real ou interna.

Muitos bebês contudo, têm uma longa experiência de não receber de volta o que estão dando. Eles olham e não veem a si mesmos [no estágio do espelho, onde a mãe o refletiria]. Há consequências. Primeiro, sua própria capacidade criativa começa a atrofiar-se e, de uma ou de outra maneira, procuram outros meios de obter algo de si mesmos de volta, a partir do ambiente (WINNICOTT, 1975, p. 177).

Observa-se que Natália ao não se ver em sua mãe, exercita sua criatividade, busca outro meio de obter algo de si mesma de volta, desta vez, nos olhos atentos de sua irmã, enquanto cuida dela, e enquanto a faz parecida consigo, ou ainda, busca no trabalho o olhar do qual carece.

Pois o primeiro espelho de um bebê é o OLHAR materno, o bebê vivencia a frase winnicottiana: "Olho e sou visto, logo existo!" (WINNICOTT, 1975, p. 179).

Por falhas ambientais, evidenciadas nos desenhos e histórias de M., ela parece buscar através do cuidado que exerce, a possibilidade de ser vista e existir.

O que reforça a ideia de Martins-Nogueira (2003) que a opção pela profissão se organiza como uma tentativa de reparar experiências emocionais infantis de impotência ou abandono emocional; em caso de abandono emocional, como o vivenciado por Natália é no cuidado com o outro, que ela vivencia os cuidados desejados para si.

A falha no maternar interfere na estrutura egóica, na confiança em si e nos outros, no contato e nas relações com o outro, mas especialmente na capacidade de acalmar-se e lidar com a ansiedade. (WINNICOTT, 1975).

Essa ansiedade se manifesta na necessidade de falar durante nossa conversa, no trabalho em ritmo intenso de Natália, como uma saída para sua ansiedade e também, para o fortalecimento de sua identidade.

Entre as repetições, ela repete também a postura materna de trabalho incessante. Não há tempo para contatos familiares, não há tempo para viagens, há apenas espaço e energia para o trabalho.

Pois é na impotência que eventualmente vivenciamos diante das relações, que surge o sofrimento psíquico, impelindo-nos a criar diferentes formas de buscar a satisfação e a "felicidade"; e trabalhar, de acordo com a Psicanálise e também de acordo com Dejours (2003), é uma estratégia para evitar o sofrimento.

No reconhecimento dos pacientes, Natália experiencia o reconhecimento de si.

Quando a qualidade do meu trabalho é reconhecida, também meus esforços, minhas angústias, minhas dúvidas, minhas decepções, meus desânimos, adquirem sentido. Todo esse sofrimento, portanto, não foi em vão, não somente prestou uma contribuição à organização do trabalho, mas também fez de mim, em compensação um sujeito diferente daquele que eu era antes do reconhecimento [...] E isso se traduz afetivamente por um sentimento de alívio, de prazer [...] O trabalho se inscreve então na dinâmica da realização do ego (DEJOURS, 2003b, p. 34).

Todavia, nos conflitos com os pares no trabalho, uma angústia importante, que lhe rouba o sentido do trabalho e é repetidamente apontada em seu discurso, quando fala da ausência de fidelidade entre colegas.

São tantas ausências na história de Natália que a ausência de acolhimento no trabalho torna-se insuportável; uma vez que, conforme Telles (2006), na vida adulta e profissional é possível a reelaboração subjetiva dos referenciais de cuidado vivenciados, o presente e o passado se coadunam, e assim amplia-se o repertório emocional de Natália. Quando as relações atuais não são amenas, ela não reelabora sua posição

subjetiva, apenas revive a angústia inscrita em si, o que lhe é muito doloroso e a leva a ter certeza de que não encerrará sua vida profissional no hospital onde trabalha.

A ausência de cuidados na infância, se reflete ainda, na ausência dos cuidados de si, na alimentação, no sono e cuidados inadequados.

6. DISCUSSÃO

Considerando-se o caminho teórico percorrido para a realização desta tese, optou-se pelas narrativas psicanalíticas para sustentação da discussão empreendida, por serem próximas ao exercício psicanalítico clínico agora transposto à organização da pesquisa.

As narrativas anteriormente apresentadas em conjunto com os desenhos criados pelas participantes trazem pontos de intersecção comuns às quatro histórias de vida das enfermeiras.

O primeiro deles advém do olhar para o que se produziu no encontro com as enfermeiras dos três níveis de assistência. Há muitas intensidades nas histórias de vida e profissionais das enfermeiras, o que se reverbera na riqueza das entrevistas e nos detalhes dos desenhos criados por elas.

O conteúdo produzido no encontro com essas mulheres que foi possível observar que o exercício do trabalho na Atenção Primária à Saúde ou Terciária produz diferenças no modo dessas enfermeiras de estar no mundo e por consequência reflete nas produções apresentadas nas entrevistas.

As enfermeiras Ana e Sofia da Atenção Básica, apresentam um olhar ampliado para a vida. Desenhos grandes, que ocupam todo espaço destinado na folha de sulfite, com simbolismos, nos indicam que é esse o movimento de vida que experienciam no trabalho.

Para elas, o trabalho contempla muitos elementos é necessário olhar para o todo, para a comunidade, para a equipe, para a multiplicidade e a diferença. A produção de saúde na Atenção Primária se faz no contato com elementos que se fazem habitar a subjetividade dessas enfermeiras, no encontro com o múltiplo, coletivo e o simbólico, ao ponto de desgastá-las.

Já as enfermeiras Helena e Natália.; uma pertencente ao nível secundário com ampla identificação com o nível terciário e a enfermeira Natália que está na Alta Complexidade, apresentam um olhar focal da vida.

No hospital, a regra é trabalhar com muitos elementos concretos (medições, aferições, dados, aparelhos, tecnologia) complexos e caóticos e ainda sim, permanecer com atenção ao que é específico, urgente, com foco no problema.

Quando Helena se refere as situações de centro-cirúrgico, se refletimos sobre a realidade desse espaço percebemos que ele é atravessado por muitos elementos: o paciente, sua condição de saúde (quantificada em dados), sua subjetividade e história; a equipe sua técnica, conhecimentos, subjetividade e histórias, as questões institucionais e outros tantos fatores que poderiam ser aqui elencados. Mas em meio a tudo isso, o mais importante fator de um centro cirúrgico é a atenção ao foco onde se realiza a cirurgia, para além deste os outros fatores são meros coadjuvantes.

E assim, o encontro com as enfermeiras nos dá acesso a domínios singulares diversos: as primeiras (Ana e Sofia) com universos tão repletos de elementos que se esgotam; as demais (Helena e Natália) com um universo tão circunscrito que o trabalho torna-se foco da vida, assim como o foco dos desenhos, mais reduzidos até mesmo no uso da folha de sulfite. Prova eloquente de que o trabalho é constitutivo da subjetividade.

