

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA – FAMED
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

**O CURADOR FERIDO: O ENCONTRO ANALÍTICO PSICÓLOGO-PACIENTE NA
ATUAÇÃO HOSPITALAR**

RAFAELA FERREIRA MARQUES

Uberlândia, MG

2020

RAFAELA FERREIRA MARQUES

**O CURADOR FERIDO: O ENCONTRO ANALÍTICO PSICÓLOGO-PACIENTE NA
ATUAÇÃO HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Residência (TCR)
apresentado a Universidade Federal de Uberlândia
(UFU), como requisito à obtenção de título de
psicóloga hospitalar especialista em Atenção ao
Paciente em Estado Crítico

Orientadora: Ma. Luzia Silva dos Santos

Coorientadora: Ma. Tassiana Gonçalves C. dos Santos

Uberlândia, MG

2020

Marques, Rafaela Ferreira, 1992.

O CURADOR FERIDO: O ENCONTRO ANALÍTICO PSICÓLOGO-PACIENTE NA ATUAÇÃO HOSPITALAR/Rafaela Ferreira Marques. -2020.

Orientadora: Luzia Silva dos Santos.

Coorientadora: Tassiana Gonçalves C. dos Santos.

Monografia (Residência Multiprofissional) - Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Medicina.

Inclui Bibliografia.

1. Residência Multiprofissional. I. Santos, Luzia Silva dos, 1989-, (Orient.). II. Santos, Tassiana Gonçalves Constantino dos, 1989-, (Coorient.). III. Universidade Federal de Uberlândia. Faculdade de Medicina. VI. Título.

Ficha Catalográfica com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

Sumário

Introdução	5
Metodologia	8
Desenvolvimento	9
<i>O encontro analítico emergente</i>	9
<i>Inconsciência mútua</i>	13
<i>Conscientizar e transformar</i>	16
Considerações finais	18
Referências bibliográficas	19

Resumo: O ambiente hospitalar ainda é marcado pela predominância do modelo biomédico que preconiza a objetividade e a neutralidade do profissional de saúde no ato do cuidado. Compreendendo que o profissional de saúde estabelece uma relação transferencial com o paciente durante sua internação e tratamento, surge a seguinte questão: em sua atuação, é possível que o psicólogo no contexto hospitalar ignore sua subjetividade e aquilo que lhe afeta durante o tratamento e o encontro analítico com o paciente? A partir disto, o presente artigo tem como objetivo compreender as implicações dos aspectos transferenciais e contratransferenciais na relação psicólogo-paciente. Os relatos de experiência da pesquisadora foram articulados com a teoria junguiana e o conceito da imagem arquetípica do curador ferido para a construção do presente artigo. Desta forma, conclui-se que não seja possível desprezar a subjetividade do profissional, pois os aspectos transferenciais são inerentes ao tratamento, ao compreender que a contratransferência é uma ferramenta no tratamento psicoterapêutico e um componente transformador tanto do paciente quanto do profissional.

Palavras-chaves: psicologia hospitalar; encontro analítico; curador ferido.

Abstract: The hospital environment is still marked by the predominance of the biomedical model that advocates objectivity and neutrality of the healthcare professional in the act of care. Understanding that the healthcare professional establishes a transferential relationship with the patient during his hospitalization and treatment, the following question arises: in his performance is it possible for the psychologist, in the hospital context, to ignore his subjectivity and what affects him during treatment and analytical meeting with the patient? Based on this, the present article aimed to understand the implications of transference and countertransference aspects in the patient-psychologist relationship. Through reports of the researcher's experience, these reports were articulated with Jungian theory and the concept of the archetypal image of the wounded healer for the construction of this article. It is concluded that it is not possible to neglect the professional's subjectivity, being the transference aspects inherent to the treatment, comprising countertransference as a tool in psychotherapeutic treatment and a transforming component for both the patient and the professional.

Keywords: hospital psychology; analytical encounter; wounded healer.

Introdução

Um paciente encontra-se em estado crítico quando está em alto risco de óbito ou perda de função de um órgão/sistema do seu corpo. Este se caracteriza por estar em condição de fragilidade clínica decorrente de traumas ou outras condições que requerem cuidado imediato e intensivo. Deste modo, o pronto atendimento desses pacientes se faz extremamente necessário (Brasil, 2011). No ambiente hospitalar, estes pacientes têm como porta de entrada os centros de urgência e emergência (pronto socorro) e são direcionados para salas semi-intensivas e unidades intensivas (UTIs).

Os espaços hospitalares dedicados aos cuidados para a criticidade destes pacientes são constituídos pela hegemonia da tecnologia capaz de monitoramento de sinais, sintomas clínicos e variáveis fisiológicas. A avaliação e o monitoramento destes aspectos são feitos por meio de recursos tecnológicos e humanos. As UTIs são unidades fechadas, com equipe presente vinte e quatro horas por dia, que utilizam medidas de manutenção da vida pelo uso de drogas vasoativas, noradrenalina para sustentação da pressão arterial, ventilação mecânica, além de inúmeros exames e monitoramento dos parâmetros dinâmicos (Fortes, 2011).

O trauma físico sofrido pelo paciente internado associado ao ambiente altamente tecnológico, aos tratamentos invasivos e a separação física deste sujeito do seu meio social caracteriza esta experiência como potencialmente estressora e ansiogênica para o sujeito e sua família (Novaes, 2008). Neste contexto, a presença do psicólogo hospitalar se torna imprescindível, haja vista que este tem como função o acolhimento e tratamento do sofrimento psíquico do paciente e seus familiares durante o adoecimento e a internação.

Ao abordar a atuação do psicólogo nos ambientes hospitalares, faz-se necessário ressaltar as especificidades desse campo, que se difere muito de um *setting* clínico. O caráter da urgência clínica do paciente, a atuação em conjunto com profissionais de diferentes áreas e o consequente compartilhamento do espaço físico com as demais áreas de saúde para a escuta e atendimento psicológico faz com que o psicólogo se defronte frequentemente com o inusitado e o imprevisível, exigindo flexibilidade e criatividade no encontro analítico entre psicólogo e paciente (Vieira, 2010).

