

O EXERCÍCIO DO CUIDADO: DESDOBRAMENTOS ENTRE O SUJEITO E O OUTRO

Roberta Araújo Monteiro¹

Cristiano Dal Forno

Bibiana Altenbernd

Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul, Brazil

Mônica Medeiros Kother Macedo

Federal University of Rio Grande do Sul

Resumo

Este artigo apresenta uma discussão teórica acerca do trabalho de profissionais de Enfermagem no contexto hospitalar de urgência e emergência. Inicialmente, delineiam-se elementos constituintes de um cenário laboral permeado por intensas demandas e precárias condições estruturais no qual o sujeito é, continuamente, convocado a dar conta da demanda de cuidado ao outro. Abordam-se aspectos relacionados às específicas atribuições destes profissionais e problematizam-se questões que extrapolam a imprescindível formação técnica neste contexto de trabalho. Nesse sentido, assevera-se a pertinência das concepções psicanalíticas que evidenciam e fundamentam a importância do cuidado ao cuidador. Depreende-se, assim, a relevância da reflexão sobre os complexos aspectos implicados, desde a perspectiva das condições subjetivas, na experiência laboral daquele que é convocado à prontidão para dispensar cuidado ao outro.

Palavras-chave

urgência; emergência; cuidado; trabalho; psicanálise.

Abstract

This article presents a theoretical discussion about nursing work in an urgency and emergency hospital context. Initially, constitutive elements are outlined from a professional scenario permeated by intense demands and precarious structural conditions in which the subject is continually called to handle care demands. Aspects related to specifics attributions of these professionals are discussed and questions that extrapolate the fundamental technic formation in this work context are problematized. Thereby, it is claimed the pertinence of the psychoanalytic conceptions which emphasize and underline the importance of the care to the caregiver. It follows, therefore, the relevance of reflecting about the complex aspects implied, from the subjective conditions perspective in the professional experience of who is called to the readiness to take care of another one.

Keywords

Urgency; emergency; care; work; psychoanalysis.

¹ Correspondence about this article should be addressed to Roberta Araújo Monteiro. Email address: roberta.monteiro@gmail.com.

THE EXERCISE OF CARE: UNDERSTANDING BETWEEN THE SUBJECT AND THE OTHER

A saúde pública no Brasil há anos vem passando por uma crise estrutural que se reflete, diretamente, na qualidade do serviço oferecido à população e nas condições de trabalho dos profissionais da assistência. São muitos os fatores econômicos, políticos e sociais que, historicamente, influenciam as práticas de saúde no país.

Importante reflexo da dificuldade de reconhecimento por parte do Estado dos direitos da população em relação à saúde encontra-se no fato de que, somente a partir da Constituição Federal Brasileira de 1988 (Brasil, 1988), a saúde foi contemplada na legislação como um direito do cidadão a ser garantido pela União. Nessa direção, a Lei Orgânica da Saúde de N° 8.080/90 (Brasil, 1990) de 1990 dispõe que, ao governo federal cabe providenciar as indispensáveis condições para promoção, proteção, recuperação, organização e exercício pleno da saúde, sendo estas um direito primordial de todo ser humano. Logo, somente nesse momento histórico, passou a ser um dever legal do Estado a elaboração e o cumprimento de políticas que objetivem a garantia do funcionamento e do acesso a serviços para promover, proteger e recuperar a saúde, de forma universal e igualitária.

A implantação no Brasil do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos anos 90, configurou, desse modo, um importante avanço e, ao mesmo tempo, um complexo desafio no rompimento com o modelo de atenção à saúde presente por décadas no país, associado a um contexto político-econômico nacional e internacional marcado pela posição contrária ao estabelecimento de políticas sociais (Levcovitz, Lima & Machado, 2001). Pode-se considerar, portanto, de acordo com Levcovitz et al. (2001), que houve avanços e o começo de uma série de mudanças no sistema de saúde no início dos anos 90. Porém, cabe, também, reconhecer que a consolidação das diretrizes e dos princípios do SUS seguiu enfrentando tensionamentos e muitas adversidades estruturais nos anos seguintes. Percebe-se que este marco histórico de transformação na saúde pública brasileira é extremamente recente. Há menos de 30 anos aparece como lei a responsabilidade estatal de desenvolver ações que ofereçam condições necessárias de acesso à saúde, promovendo-se, desta forma, o início de uma organização política para engendrar mudanças e resolver os problemas de saúde da população.

Dentre os diversos problemas identificados no campo da saúde pública brasileira registrados na literatura (Garlet, Lima, Santos & Marques, 2009b; Mendes et al. 2013; Dal Pai & Lautert, 2009; Viola et al., 2014), destacam-se, especialmente, a complexidade estrutural e os entraves enfrentados pelo atendimento realizado nos serviços de urgências e emergências hospitalares, como a superlotação e a sobrecarga de trabalho para as equipes de saúde. Nesses setores hospitalares específicos, encontram-se profissionais que lidam direta e cotidianamente tanto com a intensidade dessas demandas, como, também, com a incontornável exposição à precariedade de recursos necessários para a qualidade de suas intervenções.

Estudos que buscam investigar o trabalho desses profissionais e as especificidades do cuidado em saúde (Alves, Rocha, Ribeiro, Gomes & Brito, 2013; Avelar & Paiva, 2010; Elias, Souza & Vieira, 2014; Kovács, 2010), permitem constatar a pertinência de dar voz ao sujeito que trabalha com esta peculiar prática do cuidado ao outro em um cotidiano laboral marcado por impactantes adversidades. Logo, considerando a relevância do tema, o foco deste estudo é discutir a complexidade inerente ao trabalho de profissionais de Enfermagem no contexto hospitalar de urgência e emergência, tomando como ponto de partida possíveis articulações entre aspectos relevantes deste campo apontados em publicações científicas sobre o assunto e os aportes psicanalíticos sobre a temática do cuidado. Cabe ressaltar a constatação de significativa escassez de estudos teóricos disponíveis a partir do olhar da Psicologia, e mais especificamente, de contribuições da Psicanálise, na leitura e na problematização de elementos psíquicos presentes na atividade de profissionais do cuidado em serviços que contemplam demandas de urgência e emergência.