Por conseguinte é possível elencar duas vertentes reflexivas fundamentais à discussão dos conteúdos resultantes do encontro com as enfermeiras; a vertente de que o ambiente familiar é um espaço de desenvolvimento psíquico e portanto, muito influente no modo como as pessoas atravessam as vivências da vida adulta; a outra vertente é de que o trabalho não é simplesmente o meio através do qual se obtém a subsistência, pelo exercício laboral, mas é um espaço de trocas econômicas, sociais e principalmente afetivas.

A escolha profissional não se dá ao acaso, tornar-se enfermeira para as mulheres que participaram deste trabalho, é uma estratégia de compensação das falhas vivenciadas na vida infantil e um modo de enfrentar a impotência sentida nos primeiros anos de vida, assim como, a escolha pela enfermagem também é um modo de ocupar o lugar social materno e/ou paterno, reiterando o proposto por Paim (2015).

As falhas ambientais, relacionam-se à relação que (não) viveram com suas mães, pois conforme Winnicott (1948/2000) cabe à figura materna ser o ambiente facilitador

do desenvolvimento infantil, adaptando-se satisfatoriamente a todas as necessidades de seu bebê, a fim de permitir-lhe a ilusão onipotente de que ela mesma, proporciona a si, todos os cuidados que precisa; que suas necessidades podem ser atendidas por ela mesmo, e ao fim, cabe à mãe falhar - dentro do suportado pela sua pequena filha - para causar-lhe a desilusão que a levará a reconstruir sua relação com o materno de modo independente e real.

Essa condição materna que possibilita a onipotência do bebê, permite que ele (re)crie o mundo, experiencie objetos transicionais e o espaço intermediário lidando com o espaço entre mãe e o mundo, fantasia e desilusão, enfrentando a "afrota" de se dar conta da realidade, e o faz apoiado pela fantasia e pelo viver criativo.

Mas é importante frisar que a afirmação winnicottiana de um ambiente suficientemente bom, não é uma referência a um ambiente perfeito, sem qualquer falha, sustentado por uma mãe, cuja sensibilidade própria de sua preocupação materna primária guia como agir. Também é importante reiterar que as falhas ambientais referidas aqui, não ocorreram de modo intencional, mas como reverberação de diversos fatores de ordem subjetiva e de ordem concreta, dentre os quais ressaltamos a condição social e econômica, dessas famílias, em que as mães também se responsabilizavam pelo sustento familiar.

Winnicott afirma, que o ambiente desejável para um desenvolvimento psíquico saudável é aquele capaz de conter a angústia da criança e possibilitar a sua noção de "ser". A mãe que falha além do tolerado e que por diversos motivos, não reconheceu o modo mais apropriado de cuidar de sua filha, levou sua garota a lidar precocemente com a realidade para a qual não estava preparada, conduzindo-a à uma condição defensiva.

Tal condição defensiva é perceptível nas narrativas das enfermeiras. Todas elas foram "maternadas" de modo "concreto" impecável: os cuidados físicos são impecáveis, roupas impecáveis, casas extremamente organizadas, alimentação e educação adequadas. Mas os cuidados maternos são tanto físicos como psicológicos, aqui encontra-se a noção de *holding* pouco consistente na história dessas enfermeiras; expressos na superproteção - que traz em si uma ambivalência - até falhas na contenção dos estímulos ou angústias impensáveis para psiquismos infantis tão imaturos, ou ainda, uma adaptação às necessidades psíquicas das bebês que falhou na apresentação do objeto que permitem a confiança de que as coisas aconteceriam próximas ao que se deseja.

As mães "narradas" eram excessivamente ocupadas, práticas, concretas ou pouco acessíveis e mobilizaram nas entrevistadas uma organização psíquica que parece guiada pelo questionamento: O que eu posso fazer com o pouco que recebo?

Cada entrevistada encontrou seu próprio caminho para o enfrentamento dessa questão: a maturidade precoce, o impulso de ofertar ao outro - e fazer pelo outro - aquilo que não recebeu como estratégia de compensação, ou ainda, manter-se na invisibilidade e guiando-se pelo desejo do outro sem que faça contato com suas próprias angústias ou com a angústia de um terceiro, forma modos de responder às falhas parciais vivenciadas.

A escolha profissional também é uma resposta a essa pergunta, a busca no trabalho de compensações emocionais impede a maternidade, motiva o cuidado com os filhos de um modo mais próximo e afetivo do que os vivenciados na infância, ou até impede o contato com angústias mais profundas de pacientes - pois a busca pela enfermagem era oportunamente uma fuga de sua própria angústia - mas principalmente faz dessas enfermeiras profissionais muito dedicadas.

As duas primeiras enfermeiras entrevistadas, Ana e Sofia, encontraram na atenção básica a satisfação narcísica no reconhecimento de que elas são o ponto central e de referência para a equipe. É no olhar do outro, que elas se alimentam e existem, como nos aponta Winnicott (1975).

Todas as enfermeiras entrevistadas, cada uma a seu modo vivencia a condição de "ser" importante através do olhar do outro, assim como expressam em nosso encontro que vivenciam o proposto por Dejours (1992), que refere que a atividade produtiva propicia o encontro/confronto entre as exigências da organização do trabalho e as necessidades psíquicas do trabalhador, levando às enfermeiras ao que ele chama de mobilização subjetiva, um processo que reúne inteligência prática - conhecimento obtido no exercício laboral - na dinâmica de contribuição profissional e retribuição simbólica obtida através da confiança, cooperação e reconhecimento dos pares e pela hierarquia.

Ana e Sofia encontraram na definição da Atenção básica, como ordenadora do cuidado na rede de serviços de saúde, preconizada para o funcionamento adequado do SUS, seu espaço de trabalho, dedicação, visibilidade e reparação psíquica através do reconhecimento da equipe e de uma comunidade carente, com a qual se identificam. Ana assume novamente o lugar de avô que gerenciava todo o território de seu sítio e

Sofia assume que se veste de enfermeira para encontrar a mãe, sendo a bola da vez; uma alusão à bola de plástico que desejou durante toda a infância e não pode alcançar.

Mas as expressões dessas mesmas profissionais, nos abrem uma outra perspectiva de análise; esse movimento de reparação ou de entrega dedicada à experiência profissional do cuidar na atenção básica, tem efeitos ambivalentes, é intensamente significativo, mas por vezes também as esvazia de sentido, tornando-se muito estafante.

Essa intensidade pode estar relacionada com o ofertar uma porção de cuidado que não foi adequadamente recebida. Assim, para aquelas que pouco receberam de suas mães em seu primeiro cuidado, exercer o cuidado em enfermagem, pode ser desgastante.