Para identificar a demanda de atendimento é preciso compreender qual o lugar do profissional psicólogo na instituição hospitalar, ou seja, como articular sua prática junto à

equipe multiprofissional e de que forma abordar o paciente que se propõe a acolher. Segundo Silva (2011), a atitude do psicólogo necessita ser isenta de julgamentos e deve-se debruçar à escuta daquele sujeito que está de passagem no hospital, o qual se encontra em um estado de grande fragilidade. Trata-se de se colocar de prontidão para o encontro destes dois sujeitos, psicólogo e paciente, não só para alívio do sofrimento, mas também para que o profissional possa acompanhar e promover no sujeito a busca de sentido para esta realidade vivenciada.

Para Jung (1929/2009), a interação entre o psicológico e o paciente caracteriza-se por um encontro marcado pelo diálogo entre duas pessoas e dois sistemas psíquicos, onde a posição que o profissional se coloca frente ao paciente adoecido precisa ser de respeito e livre da posição de suposto saber:

Se, na qualidade de psicoterapeuta, eu me sentir como autoridade diante do paciente, e como médico, tiver a pretensão de saber algo sobre a sua individualidade e fazer afirmações válidas a seu respeito, estarei demonstrando falta de espírito crítico, pois não estarei reconhecendo que não tenho condições de julgar a totalidade da personalidade que está a minha frente. Posso fazer declarações legítimas apenas a respeito do ser humano genérico, ou pelo menos relativamente genérico (Jung, 1929/2009, p. 15).

Ao discutir sobre a posição de suposto saber é importante enfatizar que o conhecimento, estudo e formação sobre o funcionamento psíquico e as bases teóricas, que se fazem necessárias para o psicólogo atuante, não percam a importância no diálogo entre o profissional e o paciente. De acordo com Jung (1929/2009), salienta-se que o tratamento psicológico deve ir além de uma avaliação psicológica preconcebida. Por esta via, cabe ao psicólogo se colocar como companheiro no processo de restabelecimento psíquico do paciente.

Pensando na complexidade do trabalho que é destinado ao psicólogo, Jung (1929/2009) sugere o método dialético como técnica de atendimento. Este método consiste em um diálogo de averiguações mútuas entre paciente e profissional, no qual o profissional oferece a oportunidade do paciente apresentar e expressar seu sofrimento, sem desprezar ou diminuir seu papel ativo e consciente no conhecimento da sua própria vivência.

Apresentar este método dialético como tratamento traz como pauta de discussão a visão tecnicista e biomédica predominante nos ambientes hospitalares. É fundamental apontar que, nestes locais, a assistência à saúde é focada no processo de cura e o paciente é colocado

em uma posição completamente passiva e dependente dos profissionais durante a internação (Mendes, 2011).

Em suas pesquisas, Souza e Pegoraro (2009) apresentam que o modelo biomédico ainda é predominante na formação de profissionais da saúde. Vale ressaltar que este resulta em um tratamento focado na instância biológica e no desprezo do aspecto psíquico e da subjetividade de cada sujeito. Além disso, pode contribuir para a valorização da posição de onipotência e poder do profissional sobre seu paciente ao reforçar seu papel de importância do seu conhecimento teórico-técnico sobre a doença. Consequentemente, provoca maior distanciamento nos aspectos subjetivos, como ansiedade, medos e impotência, que atingem tanto o profissional quanto o paciente.

Em um espaço tecnológico e imperativista de cura, como as UTIs e centros de urgências e emergências, o papel do psicólogo hospitalar se apresenta como uma atividade de humanização dos atores presentes neste espaço de trabalho, trazendo à tona a subjetividade e papel ativo na construção do tratamento. Dentre estes atores, é importante perceber o psicólogo não só como profissional atuante, mas como um ser humano que experencia e se relaciona neste espaço físico junto à equipe, paciente e familiares ao vivenciar emoções, expectativas e ao fazer da complexidade de relações que ocorrem no ambiente hospitalar durante a assistência à saúde (Silva, 2012).

Segundo Jung (1929/2009) e Jacoby (2011), as relações humanas se baseiam na inter-relação psíquica entre os sujeitos, na qual conteúdos psíquicos e fantasias vivenciadas internamente são projetados do inconsciente para a relação. No campo analítico, estas projeções são denominadas transferência, quando são conteúdos projetados do paciente para o psicólogo, e contratransferência, que corresponde à resposta a estes conteúdos projetados.

O inconsciente (Ics) é constituído pelo Ics pessoal e pelo Ics coletivo. O Ics pessoal é constituído por conteúdos reprimidos, impulsos, percepções e intuições pertencentes ao sujeito, mas que são esquecidos ou reprimidos pelo consciente. A parte chamada por Jung (1976/2000) de Ics coletivo é formado por estruturas comuns a todos os sujeitos que trazem como bagagem comportamentos e formações simbólicas universais a todos os seres humanos. Estas formações simbólicas constituídas por imagens primordiais se formam nas estruturas denominadas arquétipos e seus conteúdos expressos são designados a imagens arquetípicas que, nas relações, podem ser ativadas e produzem imagens e simbolizações que delineiam a relação entre dois sujeitos (Jung 1976/2000, 1964/2008).

Dentre as imagens arquetípicas ativadas no encontro analítico entre psicólogo e paciente, Groesbeck (1983) transcorre sobre o arquétipo do médico ferido e descreve sobre as posições de curador e do adoecido ativadas no relacionamento durante o atendimento psicológico. Para mais, corrobora que o psicólogo pode desenvolver esse aspecto psíquico relacional no tratamento do adoecimento psíquico do paciente.

Esta imagem arquetípica faz referência ao mito grego-romano de Asclépio/Esculápio, na qual seus processos de cura carregam em si o ato do conhecimento da experiência de uma ferida aberta. Filho de Apolo, considerado o deus da cura e harmonia da alma e discípulo de Quíron, um médico versado em todas as artes de cura, mas que possuía uma ferida infligida por uma flecha que era incurável (Groesbeck, 1983).