A experiência de cuidado exercida por profissionais de Enfermagem abarca funções complexas e com especificidades que mesclam a assistência, o cuidado direto aos pacientes, no caso de auxiliares e técnicos, e o gerenciamento dos recursos, execução e avaliação da assistência, a qual requer a delegação, a orientação e a supervisão das atividades (Greco, 2004). Ao se considerar as particularidades desta profissão, entende-se que o cuidado em Enfermagem empreende integrar os conhecimentos práticos com os técnicos, de modo que haja uma efetiva articulação entre os saberes técnico científicos e as experiências subjetivas de quem realiza o cuidado (Mello & Lima, 2010).

Além das funções gerais dos ofícios desempenhados pelos profissionais de Enfermagem, há papéis e incumbências específicos a serem executados nos setores hospitalares de urgência e emergência, os quais exigem realizar o cuidado com rapidez, precisão e acuidade. Para atingirem esse propósito, os profissionais de Enfermagem fazem uso de instrumentos rígidos e protocolares. Por outro lado, também precisam ter a prontidão para criar, adequar e flexibilizar suas ações em momentos nos quais se requer

abertura e condições para lidar com o imprevisto e, assim, dar conta do que está além do controle do protocolo.

Desse modo, entende-se que há aspectos desta profissão que extrapolam as questões previstas nas normas instituídas pela formação, treinamentos e capacitações. Portanto, busca-se refletir sobre elementos psíquicos implicados na experiência laboral de oferecer o cuidado ao outro, em condições tão suscetíveis a precariedades devido aos contextos de parcos recursos e de necessidades imediatas e inadiáveis.

Nesse sentido, os aportes psicanalíticos oferecem consistentes elementos de reflexão acerca das especificidades da prática de Enfermagem em setores hospitalares de urgência e emergência, considerando-se ser um sujeito que cuida de outro e, assim, também se vê a mercê dos efeitos dessa prática laboral em sua subjetividade. Para tanto, pretende-se neste artigo delinear inicialmente um panorama do cenário de trabalho em tais unidades hospitalares de saúde para, em seguida, abordar aspectos relacionados às específicas atribuições destes profissionais. A partir destas considerações problematizam-se questões que extrapolam a necessária formação técnica, quando se trata de prestar atenção às demandas direcionadas ao sujeito que oferta ao outro sua capacidade de cuidar, considerando as peculiares condições de trabalho e as exigências inerentes ou não, aos setores hospitalares de urgência e emergência.

O contexto hospitalar de Urgência e Emergência

São os atendimentos realizados pelos setores hospitalares de urgência e emergência que socorrem pacientes em condições de saúde extremamente frágeis, que se encontram, muitas vezes, entre a vida e a morte (Dallari, Pittelli, Moraes, Pirotta & Oliveira, 2001). Assim, esses serviços no contexto hospitalar têm como finalidade o atendimento aos pacientes que estão em estado grave de saúde. Os atendimentos de urgência se propõem a oferecer uma assistência realizada de forma mais rápida possível, já o serviço de emergência procura dar conta dos casos em que há risco à vida ou ameaça de lesão permanente (Dal Pai & Lautert, 2008). Conforme definido pelo Conselho Federal de Medicina brasileiro (CFM, 1995), à urgência é atribuído o significado de ocorrência de agravo à saúde de forma imprevista, com ou sem risco de vida, cuja assistência médica é caracterizada pela necessidade de cuidados imediatos. Já a situação de emergência configura a verificação médica de agravo à saúde, na qual estão implicadas condições de sofrimento intenso ou risco iminente à vida, determinando a exigência de assistência imediata.

Partindo do reconhecimento de intensas demandas relativas ao serviço de urgência e emergência no âmbito da saúde pública brasileira, constata-se, também, tentativas políticas e sociais de implementar diretrizes que fomentem a assistência aos usuários desses serviços. Em 2003, foi implantada a Política Nacional de Atenção às Urgências - PNAU (Brasil - MS, 2006) com o objetivo de incrementar as ações de construção do SUS, alinhando os serviços direcionados às demandas de urgência e emergência de acordo com as diretrizes de universalidade, integralidade, descentralização, participação social e humanização do acesso à saúde. Desse modo, o principal intento da PNAU é garantir o acesso e o acolhimento em todos os níveis do SUS, em função da organização regionalizada e hierarquizada dos serviços, conforme a demanda do usuário e sua necessidade de complexidade tecnológica, de modo a dar conta de situações com risco de incapacidades físicas, temporárias ou permanentes, ou de morte (Brasil - MS, 2006). Segundo Garlet, Lima, Santos e Marques (2009a), ainda que tenha sido formulada uma política específica voltada às urgências mediante propostas de ações que qualifiquem os atendimentos à população, a atenção aos serviços de urgência e emergência, até então, apresenta uma série de fragilidades, como a inexistência de considerável descentralização da assistência na maioria das áreas urbanas e de uma organização efetiva dos fluxos de atendimento. Assim, pode-se constatar que, se medidas são propostas, elas também ficam aquém do que as reais necessidades impõem.