Conforme nos explica Telles (2006), embora seja uma atuação profissional, o cuidado em enfermagem, enquanto corpo teórico-prático, tem suas raízes nos cuidados domésticos e maternos exercidos no cotidiano ou na filantropia. Mais do que isso, o exercício da enfermagem é verossímil à função materna, pois também se dedica a atender demandas físicas e psíquicas de seus pacientes.

O cuidar profissional realizado atualmente pelas enfermeiras, tem suas bases nas referências de cuidado recebido por elas no passado, e que se articula às relações de cuidado atuais, onde se incluem as atividades que elas realizam profissionalmente. E isso enriquece e amplia o repertório emocional das enfermeiras, de acordo com Telles (2006), mas esse exercício realizado intensamente, como ocorre na saúde pública, torna-se um intenso e desgastante trabalho para o ego dessas trabalhadoras.

A perda do sentido do trabalho pode estar associada também a necessidade do "fazer", inúmeras tarefas, o que as impede de acessar um modo de trabalhar/viver criativo.

Não apenas as quatro colaboradoras desta pesquisa, mas os trabalhadores da saúde pública, se veem em um ambiente de trabalho marcado por condições sociais do trabalho, leia-se, dentre diversos fatores, elencamos problemas com infraestrutura e insumos, dificuldades na implantação de educação permanente, equipe reduzida, organização do trabalho frágil, sobrecarga laboral, desvalorização profissional e salarial, que os levam a um exercício profissional desgastante.

O desgaste é resultado da realidade de trabalho e também porque os trabalhadores da saúde estão em contato com o que Martins-Nogueira (2003) aponta

como: poderosas radiações psicológicas pelo contato íntimo com indivíduos adoecidos, ressaltando inclusive o volume significativo de pacientes atendidos em condições precárias de trabalho, o que colabora para esse sofrimento.

As enfermeiras referem um descontentamento na realização de seu trabalho e essa "infelicidade" conforme descrita por Freud (1930/1996) gera um gasto psíquico de organizar mecanismos de evitação e para Dejours (1999) leva a um gasto energético extra na realização do trabalho; o que é contributivo para a sensação de desgaste e esvaziamento, que vêm da percepção de que não há possibilidades para criação.

"O sintoma de uma vida não-criativa é o sentimento de que nada tem significado, o sentimento de futilidade de que nada importa" (WINNICOTT, 1986/2000, p. 27) E as enfermeiras relatam que por vezes se deparam com essa falta de sentido.

Como reflexo deste cenário estabelecem com o trabalho uma relação ambivalente, que leva-as a um afastamento das atividades que mobilizam angústias pelo grande envolvimento com a equipe de trabalho ou usuários.

Para lidar com tal situação, elas relatam a busca por atividades de gestão e mais burocráticas como é o desejo de Ana que acredita que desafios no planejamento de ações em cargos de gestão lhe despertaria novo interesse; ou as faz permanecer como substituta, pois assim, os vínculos com a equipe e com os usuários do território, tornam-se eventuais, ocorrendo quando a enfermeira é deslocada para aquela unidade específica, como é a saída encontrada por E. como um modo de defesa contra as angústias do dia a dia.

Ainda versando, sobre o modo de defesa para lidar com angústia residual das falhas ambientais das histórias de vida narradas, duas das quatro enfermeiras entrevistadas: Helena convive com uma mãe que cumpre sua função, mas não a enxerga ou percebe seus desejos, faz de Helena um instrumento para suas conquistas, conduzindo-a para um modo de vivenciar a realidade sempre guiada pelo desejo do outro. Essa condição se expressa na escolha da carreira profissional, que era um desejo materno não realizado. Assim Helena expressa descontentamento apenas com o que é insuportável, como quando não aguentou permanecer em um hospital que denominava "portas abertas para o inferno", fora isso, ela permanece onde está, seguindo um fluxo da vida e não de seus desejos.

Em condição semelhante encontramos Natália que viveu a ausência de sua mãe na infância e assim, tem poucas lembranças de cuidado. Escolheu a faculdade por ser da

área da saúde, mas principalmente pelo preço e seguiu, em busca do reconhecimento e do olhar daqueles que cuida. Olhar esse que busca desde a infância, cuidando da irmã. É pelo exercício do cuidar que M. se cuida. Sente-se bem, viva e útil.

Para essas duas enfermeiras, o cuidado hospitalar, que já foi exercido por Helena e a enche de saudades, e o atual exercício de Natália em seus atendimentos hospitalares, é uma prática próxima do cuidar físico, que receberam. Uma vez que, no nível terciário, especificamente, nos setores destinados a pacientes em estado muito grave, como UTI ou centro cirúrgico, local de trabalho dessas enfermeiras, o contato com o paciente requer mais técnica do que um contato profundo, conforme elas apontaram.

Isso porque no segundo e terceiro nível de atenção à saúde, a dinâmica mais médico-centrada, altera o modo de assistência da enfermeira, exigindo dela competências associadas à orientação dos pacientes ou em cuidados físicos a pacientes muito debilitados; o que dá ao cuidar um sentido mais concreto, onde nem sempre é necessário a disponibilidade de se deixar habitar pela angústia do outro, seja porque o contato é mais rápido (como na especialidade), seja porque o paciente está em busca desse cuidado físico e não necessariamente das trocas afetivas, como acontece na atenção básica, pois, por vezes, o paciente se encontra até mesmo sem condições de comunicação.

Essa condição de alta complexidade do atendimento à saúde, encontrada em hospitais, pode se caracterizar como protetiva diante das fragilidades psíquicas das profissionais que têm dificuldade em lidar com o sofrimento do outro, porque nunca foram plenamente acolhidas em seus sofrimentos no decorrer da vida.

A ideia de que estar em alas de alta complexidade é um modo defensivo, perceptível no relato de Natália, sobre a companheira de trabalho adoecida a quem ela prestou assistência. Até então, Natália não se atenta ao fato de que trabalha próxima a condições limites de saúde, ou ainda, de que ela também é humana. Se por um lado, consideramos essa afirmação de Natália como uma verbalização de que a onipotência de fornecer ao outro tudo o que ele precisa, como não ocorreu para ela na infância, foi quebrada, acrescentamos que de algum modo isso esteve presente em todas as narrativas.

Pois em acordo com as ideias de Dejours (2001), o trabalho pode ser uma segunda oportunidade de conquista do equilíbrio psíquico e saúde mental; mas se por

algum motivo a organização do trabalho não permitir a reparação subjetiva desejada ou ainda, não possibilitar reconhecimento, ele pode produzir mais sofrimento. É deste sofrimento produzido pelo trabalho que as enfermeiras tentam cada uma a seu modo se proteger.