Ao se levar em consideração que a relação terapêutica psicológico-paciente possui conteúdos projetados que, muitas vezes, foge do controle de ambos os atores nessa relação, é preciso analisar como o psicólogo deve atuar perante o aspecto da contratransferência contido no encontro analítico.

Em vários momentos durante minha experiência atuante no contexto hospitalar, os atendimentos me provocaram emoções, me emocionaram e me afetaram durante e após o contato com o paciente. Minha análise e autoanálise sobre tratamento psicológico no contexto hospitalar fizeram com que algumas perguntas me fossem recorrentes: seria possível ignorar o aspecto que me afeta durante o atendimento? Faz-se necessário que eu me coloque em uma posição de neutralidade em todos os meus atendimentos como psicóloga? Como atender o paciente em estado crítico e atuar em uma UTI enquanto profissional psicólogo sem me afetar?

Na tentativa de responder a estas perguntas e analisar a posição do psicólogo frente à subjetividade dos atores presentes no tratamento psicológico, apresento um relato de experiência sobre minha prática como psicóloga articulada à teoria junguiana, a partir do conceito da imagem arquetípica do curador ferido, assim como as implicações dos componentes transferências e contratransferências na relação psicólogo-paciente.

Metodologia

A presente pesquisa se destina a utilizar a abordagem qualitativa e o método de pesquisa em psicologia analítica para investigação e descrição do fenômeno concernente a

prática do psicólogo hospitalar e os fenômenos de natureza psíquica que agem em um encontro analítico psicólogo-paciente.

Segundo Minayo e Deslandes (2007), a abordagem qualitativa pode ser utilizada como foco à análise da complexidade das relações que influenciam o fenômeno que se pretende estudar e aos inúmeros sentidos que as relações humanas denotam a um determinado objeto.

De acordo com Penna (2007, 2009), o paradigma junguiano como método de pesquisa funda-se na visão do ser humano em sua totalidade levando em consideração os aspectos consciente e inconsciente. No processo de pesquisa, este paradigma considera o conhecimento e autoconhecimento indissociáveis e tem como proposta o estudo do inconsciente a partir de suas manifestações simbólicas apreendidas pelo consciente.

Utilizando o conceito do símbolo do arquétipo do curador ferido e as múltiplas relações intrapsíquicas que ocorrem entre psicólogo e paciente, desenvolvo este artigo relacionando estas relações intrapsíquicas e o relato dos meus atendimentos realizados no contexto hospitalar em um hospital escola de Uberlândia.

Segundo Daltro e Faria (2019), a escolha do relato de experiência como modelo descritivo de uma experiência na pesquisa qualitativa possibilita que o sujeito pesquisador reinscreva os fenômenos vivenciados que lhe afetaram ao trazer elaborações e compreensões a respeito daquilo que foi vivido. As experiências relatadas serão de casos atendidos durante a minha passagem pelas unidades de terapia intensivas, em meu segundo ano de residência, onde os pacientes se encontravam em estado crítico de saúde. Os dados utilizados são os registros escritos sobre meus atendimentos psicológicos no contexto hospitalar e análises resultantes de discussões em supervisões clínicas dos atendimentos realizados.

O relato foi dividido entre três momentos essenciais nos atendimentos: o primeiro, no qual explicito o contato inicial com o paciente, a influência da equipe multiprofissional e a relação entre a persona do paciente e a do psicólogo. O segundo, no qual apresento minha autoanálise da relação entre o inconsciente psicólogo-paciente e as emoções geradas pelo símbolo curador-ferido. E o terceiro momento transcorre sobre o resultado da análise dos aspectos contratransferências e as possibilidades de transformação da posição do adoecimento e cura entre paciente e psicólogo. Partirei de obras de Jung (1976/2000, 1964/2008, 1929/2009) e dos conceitos e escritos dos pós-junguianos, Groesbeck (1983) e Jacoby (2011), para discussão e análises.

Desenvolvimento

O encontro analítico emergente

Em hospitais públicos no contexto brasileiro, todos os dias chegam mais pessoas em estado crítico do que leitos disponíveis para internação. Famílias acidentadas, infartados, mulheres violentadas e pessoas que estão em iminência de morte após tentativas de suicídio são exemplos dos sujeitos que lotam os prontos socorros em busca de pronto atendimento eficiente e de urgência. Este contexto caracteriza o *setting* terapêutico dos meus atendimentos como psicóloga hospitalar e delinea como se dá a maioria dos encontros com meus pacientes.

As demandas e os pedidos de atendimento psicológico chegam até a psicologia, muitas vezes, a partir da equipe de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e outros), que identificam a necessidade do psicólogo segundo a própria visão destes trabalhadores sobre a prática psicológica. O psicólogo hospitalar destina-se a tratar os aspectos psicológicos manifestados em relação ao processo de adoecer e a vivência da internação e tratamento no hospital. Em sua pesquisa, Kohlsdorf e Boges (2017) relatam que os profissionais da equipe multiprofissional ainda possuem dúvidas e desconhecem a complexidade da atuação do psicólogo durante o tratamento, podendo a equipe ter uma visão limitada ou distorcida sobre a função do psicólogo no hospital.

Em minha experiência, foi observado que uma parcela destes profissionais parte do princípio de que a psicologia exerce somente a função de aplacar a angústia e o choro e que somos chamados quando o desejo do diálogo e acolhimento do paciente exigem mais do que essa equipe está preparada para fazer. Fossi e Guareschi (2004) discorrem que essa visão pode ser resultado de uma postura baseada no modelo biomédico e na separação mente/corpo, na qual médicos e outros profissionais com funções técnicas se tornam responsáveis pelas questões orgânicas e o entendimento das questões subjetivas fica delegado somente ao psicólogo.