As adversidades enfrentadas por unidades de urgência e de emergência no Brasil enfatizadas por algumas publicações (Bittencourt & Hortale, 2009; Garlet et al., 2009b) abrangem a falta de equipamentos e de recursos materiais, os espaços físicos insuficientes, a escassez de leitos para internação e o tempo prolongado de permanência de usuários em salas de observação. Dessa forma, esses locais de assistência, que deveriam ser transitórios e destinados a cuidados emergenciais, acabam por tornarem-se espaços de internação e de superlotação de pacientes. Nessa perspectiva, pode-se considerar que a finalidade específica do atendimento de emergência, a partir de limitações já descritas, não se efetiva. Os profissionais que atuam nesse cenário de caos, no qual há importante alteração do fim para o qual são estruturados, acabam também se tornando alvo de diversas e complexas demandas. Segundo Garlet et al. (2009a), o constante enfrentamento de dificuldades e da necessidade de sobrevivência nessa conjuntura caótica faz com que a equipe de profissionais e os usuários do serviço tenham que se submeter e se adaptar a uma situação precária tanto de trabalho como do cuidado à saúde.

Nesse sentido, é imprescindível considerar não somente o risco à saúde, pertinente à fragilidade estrutural e aos parcos recursos econômicos e materiais destinados às intervenções clínicas, mas, também, considerar a imperiosa reflexão sobre temas não menos importantes que extrapolam o colapso das condições de saúde pública e aludem a questões de outra ordem. Nessa direção, situam-se as conflitivas experienciadas por sujeitos trabalhadores nesse contexto de precariedade e de intervenções, necessariamente, sustentadas na capacidade de dedicar atenção à urgência de outro. No cenário de demandas não contempladas pela escassez de recursos materiais pode, também, marcar presença outro tipo de fragilidade que corre o risco de se perder e se tornar invisível, na medida em que está imersa nesse amplo cenário de crise. Logo, as emergências mais facilmente identificadas podem suplantar e desmerecer outras demandas cuja intensidade e dramaticidade aludem a “emergências” próprias ao sujeito psíquico.

Dentre as questões investigadas relativas aos profissionais da saúde, constata-se a ênfase em pesquisas sobre o adoecimento (Lima & Assunção, 2011; Martins et al., 2009; Mendes et al., 2013; Dal Pai & Lautert, 2009; Pereira et al., 2013). Os estudos apontam para o fato de que a prática do cuidado, do contato constante com a doença e a dor do outro, somada à sobrecarga e às condições de trabalho insuficientes para um atendimento qualificado, constituem fatores que desencadeiam um processo de sofrimento psíquico no próprio profissional. Nesse sentido, é pertinente considerar que exercer a função de cuidador implica na assunção de responsabilidades diante do enfrentamento de significativas intensidades experienciadas e que exigem um preparo para além da formação técnica (Baldo, 2011). Logo, é pertinente e relevante empreender estudos que contemplem uma reflexão aprofundada sobre o sujeito que exerce o cuidado.

Mais especificamente, estudos sobre profissionais que trabalham em serviços de urgência e emergência acabam por explorar aspectos relativos à área de Enfermagem (Kogien & Cedar, 2014; Montezelli, Peres & Bernardino, 2011; Santos & Lima, 2011; Santos, Lima, Pestana, Garlet & Erdmann, 2013). Como característica específica da profissão, assinala Kovács (2010), está a sobrecarga do trabalho resultado de uma combinação de vários aspectos, tais como, a complexidade das tarefas a serem executadas e o número insuficiente de profissionais na equipe, desproporcional ao volume excessivo de usuários que buscam atendimento. Além disso, são profissionais que precisam administrar as situações de trabalho relativas aos comandos do médico, o cuidado das necessidades do paciente e as demandas solicitadas pelos familiares (Kovács, 2010).

Ao reconhecer o universo complexo de adversidades que circunda o exercício do cuidado, marcado por heterogêneas demandas e atravessado por reconhecidas dificuldades estruturais, cabe a reflexão sobre os efeitos destas precariedades e intensidades experienciadas, considerando-se o sujeito que exerce o cuidado como uma condição inerente a seu fazer laboral. Logo, frente à inegável complexidade presente no universo do profissional de Enfermagem e, ponderando-se que a ele se impõem precárias circunstâncias de trabalho, busca-se refletir sobre elementos que perpassam o exercício de cuidado, a saber, o desafio de cuidar de outro e o cuidar de si, que extrapolam os protocolos prescritos.

O sujeito do cuidado: para além da capacitação técnica

A capacitação técnica é imprescindível para o exercício de qualquer prática laboral. No entanto, profissões que se dedicam ao cuidado do outro remetem a exigências do trabalho que extrapolam a formação técnica, sendo essas relacionadas à própria subjetividade do trabalhador que, ao cuidar do outro, precisa, também, reconhecer suas próprias necessidades de cuidado (Dal Forno, 2015).

A Lei nº 7.498 que regulamenta o exercício de Enfermagem dispõe que esta atividade é desempenhada exclusivamente pelos seguintes profissionais: enfermeiro, técnico de Enfermagem, auxiliar de Enfermagem e parteira, tendo cada um deles atribuições diferenciadas e um grau específico de habilitação (COFEN, 1986). Desse modo, tal legislação define como privativo ao exercício do enfermeiro os cuidados diretos a pacientes em estado grave, com risco de vida, e cuidados de assistência de maior complexidade técnica, os quais demandam conhecimentos científicos específicos e capacidade de tomada de decisão imediata. Quanto ao Técnico de Enfermagem e ao Auxiliar de Enfermagem, está regulamentada (COFEN, 1986) que a estas profissões, sob supervisão e orientação do enfermeiro responsável, está atribuída a participação na execução do Processo de Enfermagem. Conforme disposto na Resolução 358 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2009), o exercício profissional de Enfermagem é constituído por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que sistematiza o trabalho acerca do método, equipe e instrumentos, e do Processo de Enfermagem. Este é organizado em cinco diferentes e interdependentes etapas, são elas: coleta de dados (sobre informações do usuário ou grupo de usuários que estão sendo avaliados), diagnóstico (interpretação das informações coletadas e tomada de decisão para a escolha de intervenções a serem realizadas), planejamento (definição dos resultados que se pretende alcançar), implementação (realização das intervenções) e

avaliação (verificação das mudanças alcançadas pelas ações realizadas e do que deve ser alterado ou adaptado).