O fato é que há sempre uma distância entre o que se deseja ao cursar uma graduação, o que se encontra em termos teóricos sobre a prática profissional e a realidade com que se depara ao estar no mercado de trabalho. Essas "distâncias" são apontadas em alguns relatos, como o de Natália que diz que a enfermagem aprendida na faculdade é diferente da vivida na saúde pública.

Dejours (1999) aponta ainda um outra distância, aquela entre a atividade laboral prescrita e a atividade real. Nenhuma prescrição em livros ou ordem de serviço de uma instituição de saúde consegue prever todos os atravessamentos com que o trabalhador terá que lidar para executar sua tarefa. Em toda a história de trabalho dessas enfermeiras, cabe a elas, preencher essa distância entre prescrito e real, com sua prática, seu manejo, seu ritmo, sua astúcia, seu conhecimento técnico, mas principalmente, com seus recursos psíquicos e sua subjetividade.

Entre o real e o prescrito há um "espaço intermediário", onde a criatividade em termos winnicottianos ou a inteligência prática em termos dejourianos se expressa como um modo de defesa da integração do eu em meio a falhas do ambiente laboral.

Para Winnicott a ideia de espaço intermediário está entre real e imaginário, entre objetivo e subjetivo, e é nesse espaço que se localiza a experiência criativa.

Essa área intermediária de experiência, incontestada quanto a pertencer à realidade interna ou externa (compartilhada), constitui a parte maior da experiência do bebê e, através da vida, é conservada na experimentação intensa que diz respeito às artes, à religião, ao viver imaginativo e ao trabalho científico criador (WINNICOTT, 1975, p.30).

O impulso criativo é considerado uma coisa em si, fundamental para um artista, mas que está presente em qualquer pessoa, que realiza algo. O impulso criativo:

[...] Está presente tanto no viver momento a momento de uma criança [...] como na inspiração de um arquiteto ao descobrir subitamente o que seja construir, e pensa em termo de material a ser utilizado, de modo que seu impulso criativo possa tomar forma e o mundo seja testemunha dele (WINNICOTT, 1975, p. 100).

Para Winnicott (1975) se estamos fazendo algo, estamos sendo criativos. Pois a criatividade é possível quando o *self* está relativamente integrado, levando em consideração o meio ambiente e como ele possibilitou (ou não) o desenvolvimento psíquico, onde o bebê passou pela integração, e onde foi possível integrar elementos femininos (ser) e masculinos (fazer) (WINNICOTT, 1975; OUTEIRAL, 2002).

Falhas do ambiente podem dificultar essa integração, levando os indivíduos a um "fazer" constante, em busca do olhar que não encontraram em seus momentos primitivos de vida, ou na tentativa de conter emoções e afetos, não acolhidos, ou com o intuito de serem reconhecidos (OUTEIRAL, 2002).

Para Outeiral (2002, p. 16) "[...] esse incremento do elemento masculino [o fazer], mediante uma necessidade de proteger o elemento feminino [o valor de ser], também podem ser descritos em termos de identificações precárias com as figuras materna e paterna."

As ideias de Outeiral (2002) ao estudar a vida de mulheres genialmente artísticas como Frida Kahlo, Camille Claudel e Coco Chanel, narrando suas histórias pessoais e ligando-as com o "fazer" de suas obras, inspiram a complementar o percurso desenhado nesta tese.

A semelhança da obra de Outeiral com a presente tese obviamente não está no quesito da genialidade artística, mas reside no fato de que sua obra estuda o universo feminino das artistas, suas obras e histórias, traçando uma série de paralelos, semelhanças e oposições em suas histórias de vida. E deste mergulho constrói uma hipótese: a de que vivências precoces de falhas ambientais, ocasionadas pela dificuldade das mães em se vincular às suas bebês por estarem ocupadas em outros investimentos psíquicos; associada a pais reais ou imaginários idealizados, que possibilitam fortes identificações das artistas com suas figuras paternas, têm como consequência que Frida, Camille e Chanel exercitem a porção de características masculinas de sua subjetividade - em que permanecem "fazendo" uma sequência de obras - no intuito de proteger e reencontrarem sua porção feminina de "ser", presenteando assim, a humanidade com suas obras artísticas.

Em cada obra, um misto de comunicação e mistério, que apontam para a busca dessas mulheres por si mesmas, através de seu constante fazer criativo.

Nesta tese, por analogia, encontramos as narrativas das histórias de vida de quatro mulheres, que para além de trabalharem no Sistema Único de Saúde (SUS) e serem reconhecidas como excelentes profissionais, têm em suas histórias de vida e em sua história profissional uma série de semelhanças e diferenças, que nos permitem identificar, assim como Outeiral (2002), que as vivências precoces de falhas ambientais, ocorridas pela dificuldade das mães em se vincular, por suas questões psíquicas inconscientes, bem como, a idealização das figuras paternas, especialmente porque estes eram ausentes, deu origem a organizações psíquicas singulares, marcadas por identificações falhas com essas figuras maternas e paternas.

Essas enfermeiras, através do potencial de saúde que portam, lançaram-se em carreiras onde é necessário "fazer" (identificação com o elemento masculino), e estar em constante atividade, utilizando-se de seus recursos psíquicos e de toda sua criatividade no cuidado alheio, como um modo de inserção no mundo, como um modo de existência, para encontrarem a si mesmas.

É pela via da criatividade, que elas buscam o equilíbrio em seus locais de trabalho, e se a criatividade não lhes fosse uma alternativa às ausências da infância ou às exigências laborais, este não cumpriria sua função de elemento de potencialidade da sociabilidade e subjetividade e as conduziria ao adoecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho percorrido até aqui foi criado a partir da hipótese de que o modo como enfermeiras do Sistema Único de Saúde (SUS) se relacionam com suas atividades laborais, eram marcados pelas experiências psíquicas primitivas.

Não se pretende esgotar as reflexões possíveis dentro dessa temática, por isso, optou-se por um estudo abrangente utilizando-se da psicanálise como um recurso metodológico de pesquisa em busca dos objetivos estabelecidos, para pensar a influência do ambiente sobre as experiências profissionais em enfermagem, no SUS.

Para tanto, buscou-se compreender, no encontro com quatro enfermeiras, que atuam nos três níveis de atenção do SUS, quais os conteúdos psíquicos mobilizados no exercício do cuidar profissional que desempenham. Assim como, conhecer suas experiências de cuidado no decorrer da vida, como ficou marcada a experiência de

cuidado que receberam, como isso marca seu exercício profissional e quais fantasias e conteúdos psíquicos são mobilizados pelo exercício laboral.

Do encontro com essas enfermeiras foi possível identificar que cada nível de atenção à saúde tem demandas específicas que impactam de modo diferenciado na subjetividade das profissionais.

O trabalho no nível primário, vivencia o impacto de ser o contato mais acessível e próximo do usuário com um sistema de saúde, e a elas cabe acolher queixas de saúde, assim como, tantas outras demandas de ordem familiar, social e econômica.