Esta premissa da neutralidade e da objetividade responde a um paradigma científico de um método de atendimento sistemático que preza por resultados rápidos e eficientes. Corre-se o risco de anular tanto a subjetividade do paciente quanto a do profissional ao produzir uma objetificação do doente, reduzindo-o a um corpo que não sente, não reclama e

não simboliza. Além disso, os profissionais que se prendem a esta postura exclusivamente objetiva de tratamento, acabam por não se permitirem estarem presentes na relação com o paciente, se cobram posturas sem falhas e lidam com muita dificuldade os fracassos e as emoções próprias e do outro (Simonetti, 2004).

Na prática, esta situação transcreve uma realidade em que ainda se encontra profissionais que possuem dificuldades em estabelecer uma relação de diálogo com o paciente ou em compreender o que o paciente sente em relação ao seu adoecimento. Na maioria das vezes, há uma análise clínica do corpo orgânico e dos ferimentos. São feitos exames, é dado o prognóstico e o paciente deve aceitar passivamente o tratamento que lhe é oferecido.

No entanto, esse paciente chega a sua totalidade pelo fato de não somente o orgânico necessitar de cuidados emergentes e eficientes, mas também pelo psíquico que passa pelo medo, pela angústia de morte, pelo desamparo de um corpo frágil e machucado. Em meus primeiros encontros com meus pacientes nesta situação, percebo sujeitos marcados por dores, lesões e limitações, mas também atravessados por fantasias e medos que estão intimamente ligados ao adoecer.

Em casos que o paciente chega ao hospital inconsciente ou incapaz de ser atendido pela psicologia, a família se torna a porta voz desse sujeito. A situação de adoecimento do ente querido também os afeta emocional, social e economicamente, fazendo com que esses familiares, muitas vezes, se tornem o foco do acompanhamento psicológico.

Segundo Jung (1971/1990, 1929/2009) e Jacoby (2011), no ato do encontro entre psicólogo e o seu paciente, há a comunicação principal da persona do psicólogo (curador, especialista, saudável) e a persona do paciente (ferido, adoecido, passivo, impotente) no âmbito consciente. A persona seria a “máscara”, ou seja, a imagem externa de características da personalidade do sujeito que é apresentado ao mundo. A persona é essencial e inevitável na adaptação à vida coletiva e às relações interpessoais, no entanto ela não define a totalidade do ego nem do sujeito total.

Conforme Groesbeck (1983), quando há o contato psicólogo-paciente, a imagem arquetípica do curador ferido é ativada e as posições opostas apresentadas pela persona do curador-paciente surgem na região inconsciente de ambos. Sendo assim, no profissional de saúde são despertadas emoções vinculadas ao medo do adoecimento e daquilo que o faz se sentir “incapaz” e “adoecido”. Em um primeiro momento, este conteúdo é projetado no paciente e pouco vivenciado pelo médico como uma parte sua. Enquanto isso, no paciente

surge emoções concernentes a aspectos saudáveis, como se despertasse seu “curador interior”, que se permanecem inconscientes e são projetados na imagem do profissional que se destina a tratá-lo.

Em minha experiência, é perceptível que, no contexto social da instituição hospitalar, a predominância do modelo biomédico de tratamento influencia o paciente a esperar que o psicólogo cumpra o papel de curador. Sendo assim, que o dever do profissional de Psicologia seja por ações de procedimentos rápidos, diretivos e objetivos ou por uso de remédios para alívio rápido, além da pouca reflexão sobre seu tratamento.

Ressalto um caso em que o paciente havia acabado de perder a mãe. É essencial salientar que ambos faziam aniversário no mesmo dia. Durante o tratamento, fui questionada: “Quero um conselho. Como eu posso comemorar essa data feliz agora?”. A exigência de uma resposta simplista para uma questão de uma dimensão extremamente complexa reforça a visão do arquétipo. Ao exigir uma solução ou saída para lidar com as questões da perda da mãe, da dor da morte, da angústia das lembranças e das recordações das saudades, o paciente age, conforme o modelo biomédico, como se houvesse um remédio que o fizesse esquecer ou uma estratégia simples para que a dor cessasse.

Diante dessa pergunta, percebo que eu poderia manifestar uma posição de defesa, utilizar a persona da profissional onipotente e inatingível, poderia escolher não ser afetada pela minha fragilidade humana em comum com o paciente e não entrar em contato com a angústia da finitude. Eu poderia tentar desconsiderar seu sofrimento e seu contato com a morte e impedi-lo de dizer sobre as emoções geradoras desta pergunta.

Groesbeck (1983) explica que esta posição é comumente adotada por profissionais devido à imagem de “milagroso” em que são levados. Assim, os psicólogos mantêm a projeção de que são detentores da cura do paciente. Além disso, esse comportamento é mantido como uma defesa aos aspectos inconscientes que são ativados pelo contato com o adoecimento do paciente por lembram ao profissional suas próprias vulnerabilidades e adoecimentos.

Em um nível mais profundo, o médico pode estar sustentando o estado de projeções mútuas em cumprimento a uma primitiva lei de Talião¹ vigente em seu inconsciente. Isto é, a fim de negar suas próprias feridas, sua doença e vulnerabilidade, afirma para

¹ A lei de Talião foi uma lei pertencente às diversas sociedades antigas e encontrada, pela primeira vez, no código babilônico de Hamurabi, datado em 1770 a.C. A lei consiste na reciprocidade e no rigor do cumprimento de um crime ou de uma pena, ou seja, na retaliação. Se alguém furar o olho de um homem livre, nós lhe furaremos um olho; se alguém arrancar um dente de um homem livre, nós lhe arrancaremos um dente.

si mesmo que “se a doença ficar no paciente, eu permanecerei sadio, a doença não me tocará” (Grosbeck, 1983, p. 77).

No entanto, minha resposta foi com outras perguntas: “Como é a morte para você? Como você irá guardar esse momento da morte? É possível vivenciar essas datas sem tristeza e sem dor?”. Minha escolha terapêutica e minha posição como psicóloga buscaram ir de encontro ao diálogo, ou seja, a dialética de atendimento em que há uma comunicação entre os dois sujeitos, psicólogo e paciente, onde não há respostas fáceis e prontas, muito menos um suposto saber sobre as soluções para os problemas do sujeito que sofre (Jung, 1929/2009).