Segundo afirmam Maria, Quadros e Grassi (2012), a ciência da Enfermagem ainda tem buscado construir sua identidade na área da assistência à saúde e estruturar o reconhecimento do valor de sua profissão. O estudo realizado pelas autoras apresenta a percepção de uma equipe de Enfermagem, dos serviços de urgência e emergência de um hospital, de que haveria falta de suporte da própria organização de saúde e de outros profissionais ao trabalho da Enfermagem. Os participantes dessa pesquisa evidenciaram o desejo de serem reconhecidos e valorizados pela bagagem científica e práticas profissionais que desempenham, além de buscarem desenvolver um trabalho integrado com toda a equipe de saúde, que extrapole a execução de tarefas pautadas no modelo biomédico e tecnicista ainda predominante na área em questão. Dessa forma, as autoras sustentam a necessidade de reflexão e planejamento das práticas de Enfermagem no sentido de se contrapor a postura de submissão desses profissionais à classe médica. Nesse sentido, é considerada fundamental a prática do Processo de Enfermagem, o qual constitui o método científico da profissão que sistematiza e possibilita a investigação das demandas dos usuários e orienta como as possíveis intervenções devem ser estruturadas e direcionadas. Para as autoras, segundo determinado pelo COFEN, tal sistematização deve ser implantada em todos os serviços de saúde os quais oferecem assistência de Enfermagem. Entretanto, é ressaltada a precariedade característica tanto de recursos humanos como de recursos materiais no contexto hospitalar e, principalmente, em unidades de urgência e emergência, que não somente dificulta como pode inviabilizar a implantação da SAE.

O estudo conduzido por Garlet et al. (2009a) também analisou as concepções dos profissionais de uma equipe alocada em uma unidade de urgência e emergência acerca da finalidade do seu trabalho. Os participantes de tal pesquisa reconhecem que as unidades de urgência e emergência são solicitadas a dar conta de um grande número de atendimentos, os quais provêm de diferentes complexidades clínicas ou traumáticas, sendo que muitos deles não correspondem a estados graves de saúde. Esse fator, combinado com dificuldades de acesso a recursos, por parte da equipe, de gestão e de organização dessas unidades, resulta na gravidade das adversidades enfrentadas pelos profissionais da Enfermagem.

Para além das demandas apontadas e da exigência de um trabalho técnico sistematizado e pautado em formação científica específica da área de Enfermagem, propõe-se uma especial atenção às condições intrínsecas à prática de cuidado ao cuidador. Conforme afirmam Rossi, Gavião, Lucia e Awada (2004), as demandas que surgem em unidades de urgência e emergência constituem um trabalho intenso não somente do ponto de vista técnico, mas, também, de cunho emocional, sendo que a sobrecarga e a imersão nas tarefas desempenhadas dificultam uma reflexão sobre a própria prática do cuidado.

Segundo indicam Sá, Carreteiro e Fernandes (2008), os profissionais da saúde em unidades de urgência e emergência estão conectados às organizações nas quais trabalham e ao exercício que desempenham, principalmente, por vínculos afetivos. Nesse sentido, os autores afirmam existir uma significativa dimensão intersubjetiva na assistência em saúde, a qual exige uma disponibilidade relacional por parte dos profissionais da área.

De acordo com essa perspectiva, Kovács (2010) menciona que os profissionais do cuidado em saúde, de maneira geral, estão em constante contato com a dor, a perda, o sofrimento do outro e, por isso, encontram-se submetidos a condições de trabalho nas quais não há espaço para o compartilhamento de sua própria fragilidade, de seus sentimentos, medos e incertezas. É importante ressaltar que na formação desses trabalhadores ainda predomina o estímulo de uma atenção voltada à cura e às dimensões técnicas de manejo e de controle da doença sem, necessariamente, considerar aspectos relacionados ao estabelecimento de vínculos com os pacientes e aos fatores afetivos e cognitivos da equipe implicados no cuidado (Kovács, 2010).

Além disso, Sá et al. (2008) afirmam que o trabalho na área de emergência de um hospital público é permeado por uma demanda que está além do volume excessivo de atendimento e das dificuldades de ordem material. Nessa visão, a exigência de cuidado é atravessada por solicitações de amparo e por necessidades simbólicas. Tais profissionais, situados na linha de frente de trabalho nestes locais, acolhem as demandas urgentes e emergentes de cuidado e lidam com fragilidades de saúde de ordem não somente física, mas psíquica. Assim, entende-se que a atenção ao cuidado em situações de urgência e emergência não deve se restringir à perspectiva biomédica, mas, sim, às questões sociais e subjetivas implicadas no processo (Sá et al., 2008; Garlet et al., 2009a).

Em consonância com os argumentos desenvolvidos a respeito do trabalho exercido no contexto de urgências e emergências, conjectura-se, portanto, fundamental reconhecer a relevância de dedicar atenção aos aspectos subjetivos daquele que exerce o cuidado. Muito além da técnica está um sujeito que a coloca em ação e ao qual não se pode desconsiderar sob risco de que, dessa forma, também se inviabilize a

essência de sua ação laboral. Nesta direção, não se trata de desacreditar a valia da técnica e do constante aprimoramento profissional na busca de um serviço de cuidado de excelência. Porém, na medida em que não há dúvidas sobre ser sempre um sujeito que põe em ação a teoria e a técnica, inegavelmente, na qualidade do cuidado estará implicado aquilo que se refere às condições do humano que exerce seu trabalho.