Em nível secundário, a estrutura também privilegia o cuidado médico, o que define à enfermagem um trabalho de orientação e treinamento, o que pode distanciar a profissional de sua escolha profissional por cuidar, concreta e diretamente.

Já o nível terciário evidencia a importância da figura do médico, pela configuração médico-centrada da instituição; cabe às enfermeiras acolher todas as queixas dos pacientes, mas o reconhecimento pela cura é dada ao médico.

É visível que os cuidados profissionais desenvolvidos por todas, tem a característica prática, que se assemelha aos cuidados obtidos em suas relações objetais iniciais, em que suas mães eram hábeis, com cuidados e orientações sobre higiene, alimentação, rotina, sustento.

No entanto, há falhas e ausências importantes nos cuidados recebidos na infância, e é neste ponto que prevalece o acolhimento por uma identificação com os pacientes que precisam de ajuda. Todas as enfermeiras colocam-se solidárias diante de pelo menos uma, do que podemos denominar de ausência "sem nome" que os usuários vivem - seja de saúde, ou de amparo psíquico, ou por estabilidade e condições sociais.

É a identificação com o lado difícil da vida dos pacientes, que as faz agir de modo devotado no cuidado a esses usuários, como se cuidassem da forma como gostariam de terem sido cuidadas.

Como estratégia de superação de suas falhas ambientais primitivas, as enfermeiras entrevistadas lançam mão da criatividade para lidar com situações adversas, fazendo do pouco recurso disponível um espaço potente de vinculação, especialmente, para reparar os danos e ausências vividos em suas primeiras relações objetais na infância.

Quando o trabalho torna-se exaustivo, encontram modos de lidar com ele, refugiando-se na possibilidade de mudar de setor, de unidade, no sonho de ter mais um

filho, ou mudar de profissão para se dedicarem ao filho que já têm. Também se refugiam em atividades de sublimação, como horta, ou leitura, filme, fantasias. Tal como proposto por Winnicott:

O fato é que as pessoas não deveriam assumir trabalhos que sejam sufocantes - ou, se não podem evitá-lo, precisam organizar seus fins de semana de modo a alimentar sua imaginação, mesmo nos momentos de rotina entediante. Já se disse que é mais fácil manter a vida imaginativa dentro de uma rotina relativamente tediosa do que numa área de trabalho relativamente interessante. Deve-se lembrar, também, que o trabalho pode ser muito interessante para alguém que o utiliza para um viver criativo, mas que não permite que ninguém mais use o discernimento pessoal (WINNICOTT, 1986/2000, p. 27).

Diante da articulação teórica aqui realizada, pode-se dizer que estas enfermeiras vivem as marcas de sua infância na vida profissional atual, seja pela escolha da profissão por influência das vivências que as fragilizaram na infância, seja pela influência materna sobre a escolha profissional, ou ainda, pela forma como foram cuidadas na infância. O que se expressa nos cuidados que elas realizam com seus pacientes, reiterando a experiência psicanalítica de que a forma como fomos cuidados, diz muito do nosso modo de cuidar, por semelhança ou por oposição.

Como conclusão deste trabalho, faz-se sensível sugerir, que essa pesquisa contribua para a reflexão sobre as condições de trabalho das enfermeiras no SUS, no sentido de colaborar para a ampliação do olhar sobre a saúde dessas trabalhadoras, a partir da escuta e compreensão de suas histórias de vida e das elaborações que cada uma faz delas, no encontro com suas profissões.

Reiteramos também, a necessidade de novos estudos sobre essa população, e também a urgência de oportunizar espaços de troca e escuta dessas trabalhadoras no diversos locais de trabalho. Apontamos para a importância de um espaço institucionalizado de escuta/acolhimento e até mesmo supervisão do trabalho da enfermagem, do ponto de vista de orientações e instrumentalização teórico/técnica de enfermeiras quanto as questões de saúde mental que manejam no cotidiano laboral, com o objetivo de ampliar o exercício do viver criativo no ambiente laboral, garantindo qualidade e atendimentos mais acolhedores e humanizados à população.

REFERÊNCIAS

AIELLO-VAISBERG, Tania Maria José **Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia**. 1999. 343 f. Tese (Livre-docencia em Psicologia)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

AIELLO-VAISBERG, Tânia Maria José. Ser e fazer: interpretação e intervenção na clínica winnicottiana. **Psicol. USP**, São Paulo , v. 14, n. 1, p. 95-128, 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642003000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Dec. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642003000100007>.

ALMEIDA FILHO, Naomar Monteiro de. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 6, p. 1677-1682, 2013.

ANTUNES, R. Trabalho e precarização numa ordem neoliberal. In: GENTILI, Pablo; FRIGOTTO, Gaudêncio. (Orgs.) **A cidadania negada: política de exclusão na educação e no trabalho**. Buenos Aires: Clacso, 2000.

ASKOFARE, Sidi. Arqueologia do cuidado. *Psicologia USP*, v. 17, n. 2, p. 157- 166.

BARROS, Alba Lucia Bottura Leite. Processo de enfermagem: guia para a prática / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo; Alba Lúcia B.L. de Barros... [et al.] – São Paulo : COREN-SP, 2015. 113 p. Available from: <<http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>>. access on: 12 Nov. 2016.

BOFF, Leonardo. O cuidado essencial: o princípio de um novo ethos. *Inclusão Social*, Brasília, v. 1, n. 1, p. 28-35, out./mar., 2005. Available from: <http://revista.ibict.br/inclusao/index.php/inclusao/article/viewFile/6/12> access on 12 Dec. 2015.

BRASIL. **Constituição 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988. p.133-4: Seção II.

BRASIL. **Lei no. 8.080 de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; set 20.

BRASIL. **O SUS de A a Z, garantindo saúde nos municípios**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

BUCK, Ana. H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação. São Paulo: Vetor, 2003.

CLOT, Yves. **A função psicológica do trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2006.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO. **A psicologia na saúde suplementar: Aspectos regulatórios** / Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região, Sueli Gandolfi Dallari, Fernando Aith. -- São Paulo: CRP/SP, 2008.

COSTA, Ana. POLI, Maria Cristina. Alguns fundamentos da entrevista na pesquisa em psicanálise. **Revista Pulsional: Revista de Psicanálise**, v. 19, n 188, 2006.

DEL PRIORE, Mari. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1997.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5ª ed. Ampliada. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. **A carga psíquica do trabalho**. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

_____. **O fator humano**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003a.

_____. **A banalização da injustiça social**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003b.

DEJOURS, Christophe.; ABDJOCHELI, Elizabeth. **Desejo ou motivação? A interrogação psicanalítica do trabalho**. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

_____. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

D'INCAO, M. A. Mulher e família burguesa. In: DEL PRIORE, M. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1997. 678 p.