Esse ato de empatia em minha comunicação, durante o atendimento na relação, é uma técnica chamada *projeção ativa*, na qual, é possível, até certo ponto, ampliar a pergunta e entrar em contato com emoções inconscientes não assimiladas e simbolizadas pelo paciente (Jung, 1921/1991; Jacoby, 2001). Como resposta, o paciente se permitiu dizer sobre suas concepções de vida-morte, suas crenças sobre a vida eterna e a possibilidade de vivenciar outras emoções além da tristeza e da angústia em relação à morte da mãe.

Após esse momento, não obtive mais contato com o paciente em questão. Meu contato com ele se restringiu a menos de quatro encontros e esta é a realidade dos atendimentos do psicólogo nas internações. No entanto, durante os atendimentos, o fato do paciente entrar em contato com suas angústias e medos e simboliza-los ao longo dos nossos poucos encontros, me faz acreditar na possibilidade que ele tenha assimilado aspectos inconscientes de si mesmo que antes desconhecia.

Deste modo, os primeiros encontros entre o psicólogo e o paciente no contexto hospitalar são atravessados por inúmeros aspectos e a forma como a equipe multiprofissional lida com a subjetividade, algo que interfere no tratamento e pode influenciar na visão sobre o atendimento psicológico. A forma empática e compreensiva que o psicólogo se apresenta ao paciente possibilita que tanto este quanto o profissional entrem em contato com as emoções ligadas ao adoecimento. Ainda que o tratamento se baseie em poucos atendimentos, há a possibilidade de trabalhar e transformar os aspectos transferências que surgem.

Inconsciência mútua

Retomando o conceito de Jung (1971/1990 e 1929/2009), o método dialético preconiza que o psicólogo deve estar aberto à demanda do paciente. Além de debruçar-se com

compreensão e interesse sobre o sofrimento psíquico que está sendo vivenciado e colocá-lo como ativo em seu processo, sendo um companheiro de jornada do paciente.

Assumir esta posição faz com que o psicólogo fique exposto aos conteúdos, projeções e expectativas do paciente. Este cenário demonstra-se para o profissional como algo bastante arriscado, uma “faca de dois gumes”. O uso desta expressão refere-se ao uso de uma faca que é afiada dos dois lados, o que a torna eficiente e mais precisa. Todavia, o risco de se ferir é alto e ao manuseá-la é preciso cuidado. Ao pensar na analogia apresentada, ela se aproxima com o trabalho do psicólogo, pois ao se propor a tratar o paciente, ele permite que os conteúdos inconscientes tenham vazão. Para diagnóstico e tratamento é preciso que o paciente transfira, em suas projeções, os seus aspectos sintomáticos para o psicólogo. Entretanto, o profissional corre o risco de ser contaminado e entrar em uma zona nebulosa para ambos.

Após meus primeiros encontros com os pacientes, muitas emoções surgem ao entrar em contato com o sofrimento. Seus medos de sentir dor física/emocional fazem com que o sentimento de compaixão e a vontade de sanar o sofrimento se aflorem em mim. Em alguns casos, os familiares reagem com raiva e frustração, que são projetadas em mim, pois ficam inconformados com a evolução lenta da melhora do familiar. Como resposta, sinto também raiva e antipatia por não ser tratada bem. Neste momento, minhas emoções respondem aquilo que o paciente transfere para mim e para aquela relação e os riscos inerentes a essas afetações.

O que ocorre na realidade é que tais sentimentos pessoais _ no caso de se manifestarem intensamente _ são regidos por aqueles conteúdos inconscientes ativados. Estabeleceu-se uma ligação inconsciente e passa a assumir na fantasia do paciente, todas aquelas formas e dimensões já fartamente documentadas na literatura especializada. O fato de o paciente transmitir ao médico um conteúdo ativado do inconsciente, também constela² neste último o material inconsciente correspondente [...]. Médico e paciente encontram-se assim numa relação fundada na inconsciência mútua (Jung, 1971/1990, p. 45).

Assim como descreve Jung (1971/1990), estes sentimentos despertados vão além de uma questão individual, despreparo profissional ou conduta inadequada, mas fazem parte do encontro analítico e da dimensão dos aspectos transferenciais e contratransferenciais inerentes a comunicação psíquica. A partir do tratamento, há uma vinculação entre psicólogo e paciente

² O constelar ou formação de constelação no inconsciente é ocorrência da ativação de reações emocionais que estão associadas entre si.

em que um laço é feito entre ambos, o qual expressa conteúdos que estão inconscientes e dizem respeito não só ao sofrimento e adoecimento do paciente, mas também do profissional.

Groesbeck (1983) defende que a cura somente se faz possível quando o profissional se permite entrar em contato com seu sofrimento e com os aspectos vulneráveis que vem à tona neste encontro.

A verdadeira cura só pode acontecer quando o paciente entra em contato com o seu "médico interior" e dele recebe ajuda. E isto só pode se dar caso sejam retiradas as projeções feitas sobre a persona do médico. Para tanto, é necessário que o médico entre em contato com o seu próprio lado ferido (p. 77).

Em um dos meus atendimentos, tive a experiência de uma grande conexão com uma paciente que estará denominada aqui como J³. Estava na UTI, tinha uma faixa de idade próxima a minha e foi internada devido a uma tentativa de suicídio por sobre dose de medicamentos. Encontrava-se ligada ao respirador por uma traqueostomia e não conseguia vocalizar, por isso, nos nossos primeiros encontros, a comunicação com ela era realizada por meio de leitura labial.

Sua ansiedade de dizer sobre seu sofrimento era grande. Gesticulava os lábios de forma intensa e, em diversos momentos, foi solicitado por mim que ela falasse mais devagar para que houvesse compreensão. Nos primeiros minutos de atendimento, me senti muito motivada a entendê-la, escutá-la e instigada a ouvir seu sofrimento, ao passo de ficar quarenta minutos em diálogo somente com a leitura labial e gestual.