A experiência laboral de cuidar

O trabalho na vida de um profissional, conforme Kegler (2011), é resultado de recíprocas interações entre a vida intra e intersubjetiva. A prática laboral possibilita ao sujeito a obtenção de satisfações concretas e simbólicas sendo as primeiras associadas a condições de bem-estar material, incluindo-se recursos de viabilização da sobrevivência. As segundas, por sua vez, aludem a uma singular e complexa construção de representações e sentidos atribuídos pelo sujeito a sua função laboral. Essas últimas satisfações, segundo a autora, são permeadas por inclinações e desejos que estão para além do domínio da consciência. Desse modo, destaca-se a centralidade da atividade profissional para o sujeito, sendo o trabalho importante recurso de configuração e percepção valorativa de si mesmo e do ambiente onde está situado (Kegler, 2011).

Ao encontro dessas proposições, Dal Forno (2015) apresenta argumentos que permitem considerar o trabalho como experiência de criação e, também, oportunidade de troca de significações por meio do reconhecimento obtido pelos sujeitos, com reflexos em suas identidades pessoais e sociais. Desse modo, o autor aponta para o lugar central que o trabalho ocupa na vida do sujeito por estar intrinsecamente relacionado a aspectos identitários; é via prática laboral que o sujeito constitui-se e coloca-se em relação com o outro. Esta perspectiva parte da teoria de Christophe Dejours, que considera a centralidade do trabalho na vida do sujeito e a possibilidade de construção de sentidos para si mesmo mediante a vivência laboral. Para Dejours (2011), a essa vivência corresponde um significado sempre particular e relativo à constituição subjetiva de quem realiza o trabalho.

O trabalho é conceituado por Dejours (2012a) como consistindo no hiato existente entre a concepção da tarefa e aquilo que efetivamente o trabalhador executa a partir de sua interpretação. Em outras palavras, segundo Dejours (2012a), o trabalho corresponde ao que preenche a lacuna existente entre o que está prescrito para a tarefa e aquilo que o trabalhador efetiva mediante sua ação. Assim, a capacidade criativa e inventiva do trabalhador ganha destaque frente às dificuldades da vida laboral real, por ser o trabalho, sobretudo, criação necessitando sempre ser inventado. Logo, quando o sujeito segue rigorosamente as prescrições – o que está posto no protocolo que orienta sua ação – e algo falha ou não funciona, o trabalho passa a existir por aquilo que o trabalhador se vê desafiado a criar mediante as circunstâncias reais; estas nunca de todo previstas.

Dejours (2012a) define que o trabalhador está no real quando, mesmo equipado com todo seu saber, encontra-se limitado pela resistência do mundo. O real, então, é conhecido pelo sujeito que trabalha mediante a experiência de fracasso, este experimentado com sentimentos de impotência, de angústia, ou demais afetos desagradáveis, caracterizados por irritação, desânimo e decepção. É neste momento que pode ocorrer a superação do real, a partir da capacidade criativa do profissional, singular a cada um, resultando na mobilização de uma *inteligência inventiva*. Assim, quando ocorre tal superação, aciona-se a capacidade do sujeito de descobrir e inventar, definida por Dejours (2012a) como *inteligência criativa*.

A *clínica do trabalho*, postulada por Dejours (2012b), estrutura-se, portanto, no pressuposto de que o trabalho não está restrito à atividade de produção do mundo subjetivo, porém significa sempre uma possibilidade de construção da subjetividade. Esta pode tornar-se ampliada, expandida ou, em contrapartida, mortificada mediante experiência laboral. Trabalhar pauta-se no enfrentamento criativo dos desafios da realidade, por meio da criação de soluções que extrapolam as tarefas prescritas, de modo que, ao transformar os limites do real, o sujeito também sai transformado da experiência. É nessa direção que o conceito de *trabalho vivo* de Dejours (2012b) alude à capacidade do sujeito de persistir mediante o fracasso imposto pelo real e, frente à inoperância das prescrições, criar o trabalho propriamente dito. Ao lançar mão da inteligência inventiva, correspondente à evolução da personalidade pela aquisição de uma habilidade, o *trabalho vivo* não compreenderia somente a produção de resultados, mas consistiria ainda na transformação de si próprio. Toda a relevância da atividade laboral estáposta na subjetividade. Assim, para Dejours (2012b), não há trabalho sem sujeito e sem a interpretação que este faz sobre o trabalho.

Corroborando tal perspectiva, Dal Forno (2015) situa as profissões dedicadas ao ofício de cuidar, ponderando que o protocolo a ser executado é uma ferramenta operatória relevante, mas não significa uma garantia de resolução de todas as demandas impostas pela realidade. Dessa maneira, o profissional vê-se exigido a fazer frente às inoperâncias das prescrições como forma de criar soluções inéditas, sempre ancoradas em sua capacidade singular. Nesse cenário, torna-se fundamental problematizar a temática do cuidado frente às especificidades laborais exigidas nas unidades de urgência e emergência no âmbito hospitalar, cujo cotidiano de execução se pauta tanto na existência de protocolos como na presença do

imprevisto e, portanto, na necessidade de execução de um *trabalho vivo*. Segundo Figueiredo (2007), as tarefas associadas ao cuidar são características de todas as atribuições de profissionais das áreas da saúde e da educação, além de fazerem parte de atividades e práticas realizadas pelos sujeitos sociais, na condição de seres humanos.