ELIA, Luciano. A transferência na pesquisa em psicanálise: lugar ou excesso?. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 12, n. 3, 1999. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

79721999000300015&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Feb. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79721999000300015>.

FERREIRA, Auréli. B. H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FREUD, Sigmund. Escritores criativos e devaneio. 1908. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXI, p. 133-143.

_____. As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. 1910. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XI, p. 143-156.

_____. Sobre o início do tratamento: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I. 1913. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII, 137-160.

_____. Totem e Tabu. 1913. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmundo Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996 v. XIII. p. 13-169.

_____. Sobre o narcisismo. 1913. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV, 81-108.

_____. 1926. Inibição, sintoma e angústia. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmundo Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996 v. XX. p. 81-173.

_____. 1930. O mal-estar na civilização. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmundo Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996 v. XXI. p. 67-154.

FURTADO, Luís Achilles Rodrigues. **Pela via do sintoma: da atividade laboral ao trabalho psíquico**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, p. 116. 2005.

GRANATO, Tania, RUSSO, Renata Costa Toledo, AIELLO-VAISBERG, Tania Maria Jose. O uso de narrativas na pesquisa psicanalítica do imaginário de estudantes universitários sobre o cuidado materno. **Mudanças Psicologia da saúde**, 17 (1), pg. 43-48, jan-jun, 2009.

GOMES, Daniela Rodrigues Goulart; PROCHNO, Caio César Sousa Camargo. O corpo-doente, o hospital e a psicanálise: desdobramentos contemporâneos?. **Saude soc.**, São Paulo , v. 24, n. 3, p. 780-791, Sept. 2015 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000300780&lng=en&nrm=iso>. access on 20 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015134338>.

GOMEZ, Carlos Minayo; THEDIM-COSTA, Sônia Maria Fonseca Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 4, n. 2, p. 411-421, 1999.

HELOANI, José Roberto; CAPITAO, Cláudio Garcia. Saúde mental e psicologia do trabalho. **São Paulo Perspec.**, São Paulo , v. 17, n. 2, p. 102-108, June 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000200011&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Apr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392003000200011>.

HERRMAN, Fábio. Pesquisando com o método psicanalítico. In: LEWENLRON, T. (Org.). **Pesquisando com o método psicanalítico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 43-83.

LANGER, Marie. **Maternidade e Sexo: Estudo Psicanalítico e Psicossomático**. Porto Alegre: Artes médicas, 1981.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. **Vocabulário da psicanálise**. 4a ed. - São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LISPECTOR, Clarice. **A hora da estrela**. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

LISPECTOR, Clarice. **Entrevistas**. Org. Claire Williams. Rio de Janeiro: Rocco, 2007.

MENDES, Ana Magnólia Bezerra. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 15, n. 1-3, p. 34-38, 1995 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931995000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Apr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931995000100009>.

MEZAN, Roberto. **Interfaces da Psicanálise**. São Paulo, Cia das Letras, 2002.

MARTÃO, Maria Izilda Soares. Encontro com pais e filhos com traços autistas: compreendendo a experiência emocional. Orientadora Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. USP. São Paulo. 2009. 353p. Tese.

MARTINS-NOGUEIRA, Luís Antônio. Saúde Mental dos profissionais da saúde. **Rev. Bras. Med. Trab.**, v. 1, n 1, p. 56-68, 2003.

MORAES, Vinícius. **Poesia completa e prosa: volume único**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1998.

MOURA, Solange Maria Sobottka Rolim de; ARAUJO, Maria de Fátima. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 24, n. 1, p. 44-55, Mar. 2004

OUTEIRAL, José; MOURA, Luiza. Paixão e Criatividade: Estudos Psicanalíticos sobre Frida Khalo, Camille Claudel, Coco Chanel. Porto Alegre: Revinter, 2002.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; MANCIA, Joel Rolim. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 58, n. 6, p. 723-726, Dec. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000600018&lng=en&nrm=iso>. access on 26 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000600018>.

PAIM, Rosana Oliveira Martins. Escolha profissional sob o olhar psicanalítico. **Revista Recarte**. p. 01-18. S/d Disponível em <<http://iacat.com/revista/recreate/recreate07/Seccion6/6.ESCOLHA%20PROFISSIONAL%20SOB%20UM%20OLHAR%20PSICANAL%20C3%8DTICO.pdf>>. acesso em 10 set 2017.

PESSOA, Fernando. **Obra poética**. Organização de Maria Aliete Galhoz. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2004.

PINTO, Elza Rocha. Conceitos fundamentais dos métodos projetivos. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, June 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982014000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Feb. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982014000100009>.

PRADO, Adélia. **O coração disparado**. Rio de Janeiro: Record, 2012.

QUINELLATO, L. V. **A diretriz de hierarquização do SUS**: mudando a antiga perspectiva do modelo médico-assistencial privatista. Dissertação de mestrado em *International Management* da Fundação Getúlio Vargas (FGV), 2009.

RIBEIRO, Cléa Regina de Oliveira. O mito do cuidado. RIBEIRO, Cléa Regina de Oliveria. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 9, n. 1, p. 123-124, Jan. 2001 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692001000100018&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Dec. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S010411692001000100018>.

ROCHA, Semiramis Melani Melo; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 8, n. 6, p. 96-101, Dec. 2000 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

1169200000600014&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Nov. 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-1169200000600014>

ROCHA, Zeferino. Para uma clínica psicanalítica do cuidado. **Tempo psicanal.**, Rio de Janeiro , v. 45, n. 2, p. 453-471, dez. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382013000200013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 jul. 2017.

ROSA, Claudia Dias. O papel do pai no processo de amadurecimento em Winnicott. **Nat. hum.**, São Paulo , v. 11, n. 2, p. 55-96, fev. 2009 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302009000200003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 abr. 2018.

ROSA, M. D., DOMINGUES, E. O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: a utilização da entrevista e da observação. **Psicologia & Sociedade**, v. 22 n.1, p. 180 – 188, 2010.

ROUDINESCO, Elisabeth. Dicionário de psicanálise/Elisabeth Roudinesco, Michel Plon; tradução Vera Ribeiro, Lucy Magalhães; supervisão da edição brasileira Marco Antonio Coutinho Jorge. — Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SANNA, Maria Cristina. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 60, n. 2, p. 221-224, Apr. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200018&lng=en&nrm=iso>. access on 20 May 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000200018>.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de Barros. A base político-metodológica em que se assenta um novo dispositivo de análise e intervenção no trabalho em saúde. In: SANTOS FILHO, Serafim Barbosa.; BARROS, Maria Elizabeth Barros de Barros. (Orgs.). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007 p. 123-.142.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. Dando visibilidade à voz dos trabalhadores: possíveis pontos para uma pauta de valorização? In: SANTOS FILHO, Serafim Barbosa.; BARROS, Maria Elizabeth Barros de Barros. (Orgs.). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007 p.251 - 265.