Segundo o relato da paciente, a tentativa de suicídio ocorreu após saber da morte de uma tia. É importante mencionar que vivia distante da família e estava casada há poucos meses. Expôs que age por impulsividade e de forma agressiva com os outros e consigo mesma, quando se sente ameaçada. Em um movimento de acolhimento e na tentativa de compreender suas respostas agressivas, foram feitas as seguintes indagações: “Por que você direciona a violência a si mesma? O que te faz pensar ou acreditar que merece a agressão? O que te motivou para que você fosse contra a sua própria vida naquele momento?” A partir destas perguntas, a paciente relatou sua vivência em um relacionamento abusivo no qual foi violentada e também viu outros familiares serem violentados.

Assim que terminou o atendimento, houve uma identificação com a paciente devido a várias vivências semelhantes: ser mulher em uma sociedade machista e violenta, o nascimento

³ Nome fictício dado por questões de sigilo ético.

em uma cultura em que mulheres vítimas de agressões quase sempre são silenciadas e tem o seu discurso deslegitimado com frequência. Portanto, aquele não tinha sido um atendimento qualquer para mim.

Este é o momento na psicoterapia analítica em que os pares opostos (curador-ferido/psicólogo-paciente) estão em evidência na relação inconsciente. Para Groesbeck (1983) a imagem arquetípica da cura/doença é ativada em ambos os sujeitos dessa relação, ou seja, tanto o paciente quanto o psicólogo são “contaminados” por ambas as representações. A inconsciência e a dificuldade do psicólogo, neste momento, se devem ao caráter numinoso, carregado de energia psíquica, contido nos conteúdos advindos dessa imagem arquetípica (Jung, 1964/2008).

Esta fase é denominada, por Jung, de *participation mystique*, fase na qual há uma grande energia em ação em uma zona inconsciente em comum que afetam psicólogo-paciente, pois ambos experienciam paradoxalmente as emoções referentes ao adoecimento e a angústia de se sentir vulneráveis, simultaneamente, ao entrarem em contato com os recursos de enfrentamento e ao se compreenderem para além do adoecer (Groesbeck, 1983, Jung 1971/1990).

Para Jung, esse é o aspecto essencial para transformação e mudança no processo de tratamento. Primariamente, ocorre no relacionamento inconsciente em que o conhecimento do psicólogo sobre estas relações psíquicas deve ser a chave para determinar os resultados. (Jung, 1971/1990).

No caso em questão, a paciente se apresentou tão adoecida e machucada pelas múltiplas violências sofridas que viu como última solução a agressão a si mesma. Percebeu-se impossibilitada de se curar ou de sair desse ciclo violento adoecido. Experienciei várias emoções semelhantes a essas, que me permitiram compreender e vivenciar junto com a paciente como é estar na posição de vítima de um agressor ao se sentir fraca e pequena perante as sucessivas relações em que o carinho e o ser amado só eram possíveis na condição de aceitar a violência.

Identificar que existia em mim a possibilidade de experimentar essas dores e compreender o quanto eu estava tomada por elas só foi possível a partir de uma terapia pessoal com um profissional qualificado. Além disso, a residência proporcionou a oportunidade de discutir meus atendimentos com psicólogos supervisores, de fazer uso do

estudo teórico em diálogo com eles, debater casos clínicos e buscar, com humildade, um constante aprendizado que está em construção.

É de suma importância que o psicólogo deva manter sempre contato com seu inconsciente a partir dos conteúdos que surgem espontaneamente durante os atendimentos e fora dele. É material de análise para o psicólogo analítico quaisquer manifestações que venham surgir: sejam em forma de sonho, de palavras ou de emoções manifestas. Esta análise é chamada de análise didática e é um aspecto essencial na formação do profissional.

Teoricamente, a análise didática reduz os riscos de projeções infundadas por parte do analista, porque através dela ele se torna mais consciente do que se passa com ele. Uma maior consciência de seus complexos, fraquezas, seus princípios de avaliação e seu ponto de vista pessoal ou *Weltanschauung*, tem importância vital para este trabalho, pois pode haver resultados desastrosos[...] (Jacoby, 2011, p.40).

Segundo Jung (1971/1990), o profissional que se destina a trabalhar com o psiquismo e com o inconsciente deve compreender que está sempre ameaçado de ser afetado por conteúdos psíquicos seus que, em outra ocasião, talvez jamais surgissem.

Como psicólogos, devemos compreender que entrar em contato com o sofrimento do outro, se “contaminar” com os aspectos adoecidos do psiquismo não é somente algo que pode acontecer, mas é inerente ao trabalho de um psicoterapeuta que busca ir além da eliminação dos sintomas de uma doença, mas também da transformação e ressignificação do sujeito perante a vida (Jung, 1971/1990).

Conscientizar e transformar

A inconsciência mútua que ocorre durante a relação analítica produz, como pauta, a função do psicólogo na análise dos aspectos psíquicos que lhe são projetados pelo paciente. Esses aspectos, chamados na literatura como contratransferência, ocorrem, muitas vezes, de forma inevitável e é de grande importância que o psicólogo aceite a forma como foi afetado e esteja consciente, o máximo possível, dos motivos e das formas como está sendo atingido pela transferência (Jacoby, 2011).

A partir da análise da manifestação da imagem arquetípica do curador ferido, compreende-se que os aspectos transferências e contratransferências que ocorrem em decorrência desta imagem traduzem tanto aspectos pessoais da vivência destes sujeitos, como

novas representações sobre o adoecimento, o adoecido e seu componente oposto regulador - se curar e o que cura (Jacoby, 2011; Jung, 1964/2008).