De acordo com as reflexões de Costa (2009) acerca da obra do filósofo Martin Heidegger intitulada “Ser e tempo”, o homem depara-se com a possibilidade de a qualquer momento sua vida findar-se e, se tiver o intuito de prolongar sua existência, deverá exercer o cuidado. Sabendo de sua finitude, da certeza de frustração e castração por meio da morte, o homem deseja, cuida e luta pela duração da vida. Enquanto ao homem interessa viver, é a ameaça constante de morte que desperta a condição de zelo no ser humano, sendo a instância do cuidado continuamente presente e inevitável. Para o autor, “a iminência contínua da morte, sua perpétua pendência e a possibilidade da efetivação do risco e da ameaça que ela representa conferem à vida uma fragilidade quase constrangedora” (Costa, 2009, p. 32). Assim, conclui Costa (2009) que a condição de mortalidade estabelece o fundamento para a dimensão do cuidado, e afirma que viver é cuidar.

Costa (2009) e Figueiredo (2007) concordam que a tarefa de cuidar desempenhada pelo homem é o criar sentido, é inclinar-se para a vida e inventar de forma criativa sua própria existência. Na direção de investir na própria existência de forma criativa, Figueiredo (2007) considera fundamental que o sujeito cuide de si e aceite ser cuidado, a fim de desenvolver a disposição e a prontidão necessárias para cuidar do outro.

Nesse sentido, o exercício de permitir-se ser cuidado, garante uma possibilidade de troca e de mutualidade de cuidados que, na visão do autor, é um dos princípios éticos fundamentais que deve ser seguido e transmitido. Desse modo, esse exercício de alteridade, de reconhecimento das diferenças, de limites inerentes a todo cuidador, protege o sujeito, a quem o cuidado é voltado, de uma prática tirânica de imposição, excessos e exercício de domínio por parte daquele que cuida. Figueiredo (2007) denomina como *presença reservada* a modalidade de cuidado na qual o cuidador oferece ao sujeito, objeto de seu cuidado, um espaço livre de excessos e de saturação que o despotencializariam e o aprisionariam. A quem é cuidado, é oferecido tempo e possibilidade de esperar, por aquele que se dispõe a cuidar e que se mantém disponível, sem intromissões desmedidas. No que tange à *presença implicada*, por sua vez, Figueiredo (2007) relaciona-a às ações de acolher, conter e sustentar as necessidades do outro; de reconhecer e prestar atenção ao que é singular do sujeito e suas necessidades. Além disso, o cuidador, ao exercer a *presença implicada*, tem a função de marcar a diferença e a incompletude da existência humana, de modo a estabelecer um limite para o sujeito entrar em contato com os imperativos da lei, da alteridade, da finitude e da morte. Nesse sentido, Figueiredo (2007) sublinha a importância de haver um equilíbrio dinâmico entre as diferentes dimensões que constituem o cuidado, funções que devem alternar entre a *presença implicada* e a *presença em reserva*.

Nessa direção, encontra-se em Winnicott (1983) subsídios à reflexão sobre o tema do cuidado, o que possibilita uma importante interlocução. Segundo a teoria do desenvolvimento winnicottiana, o lactente é totalmente dependente da provisão física da mãe desde a vida intrauterina e depois dos seus cuidados iniciais. Desse modo, o bebê deverá contar com uma *mãe suficientemente boa* que exerce sua *preocupação materna primária* para, assim, apresentar um ambiente favorável ao processo de maturação da criança. Processo esse que permite a passagem pelas fases de dependência absoluta, dependência relativa, chegando à independência. No entanto, Winnicott (1983) salienta que a mãe necessita igualmente de apoio para dar conta dessa função, contando com seu ambiente, seja o pai da criança, a sua própria mãe, a família.

Durante a fase de dependência absoluta existe uma preocupação, ou como bem salientado por Winnicott (1983), uma devoção da mãe aos cuidados de seu bebê uma vez que ela consegue identificar-se com seu estado dependente e vulnerável. A partir da disponibilidade materna em prover as demandas do seu bebê, ela o mantém em uma ilusão de onipotência essencial para sua formação de ego e de *self*. Ao ego, relaciona-se “um conjunto de experiências que o indivíduo agrupa numa unidade pessoal; enquanto que ao *self* corresponde a experiência da unidade empírica do indivíduo na sua relação com o mundo” (Fulgêncio, 2014, p. 189). Winnicott (1975) indica que tal ilusão fomenta-se na sustentação e manejo satisfatórios, além da apresentação dos objetos de forma que esses passam a ser utilizados pelo bebê como se fossem criações próprias.

Aos poucos, a partir de uma progressiva quebra da onipotência, a criança passa para uma condição de dependência relativa, quando a mãe é percebida como objeto e a criança tem a possibilidade de sentir-se real, no sentido de abrir para a possibilidade de construir um caminho próprio de existir, de se relacionar consigo mesma e com os outros (Winnicott, 1983). A função materna, contempla, tem segundo aportes winnicottianos, a capacidade de adaptação da mãe ao seu bebê, que está intrinsecamente ligada ao

exercício do *holding*. Ao referir-se a esse termo, Winnicott (1983) salienta que ele abarca não apenas o segurar, o sustentar fisicamente o lactente, mas toda a provisão ambiental que vai permitir o bebê *viver com*. Assim, é por meio do cuidado materno que o bebê será capaz de ter uma experiência pessoal, construindo a *continuidade do ser* (Winnicott, 1983). Quando esses cuidados iniciais se apresentam de forma não suficientemente boa, a personalidade da criança passa a se desenvolver baseada em reações e irritações do meio. Na base da relação mãe-bebê encontra-se, ainda, o desenvolvimento da *capacidade de preocupar-se*. Como preocupação tem-se a condição do indivíduo se importar, ou valorizar, tanto aceitar como sentir responsabilidade (Winnicott, 1983). Entende-se, portanto, que também nessa fase está a base daquilo que será a possibilidade do sujeito vir a cuidar de um outro.