SANTOS-VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18 n.1, p. 181-190, 2013.

SILVA, Maria José; PINHEIRO, Marina Assis; CARDOSO, Luísa. Valentia e Feminilidade na relação mãe e filha: impasses inerentes da constituição feminina. In: **Rev. Humanae** v. 7 n. 1. 2013. Available

from<<http://www.humanae.esuda.com.br/index.php/humanae/article/view/73>>. Access on 28 abr, 2018.

SPINDOLA, Thelma; SANTOS, Rosângela da Silva. O trabalho na enfermagem e seu significado para as profissionais. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 58, n. 2, p. 156-160, Apr. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 20 May 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000200005>.

TELLES, Karin Kristina Prado. Sobre os sentidos do cuidar: uma escuta psicanalítica sobre a atuação profissional do enfermeiro. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual Paulista. Assis, p. 163. 2006.

TRINCA, Walter. **Investigação clínica personalidade. O desenho como estímulo de apercepção temática.** Belo Horizonte: Interlivros, 1976.

TRINCA, Walter. Formas de investigação clínica em psicologia. São Paulo: Vetor, 1997.

VIEIRA, Alcivan Nunes, SILVEIRA, Lia Carneiro, SILVA, Lucilane Maria Sales da, RODRIGUES, Dafne Paiva, MARTINS, Isabella Costa. Reflexão acerca das contribuições da psicanálise para o cuidada e para a clínica da enfermagem. **Revista de enfermagem UFPE online**, vol. 8, Recife, PE, 450-456, fev. 2014. Disponível em <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view>. Access on nov. 03. 2017.

VIEGAS, S. M. F., C. M. M. PENNA. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18 n.1, p. 181-190, 2013.

WINNICOTT, Donald Woods. **O brincar e a realidade.** Imago, Rio de Janeiro, 1975.

WINNICOTT, D. Woods. **Tudo começa em casa.** São Paulo: Martins Fontes, 2000.

WINNICOTT, D. Woods. **A família e o desenvolvimento individual.** São Paulo: Martins Fontes, 1993.

_____. Família e maturidade emocional. 1960. In: _____. **A família e o desenvolvimento individual.** São Paulo: Martins Fontes, 1993.

_____. A família afetada pela patologia depressiva. 1958. In: _____. **A família e o desenvolvimento individual.** São Paulo: Martins Fontes, 1993.

_____. O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. 1960. In: _____. **A família e o desenvolvimento individual.** São Paulo: Martins Fontes, 1993.

_____. Pediatria e psiquiatria. 1948. In: _____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas.** Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. Objetos transicionais e fenômenos transicionais. 1951. In: _____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. 1960. In: _____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. Desenvolvimento Emocional Primitivo. 1945. In: _____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. O Ódio na Contratransferência. 1947. In: _____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. Pediatria e psiquiatria. 1948. In: _____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. A capacidade para estar só. 1948 . In: _____. **O ambiente e os processos de maturação. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. . Porto Alegre: Artmed, 2008.

_____. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. 1963. In: _____. **O ambiente e os processos de maturação. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. . Porto Alegre: Artmed, 2008.

_____. O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. 1963. In: _____. **O ambiente e os processos de maturação. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. . Porto Alegre: Artmed, 2008.

_____. O jogo do rabisco. In: Winnicott, Claire. Et al. (Org.) **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1994.

_____. : Explorações psicanalíticas. In: Winnicott, Claire. Et al. (Org.) In: _____. **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1994.

_____. Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In: _____. **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1994.

WOLFF, Mery Pomerancblum. Reflexões sobre o feminino. **J. psicanal.**, São Paulo , v. 42, n. 77, p. 157-165, dez. 2009 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352009000200011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 maio 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Nursing practice around the world. Geneva, 1997.(Nursing/Midwifery - Health Systems Development Programme). [tradução nossa]

ZIMERMAN, David Epelbaum. **Vocabulário Contemporâneo de psicanálise**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ZAMBELLI, Cássio Koshevnikoff, et.al. **Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann.** *Psicol. clin*, Rio de Janeiro, vol. 25, n.1, p.179-195, jan./jun., 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652013000100012>>. Acesso em: 10 set. 2017.

ZALCBERG, Malvine. **A relação mãe e filha.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (Capítulo IV, itens 1 a 8 da Resolução 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde)

Sou Daniela Maria Maia Veríssimo, psicóloga, aluna do curso de Pós-Graduação em Psicologia – Doutorado, da UNESP, campus de Assis-SP; e venho até o seu setor de trabalho para convidar você a participar da minha pesquisa de doutorado, denominada “MARCAS DO CUIDADO: DA INFÂNCIA À ATUAÇÃO PROFISIONAL DE ENFERMEIRAS DO SUS”

A pesquisa está sob minha responsabilidade Daniela Maria Maia Veríssimo, RG: 43567295-2 e sob a orientação Prof. Dr. Jorge Luis Ferreira Abrão, também da UNESP de Assis.

A ideia da minha pesquisa surgiu, pelo grande número de enfermeiras que tenho atendido em meu trabalho como psicóloga na saúde pública, e porque não há muitos trabalhos que tenham como objetivo estudar como a história de enfermeiras e o impacto do seu trabalho em sua vida e sobre suas emoções.

Essa pesquisa tem por objetivo compreender como é sua relação com sua profissão, especialmente ao cuidar das pessoas e qual a relação entre sua profissão e sua história de vida.

Por isso, como participante da pesquisa você, realizará:

- a) Uma conversa comigo sobre este documento: o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, para compreender sua participação na pesquisa, seus direitos, riscos e benefícios na participação.
- b) Uma atividade chamada Procedimento Desenho-Estória com tema, onde eu vou te pedir para fazer um desenho relacionado a um assunto/tema e quando você concluir o desenho, vou pedir que você narre uma história sobre o desenho que fizer. No total você terá que fazer dois desenhos e criar duas histórias com título.
- c) Depois realizarei uma entrevista com você, contendo seis perguntas.

Essas atividades serão realizadas no seu local de trabalho, no momento que lhe for conveniente, em uma sala que possibilitar nossa conversa, sem que outras pessoas

nos escutem ou interrompam. A realização dos desenhos e realização das entrevistas terá duração de aproximadamente duas horas.

A realização dos desenhos, a criação das histórias e a entrevista permitirá que a gente converse e poderá fazer com que você pense em algumas questões relacionadas ao seu trabalho ou a sua história, despertando diversos sentimentos e compreensões sobre suas relações e trabalho. Essas reflexões podem lhe trazer benefícios mas também podem lhe trazer desconforto, você poderá ficar sensibilizada com as reflexões que realizar por meio de nosso contato, poderá se angustiar com algumas percepções ou lembranças ou ainda se sentir ansiosa para modificar algumas condições de trabalho e pessoais que vivencia; essa experiência tem como risco a possibilidade de entristecimento ou ansiedade. Por isso, você tem o direito de não querer participar desse estudo ou desistir de participar do mesmo, a qualquer momento, sem punição alguma ou prejuízo de qualquer ordem, principalmente ao seu trabalho nesta Instituição. Você não precisa realizar atividades que não queira e não precisa responder perguntas por qualquer motivo. É possível também retirar esse consentimento e o a permissão para uso das informações obtidas com você a qualquer momento.

Considerando os riscos envolvidos, garantimos que todos os cuidados estão sendo tomados para que a pesquisa lhe cause o mínimo de desconforto e nos responsabilizamos pela assistência integral, imediata e gratuita dos danos diretos ou indiretos que o processo de coletas de dados da pesquisa lhe ocasionar.

Durante toda a etapa de coleta de informações (durante os desenhos, histórias e entrevistas) farei anotações e tudo o que for conversado, será gravado para posterior transcrição do conteúdo, para que depois eu faça uma análise qualitativa sobre o que conversamos. Mesmo com a gravação, o que será conversado, durante as entrevistas será mantido em sigilo, respeitando sua privacidade e confidencialidade. As informações obtidas serão utilizadas para escrever minha tese de doutorado, para publicação de artigos ou de livros, ou ainda de palestras, mas sua identidade ser mantida sob sigilo e serão tomados todos os cuidados para isso.

Como participante da pesquisa, você poderá ter acesso a qualquer momento dos dados e informações obtidos na pesquisa, assim como lhe será comunicado o resultado final dessa pesquisa de doutorado. A guarda dos materiais obtidos durante nosso contato será realizada por mim e estará sob minha responsabilidade, permanecendo em sigilo,

pelo período de cinco anos, após isso o material será destruído para impedir a quebra do sigilo das informações obtidas.

É importante lembrar que não terá que pagar nada para participar deste estudo e também não haverá ajuda financeira para sua participação.

Em qualquer momento do estudo, você pode me encontrar na rua: Sergipe, 895, Centro CEP: 17515-100 em Marília – SP ou pelo telefone: (14) 9722-1929. Você poderá também conversar com meu orientador neste estudo o Prof. Dr. Jorge Luís Ferreira Abrão, psicólogo, professor da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Avenida Dom Antônio, 2100 CEP: 19806-900. Assis, SP pelo telefone: (18) 3322-2933 Ramal 5892.

Com esse estudo, pretendemos apoiar estudos e ações futuras de apoio, para os profissionais de enfermagem no exercício de sua profissão.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética desta pesquisa, elas poderão ser esclarecidas no telefone (18) 3302-5607 (pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESP de Assis) ou pelo e-mail cep@assis.unesp.br, ou ainda diretamente comigo, a pesquisadora pelo telefone (14) 997221929.

Diante das informações que eu li ou foram lidas para mim, aceito participar voluntariamente deste estudo e permito a divulgação dos dados obtidos e assino o termo abaixo, ficando com uma cópia deste.

CONSENTIMENTO

Eu, _____,

RG: _____, abaixo assinado, concordo em participar, da pesquisa “MARCAS DO CUIDADO: DA INFÂNCIA À ATUAÇÃO DE ENFERMEIRAS DO SUS”. Fui devidamente informada e esclarecida pelo pesquisadora Daniela Maria Maia Veríssimo sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido, ainda, que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Declaro, ainda, que () concordo / () não concordo com a publicação dos resultados desta pesquisa, ciente da garantia quanto ao sigilo das minhas informações pessoais e ao meu anonimato.

Local e data _____, ____ de _____ de _____.

Assinatura da Participante

Eu, _____,
pesquisadora responsável pelo estudo, obtive de forma voluntária o Consentimento
Livre e Esclarecido da PARTICIPANTE para a participação na pesquisa.

Assinatura da Pesquisadora



UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS E LETRAS -
CAMPUS DE ASSIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: MARCAS DO CUIDADO: DA INFÂNCIA À ATUAÇÃO PROFISIONAL DE ENFERMEIRAS DO SUS

Pesquisador: Daniela Maria Maia Verissimo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 74749917.0.0000.5401

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências e Letras - UNESP/ Campus de Assis

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.547.224

Apresentação do Projeto:

Emenda para alterações quanto ao cronograma e especificação quanto ao termo de guarda do material.

Objetivo da Pesquisa:

Contemplar as indicações necessárias para que o projeto possa ser aprovado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Com a alteração realizada é maior a preservação do sigilo dos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está apta a ser realizada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora especificou, claramente, no TCLE os cuidados que terá com o material após a coleta: "A guarda dos materiais obtidos durante nosso contato será realizada por mim e estará sob minha responsabilidade, permanecendo em sigilo, pelo período de cinco anos, após isso o material será destruído para impedir a quebra do sigilo das informações obtidas". O cronograma foi alterado e reenviado.

Recomendações:

A pesquisadora atendeu a todas as recomendações.

Endereço: Av. Dom Antônio, 2100
Bairro: Vila Tênis Clube **CEP:** 19.806-900
UF: SP **Município:** ASSIS
Telefone: (18)3302-5607 **Fax:** (18)3302-5804 **E-mail:** cep@assis.unesp.br



UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS E LETRAS -
CAMPUS DE ASSIS



Continuação do Parecer: 2.547.224

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Com esta emenda aprovada, o Relatório Final deverá ser apresentado em OUTUBRO/2018.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1045840_E1.pdf	14/12/2017 16:17:19		Aceito
Cronograma	Cronograma_de_Pesquisa.pdf	14/12/2017 16:14:35	Daniela Maria Maia Verissimo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Doutorado_Daniela_Maia_Verissimo_ok.pdf	14/12/2017 16:11:44	Daniela Maria Maia Verissimo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_atual.pdf	14/12/2017 16:10:13	Daniela Maria Maia Verissimo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infra_prefeitura.pdf	08/08/2017 08:34:21	Daniela Maria Maia Verissimo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infra_famema.pdf	27/07/2017 08:51:18	Daniela Maria Maia Verissimo	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_PLATAFORMA_DANIELA_VERISSIMO.pdf	12/07/2017 14:23:48	Daniela Maria Maia Verissimo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ASSIS, 16 de Março de 2018

Assinado por:
CLAUDIO EDWARD DOS REIS
(Coordenador)

Endereço: Av. Dom Antônio, 2100
Bairro: Vila Tênis Clube CEP: 19.806-900
UF: SP Município: ASSIS
Telefone: (18)3302-5607 Fax: (18)3302-5804 E-mail: cep@assis.unesp.br