Ao receber a projeção do paciente, o psicólogo pode sucumbir ao desejo de exercer o papel de salvador e detentor do curar. Ao agir por meio da contratransferência, o profissional pode se sentir responsável por todo o processo do tratamento ao supor que possui um poder sobre o bem-estar do paciente. Pode ainda, exceder em sua prática ao aconselhar e sugerir comportamentos, ao criar demandas para que o paciente responda às suas expectativas. Desta forma, o profissional sempre corre o risco de sentir fracassado e se desesperar ao duvidar da sua capacidade como psicólogo: “De uma forma ou de outra, sempre nos infectamos com o pedido de ajuda do paciente, e o arquétipo do curador pode se constelar. Queremos ajudar.” (Jacoby, 2011, p. 32).

Acerca da transferência e contratransferência do arquétipo do curador ferido, se prosseguirá com o relato do tratamento a paciente J. No decorrer do tratamento, a paciente havia compreendido que agia com impulsividade e violência quando se sentia vulnerável e ameaçada. Entretanto, acreditava não conseguir agir diferente quando estava “tomada de raiva”.

O protocolo do hospital-escola orienta que pacientes, após tentativa de autoextermínio, recebam atendimento psicológico de forma intensiva. Desta forma, as visitas ao leito da paciente J eram feitas diariamente no período matinal. Após dois atendimentos, fui informada pela equipe que J solicitava minha presença desde o início do dia. Segundo J, na noite anterior, havia rolado um conflito entre ela e uma funcionária da equipe. Todavia, pelo fato de pensar em mim, a paciente buscou pensar antes de agredir ou agir com impulsividade na situação. A partir desse momento, a paciente adotou o comportamento de me chamar, muitas vezes, para contar cada emoção nova que sentia.

Ao analisar os aspectos psíquicos neste caso, observa-se que J havia projetado em mim a responsabilidade para sua melhora e mudança de comportamento. Consequentemente, um laço de dependência foi criado, ao passo de acreditar que somente com a minha presença e com nosso diálogo poderia ser capaz de se sentir segura emocionalmente.

A partir da construção deste elo, a energia do arquétipo curador induziu a mim a satisfazer essa demanda. Em resposta aos pedidos da paciente, me senti responsável, em alguns momentos, pelas queixas da minha não presença em todos os seus chamados. Além disso, era tentador acreditar que desempenhar um papel tão importante na vida de alguém

acontecera de forma tão rápida. Desta maneira, houve um momento decisivo para o tratamento: ou ser levada pela força do inconsciente ou compreender a clareza e potencial de transformação que me fornecia.

Em virtude das emoções que agiam nesse encontro analítico, em uma das sessões, J compreendeu o momento em que seus impulsos agiam, a partir de uma descrição minha. A paciente acreditava que isso só seria possível com a minha presença. Como consequência, a resposta obtida estava vinculada ao poder que era projetado sobre mim e que a pessoa responsável por refletir e agir diferente diante da raiva e do medo era a própria paciente.

Tornar consciente as questões advindas da imagem arquetípica do curador traz como resultado: o paciente tomar para si os conteúdos dos seus aspectos curadores por reflexo dos aspectos saudáveis do psicólogo. O paciente ao liberar do inconsciente esses aspectos ainda não vivenciados, traz energia e potência ao consciente e assim torna-se mais ativo no processo terapêutico, conseguindo compreender melhor os padrões repetitivos que o adoeciam (Groesbeck,1983).

Como resultado, J foi se tornando cada vez mais capaz de compreender sua posição frente às relações de violência. Em seu caso, mudou a postura com o marido agressor que vinha visitá-la. Antes mesmo de receber a alta, informou a sua família que iria se separar do parceiro e voltar para sua cidade natal. Além disso, quando foi transferida para outra unidade do hospital conseguimos nos despedir com gratidão e ela pode dar continuidade no seu tratamento com outro profissional.

Os meus atendimentos psicológicos aos pacientes são delimitados pelo tempo da internação deste em minha unidade. Nem sempre é possível acompanhar as evoluções psíquicas decorrentes das intervenções realizadas. No caso de J, não posso afirmar que as relações violentas que ela possuía consigo e com os outros cessaram ou que ela se sentia saudável em relação a esse aspecto. No entanto, ao se propor realizar o atendimento psicológico é necessário compreender que o tratamento só vai até onde o paciente permite e deseja. Além disso, mesmo que o paciente deseje continuar as circunstâncias como a alta do hospital e dificuldade de encaminhamento do mesmo para continuidade do acompanhamento psicoterapêutico podem ser também empecilhos nesse processo.

Durante a residência, a experiência desse atendimento e de todos os outros me forneceram inúmeras visitas a mim. Quando possuía a expectativa de curar o paciente, me percebi falha e impotente. Ao aceitar essas emoções como parte de mim, consegui acolher

melhor as dores e o adoecimento e pude enxergar meus pacientes como sujeitos da sua própria vida, capazes de enfrentar as dores e as angústias. Permiti-me imergir nas emoções inconscientes e sair delas transformada, em cada atendimento, ao perceber que só assim nos tornamos mais humanos.

Considerações finais

O contexto hospitalar caracteriza-se pela emergência no atendimento e na intensidade do cuidado. A atuação da psicologia neste contexto exige a flexibilidade para fornecer a escuta e o tratamento ao paciente e seu familiar. Ademais, a equipe multiprofissional e sua visão sobre a função do psicólogo provocam atravessamentos no tratamento psicoterapêutico. Neste contexto, a subjetividade dos profissionais e do paciente ganham uma dimensão particular, em um espaço no qual o modelo biomédico ainda é o predominante.

É possível perceber, a partir do relato, que o profissional pode ser afetado durante o tratamento ao paciente e corre o risco de agir de forma reativa ao ser influenciado pelas suas emoções quando não as compreende. Estas influências podem acarretar em atitudes impulsivas, agressivas ou mesmo paternalistas por parte do profissional, provocando um desvio do verdadeiro foco do atendimento, o sofrimento psíquico do paciente.

Os aspectos transferenciais e contratransferenciais ocorrem durante o encontro analítico desde o primeiro atendimento, e compreender os conteúdos psíquicos projetados é essencial no tratamento. Ao analisar os encontros analíticos narrados neste artigo, a partir da energia da imagem arquetípica do curador ferido, pode-se concluir que no primeiro momento os sujeitos desta relação se apresentam a partir das suas personas paciente-doente e psicólogo-curador. Também é possível destacar que a atitude empática e a desconstrução do papel de suposto saber do profissional é o que possibilita a vazão dos aspectos inconscientes, que se manifestam em ambos os sujeitos durante a relação analítica.

Ao estabelecer-se um laço entre psicólogo e paciente surge uma zona inconsciente em comum entre esses sujeitos. É neste processo que o psicólogo entra em contato com suas feridas, suas vulnerabilidades e se vê também em posições semelhantes àquelas vividas por quem se destina tratar. Esta imersão psíquica nos aspectos transferenciais do paciente torna-se um ato complexo, mas, como exposto, é uma estratégia terapêutica que proporciona ao

psicólogo a humanização do seu ato profissional e possibilita ao paciente ser mais ativo no próprio tratamento.

No retorno às perguntas precursoras deste trabalho, concluo que não é possível ignorar as emoções que afetam o profissional durante seu atendimento devido aos aspectos transferenciais e contratransferenciais inerentes ao encontro analítico. Assim como a necessidade da neutralidade nos atendimentos pode provocar a desumanização dos aspectos sensíveis do profissional. Ao trabalhar em um contexto de tratamento a pacientes em estados críticos de saúde faz-se necessário o preparo técnico-científico, autoanálise e supervisões que possam fornecer também ao profissional um espaço de cuidado.

Ressalto que a discussão aqui levantada não se esgota neste artigo, visto a importância dos estudos acerca da prática do psicólogo no contexto hospitalar e a necessidade de se compreender quais são os impactos do sofrimento à saúde mental do profissional no contexto hospitalar, assim como dos profissionais da área da saúde como um todo.

Referências bibliográficas

- Brasil. M. S. (2011). *Portaria n° 2338, de 3 de outubro de 2011*. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências.
- Daltro, M. R., & Faria, A. (2019). Relato de experiência: uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 1(19), 223-237. Recuperado em 29 de abril de 2020 de: <http://dx.doi.org/10.12957/epp.2019.43015>.
- Fortes, D. N. (2011). *Associações entre as características de médicos intensivistas e a variabilidade no cuidado ao fim de vida na UTI* (Tese de doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Fossi, L. B., & Guareschi, N. M. F. (2004). A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. *Revista da SBPH*, 7(1), 29-43. Recuperado em 29 de abril de 2020 de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000100004&lng=pt&tlng=pt.
- Groesbeck, C. J. (1983). A imagem arquetípica do médico ferido. *Junguiana: Revista da sociedade Brasileira de Psicologia Analítica*, (1), 72-96.
- Jacoby, M. (2011). *O encontro analítico: transferência e relacionamento humano*. Rio de Janeiro: Vozes.

- Jung, C. G. (1990). *Ab-reação, análise dos sonhos, transferência*. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes. (Original publicado em 1971).
- Jung, C. G. (1991). *Tipos psicológicos*. Vol. VI. Petrópolis: Vozes. (Original publicado em 1921).
- Jung, C. G. (2000). *Os Arquétipos e o Inconsciente Coletivo*. Vol. IX/1. Petrópolis: Vozes. (Original publicado em 1976).
- Jung, C. G. (2008). *O homem e seus símbolos*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Original publicado em 1964).
- Jung, C. G. (2009). *A Prática da Psicoterapia*. 12. ed. Petrópolis, RJ: Vozes. (Original publicado em 1929).
- Kohlsdorf, M., & Borges, R. P. C. (2017). A prática do cuidado: a psicologia pelo olhar do psicólogo e de equipes de saúde. *Perspectivas em Psicologia*, 21(1), 189-208. Recuperado em 21 de março de 2020 de: <http://www.seer.ufr.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/38933/20604.htm> [ps://doi.org/10.14393/PPv21n1a2017-12](https://doi.org/10.14393/PPv21n1a2017-12).
- Minayo, M. C. S., & Deslandes, S. F. (2007). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Mendes, L. C. et al. (2011). Relato de experiência do primeiro ano da residência multiprofissional hospitalar em saúde, pela ótica da Psicologia. *Revista SBPH*, 14(1), 125-141. Recuperado em 21 de março de 2020 de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100008&lng=pt&nrm=iso.
- Novae, M. A. F., & Knobel, E. (2008). Fatores de Estresse nas UTIs. Em P. B. A. Andreoli & M. R. Erlichman (Orgs.), *Psicologia e Humanização. Assistência aos Pacientes Graves*. (pp. 231-240). São Paulo: Atheneu.
- Penna, E. M. D. (2007). Pesquisa em psicologia analítica: reflexões sobre o inconsciente do pesquisador. *Boletim de psicologia*, 57(127), 127-138. Recuperado em 21 de março de 2020 de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432007000200002&lng=pt&tlng=pt.
- Penna, E. M. D. (2009). *Processamento simbólico arquetípico: uma proposta de método de pesquisa em psicologia analítica* (Tese de doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Silva, S. C. (2012). Vamos brincar de falar sério? O jogo de areia como recurso expressivo no trabalho de pronta-escuta psicológica em enfermaria pediátrica. In: Bilotta, F., & Amorim, S. (orgs). *A psicologia junguiana entra no hospital: diálogos entre corpo e psique*. São Paulo: Vetor.

- Simonetti, A. (2004). *Manual de Psicologia Hospitalar: O Mapa da Doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Souza, K. O. J., & Pegoraro, R. F. (2009). Concepções de profissionais de saúde sobre humanização no contexto hospitalar: reflexões a partir da Psicologia Analítica. *Aletheia*, (29), 73-87. Recuperado em 18 de março de 2020 de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942009000100007&lng=pt&nrm=iso.
- Vieira, M. C. (2010). Atuação da psicologia hospitalar na medicina de urgência e emergência. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 8(6), 513-519. Recuperado em 21 de março de 2020 de: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n6/a1602.pdf>.