Dessa forma, um dos objetivos do cuidar seria propiciar condições para desenvolver capacidades cuidadoras em quem é cuidado, de modo que as funções cuidadoras pudessem ser introjetadas (Figueiredo, 2007). O que se espera, portanto, é que a ação de cuidado ofereça ao sujeito uma vivência de integração que possibilite a ele a criação de novas formas de cuidar, já que as tarefas de cuidado extrapolam tentativas de prescrição e ensino das mesmas (Figueiredo, 2007).

Considerando-se o objetivo deste artigo, no sentido de explorar as particulares condições implicadas no exercício de cuidado desempenhado por profissionais no contexto de urgências e emergências, entende-se a relevância de abranger uma reflexão a respeito dos complexos elementos implicados no trabalho de cuidar. A temática do cuidado, então, proposta a partir de aportes teóricos psicanalíticos, coloca, inevitavelmente, em cena a importância do cuidado ao cuidador, ou seja, ressalta a consideração aos desdobramentos desta atividade que impacta, necessariamente, o sujeito e o outro.

Considerações Finais

A alarmante escassez de recursos do sistema de saúde e seus entraves estruturais impactam não somente a qualidade dos atendimentos oferecidos à população, mas, também, o cotidiano de trabalho dos profissionais, em suas práticas de assistência e cuidado. Acredita-se que, por meio da compreensão das dimensões psíquicas implicadas neste cenário, poder-se-á propor ações que venham ao encontro de práticas que promovam capacitação e acolhimento às demandas de profissionais que trabalham em contexto hospitalar de urgência e emergência.

Salienta-se, desse modo, a importância das instituições de saúde reconhecerem que os sujeitos que ali trabalham também podem padecer, independentemente da existência de protocolos e procedimentos de atendimento que lhes sirvam como estratégias defensivas. Tais profissionais estão expostos a sucessivas situações de descompasso entre as graves circunstâncias de saúde, a que são convocados a resolver rapidamente, e a precariedade de recursos e de condições de trabalho, frente à exigência, inegociável e radical, de um desempenho profissional eficaz e de qualidade. É neste panorama, então, que o imprevisto e a intensidade do que é emergente irrompem, pondo em cheque a formação, o treinamento e o protocolo de intervenções. É o sujeito cuidador, por meio de sua capacidade criativa, que precisará entrar em cena para fazer frente àquilo que as prescrições não conseguem dar conta, na forma de um real que se impõe como convocatória ao salvamento da vida de quem chega aos serviços de urgência e emergência.

Fatores complexos, portanto, são inerentes ao exercício laboral de cuidado ao outro. Nos cenários hospitalares de urgência e emergência, intensas demandas de atendimento e precárias condições estruturais se somam àquelas situações nas quais o profissional do cuidado é convocado a fazer frente aos desafios de um real que se impõe a despeito de qualquer protocolo. Faz-se mister, então, o desenvolvimento de um potencial criativo, de persistência e prontidão, para a realização de um *trabalho vivo* no qual os protocolos fracassam (Dejours, 2012b), explicitando uma condição de cuidar. Essa está fundada nas vivências de cuidado introjetadas desde os tempos primeiros no qual se pôde, ou não, experimentar a qualidade de um encontro que proporcionou ser cuidado.

De acordo com as atuais publicações revisadas, advindas essencialmente da área da Enfermagem, há, atualmente, a necessidade de estudos que visem a contribuir com o debate sobre as dificuldades enfrentadas pelos serviços de urgência e emergência e para a construção de conhecimento sobre as potencialidades, as possíveis soluções para os problemas que caracterizam a assistência e as condições de trabalho dos sujeitos ali alocados. Dessa forma, entende-se que cabe também aos profissionais e teóricos da Psicologia a reflexão acerca dos aspectos psíquicos constitutivos e exigidos na experiência laboral desses profissionais. Trata-se de desenvolver estudos que articulem os saberes técnicos, pautados no modelo biomédico, ainda predominante na área da saúde, às experiências subjetivas daqueles que desempenham o cuidado. É necessário, para isso, ampliar a discussão de tal temática, de modo a considerar não somente a importância do preparo técnico-científico, mas de atribuir a devida relevância às condições subjetivas do profissional acerca do campo de investimentos, de reserva de recursos psíquicos para si no que tange à disposição e à prontidão para o cuidado do outro.

Referências

- Alves, M., Rocha, T. B., Ribeiro, H. C. T. C., Gomes, G. G., & Brito, M. J. M. (2013). Particularidades do trabalho do enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte. *Texto e Contexto Enfermagem*, 22(1), 208-15. doi: 10.1590/S0104-07072013000100025
- Avelar, V. L. L. M., & Paiva, K. C. M. (2010). Configuração identitária de enfermeiros de um serviço de atendimento móvel de urgência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 1010-1018. doi: 10.1590/S0034-71672010000600022
- Baldo, M. A. (2011). *A experiência do técnico de enfermagem em UTI: aportes psicanalíticos sobre o cuidado e a dor* (Dissertação de Mestrado não publicada). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Bittencourt, J. R., & Hortale, V. A. (2009). Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(7), 1439-1454. doi: 10.1590/S0102-311X2009000700002
- Brasil - Casa Civil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.
- Brasil - Casa Civil (1990). *Lei nº 8080*, de 19 de setembro de 1990. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
- Brasil - Ministério da Saúde. (2006). *Política nacional de atenção às urgências*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- CFM, Conselho Federal de Medicina (1995). *Resolução nº 1451/95*, do dia 10 de março de São Paulo. Recuperado de: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm.
- COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. (1986). *Lei nº 7.498*, de 25 de junho de 1986. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm.
- COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. (2009). *Resolução 358*. Recuperado de: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html.
- Costa, A. (2009). A fábula de Higino em Ser e tempo: das relações entre cuidado, mortalidade e angústia. In M. S. Maia (Org.), *Por uma Ética do Cuidado* (pp. 29-51). Rio de Janeiro: Garamond.
- Dal Forno, C. (2015). *Especificidades da experiência profissional de bombeiros*. (Dissertação de mestrado não publicada). Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Dal Pai, D., & Lautert, L. (2008). O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(3). doi: 10.1590/S0104-11692008000300017
- Dal Pai, D., & Lautert, L. (2009). Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho da enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(1), 60-65.
- Dallari, S. G., Pittelli, S. M., Moraes, S., Pirotta, W. R., & Oliveira, M. L. (2001). Atendimento médico de urgência na grande São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 10(2), 75-99.
- Dejours, C. (2011). Entre sofrimento e reapropriação: o sentido do trabalho. In S. Lancman, & L. Sznelwar (Orgs.), *Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (pp. 433-448). Brasília: Paralelo 15/ Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Dejours, C. (2012a). *Trabalho Vivo – Tomo I - Sexualidade e trabalho*. Brasília: Paralelo 15.
- Dejours, C. (2012b). *Trabalho Vivo – Tomo II - Trabalho e emancipação*. Brasília: Paralelo 15.
- Elias, E. A., Souza, I. E. O., & Vieira, L. B. (2014). Significados do cuidado-de-si-mesmas de mulheres profissionais de enfermagem em uma unidade de pronto atendimento. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 18(3), 415-420. doi: 10.5935/1414-8145.20140059
- Figueiredo, L. C. (2007). A metapsicologia do cuidado. *Psychê*, 21, 13-30.
- Fulgêncio, L. (2014). Aspectos diferenciais da noção de ego e de self na obra de Winnicott. *Estilos Clínicos*, 19(1), 183-198.
- Garlet, E. R., Lima, M. A. D. S., Santos, J. L. G., & Marques, G. Q. (2009b). Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto e Contexto Enfermagem*, 18(2), 266-72. doi: 10.1590/S0104-07072009000200009
- Garlet, E. R., Lima, M. A. D. S., Santos, J. L. G., & Marques, G. Q. (2009a). Finalidade do trabalho em urgências e emergências: concepções de profissionais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(4).
- Greco, R. M. (2004). Relato de Experiência: ensinando a Administração em Enfermagem através da Educação em Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(4), 504-507. doi:10.1590/S0034-71672004000400026.

- Kegler, P. (2011). *A travessia do si mesmo na passagem para a reserva: enlaces entre trabalho e narcisismo* (Dissertação de mestrado não publicada). Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Kogien, M., & Cedar, J. J. (2014). Pronto-socorro público: impactos psicossociais no domínio físico da qualidade de vida de profissionais de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(1), 1-8. doi: 10.1590/0104-1169.3171.2387
- Kóvacs, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O Mundo da Saúde*, 34(4), 420-429.
- Levcovitz, E., Lima, L. D., & Machado, C. V. (2001). Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2), 269-291.
- Lima, E. P. & Assunção, A. A. (2011). Prevalência e fatores associados ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em profissionais de emergência: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 14(2), 217-230. doi: 10.1590/S1415-790X2011000200004
- Maria, M. A., Quadros, F. A. A., & Grassi, M. F. O. (2012). Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 297-303.
- Martins, P. F., Sobrinho, C. L. N., Silva, M. V., Pereira, N. B., Gonçalves, C. M., Rebouças, B. S., & Cartaxo, L. A. (2009). Afastamento por doença entre trabalhadores de saúde em um hospital público do estado da Bahia. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 34(120), 172-178.
- Mello, D. F., & Lima, R. A. G. (2010). O cuidado de Enfermagem e a abordagem winniciottiana. *Texto e Contexto Enfermagem*, 19(3), 563-569. doi:10.1590/S0104-07072010000300019
- Mendes, A. C. G., Araújo Júnior, J. L. A. C., Furtado, B. M. A. S. M., Duarte, P. O., Silva, A. L. A., & Miranda, G. M. D. (2013). Condições e motivações para o trabalho de enfermeiros e médicos em serviços de emergência de alta complexidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(2), 161-166. doi: 10.1590/S0034-71672013000200002
- Montezelli, J. H., Peres, A. M., & Bernardino, E. (2011). Demandas institucionais e de cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(2), 348-354. doi: 10.1590/S0034-71672011000200020
- Pereira, D. S., Araújo, T. S. S. L., Gois, F. L., Gois Júnior, J. P., Rodriguez, E. O. L., & Santos, V. (2013). Estressores laborais entre enfermeiros que trabalham em unidades de urgência e emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34 (4), 55-61. doi: 10.1590/1983-1447.2014.01.39824
- Rossi, L., Gavião, A. C. D., Lucia, M. C. S., & Awada, S. B. (2004). Psicologia e Emergências Médicas: uma aproximação possível. *Psicologia Hospitalar (São Paulo)*, 2(2).
- Sá, M. C., Carretero, T. C., & Fernandes, M. I. A. (2008). Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(6), 1334-1343. doi: 10.1590/S0102-311X2008000600014
- Santos, J. L. G., Lima, M. A. D. S., Pestana, A. L., Garlet, E. R., & Erdmann, A. L. (2013). Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(2), 136-143.
- Santos, J. L. G., & Lima, M. A. D. S. (2011). Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(4), 695-702.
- Viola, Dan Carai Maia, Cordioli, Eduardo, Pedrotti, Carlos Henrique Sartorato, Iervolino, Mauro, Bastos Neto, Antonio da Silva, Almeida, Luis Roberto Natel de, Neves, Henrique Sutton de Sousa, & Lottenberg, Claudio Luiz. (2014). Unidades avançadas: medidas de qualidade no atendimento de urgência e emergência. *Einstein (São Paulo)*, 12(4), 492-498. doi: 10.1590/S1679-45082014GS2894
- Winnicott, D. W. (1975). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1983). *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed.

Received:
Accepted: