

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Faculdade de Ciência Humanas
Curso Psicologia

Reflexões acerca da
contratransferência do psicólogo no
atendimento em oncologia pediátrica

Marjorie Vieira Yanagihara

Orientadora: Profa. Rosa Maria Tosta

São Paulo
2012

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Faculdade de Ciência Humanas
Curso Psicologia

**Reflexões da contratransferência do
psicólogo no atendimento em oncologia
pediátrica**

Marjorie Vieira Yanagihara

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como
exigência parcial para graduação no curso de Psicologia da Faculdade de
Ciências Humanas e da Saúde PUC-SP, sob orientação da Prof.^a Dra. Rosa
Maria Tosta

São Paulo
2012



Vladimir Kush – Lentes Olvidados

Deveríamos fazer do comum algo de extraordinário e então nos surpreenderíamos descobrindo que esta muito perto de nos a fonte de prazer que buscamos em algum lugar distante e difícil. Estamos muitas vezes a ponto de pisar na maravilhosa utopia, mas acabamos olhando por cima dela com nosso telescópio.

Ludwig Tieck

Agradecimentos

Primeiramente, gostaria de agradecer a minha querida orientadora Dra. Maria Rosa Tosta pelo acompanhamento, esclarecimento, paciência e ensinamentos. Também aos acolhimentos nas horas de desespero e às pontuações mais rígidas nas horas de descuido. A construção desta pesquisa foi muito prazerosa e agradável com suas orientações.

À minha família, Breno, Maria Cristina, Mia e William pelo apoio emocional nos momentos de crise, e pela escuta nos momentos de dúvida, mesmo que ainda não pudessem responder e só ouvir.

À minha psicóloga, Elaine, que caminha comigo desde antes desse percurso e influenciou na direção que olho como pesquisadora ou psicóloga. Porque para ser analista é importante ser paciente antes.

Às minhas grandes meninas, Aline, Camila, Júlia, Luiza e Mariana que fizeram da nossa amizade um ponto forte para continuar caminhando pelos obstáculos encontrados na pesquisa.

À minha tia, Fátima, que ajudou a caminhar pela psicanálise e a direcionar a minha produção discursiva como pesquisadora.

E finalmente, a um grande amor, Pedro, que simplesmente sentou ao meu lado e segurou minha mão. Tudo o que faltava em alguns momentos.

Resumo

O trabalho se originou da demanda por compreender as relações de psicólogos no atendimento de crianças com câncer. A partir disso, tomou-se como objetivo explorar os sentimentos, as emoções e as reações como elementos contratransferenciais de psicólogos no atendimento da criança com câncer, em instituições de saúde. Muitos estudos realizados em psico-oncologia focam principalmente o paciente em questão e no seu meio social. Essa pesquisa propõe um foco diverso, o da investigação da experiência do psicólogo que atua no tratamento da criança com câncer. Com isto, buscou trazer contribuições para pensar sobre a utilização da técnica psicanalítica e seu uso pelo psicólogo no contexto de uma instituição de saúde, no intuito de contribuir para uma melhor instrumentalização do mesmo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada através de entrevistas que privilegiaram o processo de relatos e narrativas das experiências dos participantes. Entendeu-se a narração como um instrumento que serve como veículo de registro, elaboração e transmissão de suas vivências. Foram entrevistados cinco profissionais formados em psicologia, que trabalham, há no mínimo dois anos, em instituição ligada à oncologia pediátrica. As entrevistas foram transcritas e analisadas. Os temas levantados e discutidos no processo de análise foram: a contratransferência multifacetada, o investimento, a mobilização e a satisfação do profissional da área, a identificação com o paciente infantil com câncer e o limite do profissional.

Palavras-chave: contratransferência, psicólogo hospitalar, oncologia pediátrica, criança com câncer, psicanálise.

SUMÁRIO

Introdução	8
Capítulo 1: Contratransferência	17
O conceito de transferência.....	17
O conceito de contratransferência.....	21
A contratransferência em outros autores.....	25
Capítulo 2: Psicanálise Hospitalar	37
A técnica da Psicanálise.....	39
A psicanálise no hospital	41
Método de Pesquisa	47
Questões éticas.....	49
Análise dos resultados	50
Participantes.....	50
Síntese por participante.....	51
Análise das entrevistas.....	58
Discussão	69
Considerações Finais	75
Referências Bibliográficas	77
Anexos.....	82

Introdução

Os caminhos percorridos pela minha experiência nesses anos de faculdade me conduziram às mais intrigantes questões a respeito do trabalho do analista nas instituições de saúde. Muitas dessas questões se relacionam com a falta de delimitação de um espaço de trabalho do psicólogo no hospital e com uma possível relação das técnicas utilizadas na clínica para o ambiente hospitalar.

É comum o público depositar grande valor no consultório, criando uma imagem estigmatizada da atuação do psicólogo exclusiva da área clínica. Por esse destaque, o foco na clínica acaba contribuindo para que haja uma generalização das suas características e dos seus atributos para o ambiente do hospital. Desse modo, não deixa claro que há uma diferença profissional dos psicólogos que trabalham na clínica para os que trabalham no ambiente hospitalar. De acordo com Cardoso (2007), o hospital possui uma dinâmica de trabalho que é inerente ao seu contexto e exige conhecimentos teóricos e técnicos específicos que caracterizam de forma diferente a atuação do psicólogo hospitalar. Não é somente o contexto que caracteriza esse profissional, mas também a atividade exercida por ele.

Para Cardoso (2007), a atuação do psicólogo hospitalar se baseia na assistência ao paciente, família e equipe de saúde procurando sempre o bem estar do paciente num contexto de trabalho restrito e que possui algumas características próprias. O trabalho do psicólogo hospitalar vincula-se e deve se adequar ao perfil da instituição, atuando dentro de uma equipe multidisciplinar composta por diferentes profissionais de diferentes especialidades. O vínculo com a instituição possibilita ao psicólogo encontrar o paciente em diferentes “settings” analíticos e em diferentes atividades que muitas vezes extrapolam o atendimento clínico tradicional (Comin, Souza & Santos, 2008). Tal possibilidade pode ser muito rica para o atendimento, uma vez que compreende a realidade do paciente a partir de diferentes âmbitos situacionais e em momentos em que a emoção está reforçada. Porém é um trabalho sujeito às interrupções da equipe, sem privacidade local, sem tempo de atendimento determinado e diretamente atrelado ao tempo de hospitalização daqueles pacientes, ou seja, em meio à imprevisibilidade do hospital, o psicólogo deve atuar de forma flexível e criativa tentando adequar sua atuação à rotina da instituição, respeitando os limites e as condições físicas do paciente.

Cardoso (2007) menciona que o objetivo principal do psicólogo hospitalar é fazer com que o paciente expresse suas emoções, fale de seus medos e angústias, coloque-se como sujeito ativo e participante do seu processo de adoecimento e com isso possa simbolizar e elaborar da melhor forma possível a experiência do adoecer. De certa forma, estes aspectos se aproximam daquilo que a clínica abrange em um atendimento no consultório. Por exemplo, quando destacamos a escuta analítica, vemos que em ambos os ambientes se tem uma posição similar dessa técnica. Essa aproximação se dá, pois a escuta analítica deve ser uma escuta atenta e sensível às questões que emergem dos relatos de seus pacientes, independente do ambiente em que estejam.

Partindo-se dessas questões, procurou-se refletir sobre o trabalho do psicólogo hospitalar e como este se relaciona com algumas técnicas e conceitos desenvolvidos para a área clínica. Será que podemos aproximar a técnica clínica ao ambiente hospitalar? Ou será que isso não é possível pelo simples fato destes “settings” serem em ambientes tão distintos? Essa pesquisa surge, então, numa tentativa de aproximar conceitos clínicos a técnicas do psicólogo hospitalar pelo atendimento na Oncologia Pediátrica.

Para uma melhor ambientação do tema de pesquisa faremos uma breve contextualização do câncer infantil. De acordo com Perez (2004), o câncer é uma doença caracterizada pela divisão e proliferação desordenada de células que sofrem mutação em seu material genético. Ele pode ocorrer em qualquer parte do organismo e é o acúmulo dessas células que dá origem aos tumores. Para ele, lidar com esse tipo de doença implica lidar com sentimentos de destruição invasiva, numa tentativa de encontrar uma explicação para aquilo que tem sua causa ainda desconhecida. Para Roosevelt (1983), o câncer é ainda uma doença estigmatizada, considerada por muitos como sinônimo de morte e sofrimento. Comumente são levantados sentimentos de culpa, que podem levar a negação da doença, a atitudes de inferioridade, de auto-desprezo, impossibilidade e mais frequentemente de auto-condenação à morte. Quando ocorre na infância, esse significado parece adquirir uma conotação ainda mais intensa, tendo em vista o sentimento de piedade e perplexidade dos adultos diante da precocidade do evento, especialmente quando associado à morte (Perez, 2004).

Cardoso (2007) comenta que a infância é um período crucial na vida de qualquer sujeito. É na infância, a partir das vivências das relações familiares e sociais como um todo, que o indivíduo constrói sua relação com o próprio corpo com o mundo externo, adquirindo a partir daí uma subjetividade que vai ser base de experiências para o seu

modo de relacionamento futuro. A doença é um evento inesperado e indesejável e o câncer, dependendo do seu tipo de diagnóstico e prognóstico, pode causar seqüelas físicas e psíquicas que serão marcantes para o resto da vida. Glenn (1996) afirma a importância de se levar em consideração que crianças com níveis de desenvolvimento específicos vão ter reações emocionais específicas para cada idade, e que isso vai influenciar na sua constituição como sujeito. Além disso, Perez (2004) descreve que para a criança internada a rotina é completamente alterada e todos os hábitos comuns próprios da infância tornam-se algo distante devido às limitações que a doença e o tratamento impõem.

O “enigma” da criança com câncer muitas vezes acomete a família fortemente. Ainda muito dependente dos pais, ou de seus cuidadores, as reações destes frente ao diagnóstico influenciam muito no estado emocional do filho e no modo dele de lidar com a doença já que são eles os responsáveis pela criança. Segundo Gotfrieb, (citado por Cardoso, 2004) o recebimento do diagnóstico traz inicialmente sentimentos de choque e desesperança. Os pais questionam-se pelo motivo de seus filhos serem portadores de tal doença apesar de todo cuidado que ofereceram a ele desde nascimento, o que leva a uma auto-culpabilização em relação à doença dos filhos. Além disso, para Araujo (2006) a dificuldade dos pais de lidarem com a possível morte de um filho, pode suscitar medo de perda, somado ainda à separação física vivida em razão dos isolamentos e freqüentes deslocamentos realizados ao longo dos tratamentos.

Frente a essas reações emocionais da doença, o paciente procura uma relação humana que o ampare nessas questões. O prognóstico da doença e sua qualidade de vida dependem muito das relações que esse paciente desenvolve com toda a equipe multidisciplinar que o atende e, principalmente, com o psicólogo que está diretamente em contato para ajudá-lo nestas dificuldades. A maneira como o psicólogo reage emocionalmente à doença de seu paciente tem suas vicissitudes no tratamento.

A sua própria escolha profissional pode nos ajudar a entender o aparecimento dessas reações emocionais frente ao paciente. Se o profissional escolheu trabalhar na oncologia, o fez por algum motivo. É evidente que cada pessoa tem suas questões individuais a respeito dessa escolha, mas será que não há aspectos comuns que unem os profissionais que decidem trabalhar com o câncer? Roosevelt (1983) percorreu estudos que confirmam a escolha por este tipo de área a partir de uma necessidade de “dar amor e amparo às crianças com câncer”. Correlaciona também o desejo de “curar” a dor daquele indivíduo, buscando superar a morte pela vida. Junto a esse desejo comumente

encontram-se angústias intensas relacionadas à morte, que foram e pretendem ser resolvidas através das escolhas profissionais.

A relação que o profissional estabelece com o paciente, vai destacar algumas dessas angústias e de outros conflitos intra-psíquicos, podendo decorrer em forma de sentimentos, emoções e reações do psicólogo. O que fazer quando surgem esses sentimentos? Até que ponto estes sentimentos devem ser expostos e até que ponto eles devem ser guardados e trabalhados pelo próprio psicólogo? O envolvimento dessa gama de afetos do psicólogo pode atravessar o tratamento do paciente? O quanto de nossos sentimentos devemos mostrar para o paciente e o quanto devemos preservar para manter uma relação de cunho estritamente terapêutico? Qual a posição ideal para o psicólogo numa situação dessas?

Procurando responder algumas dessas perguntas, retomamos Freud e uma tentativa sua de criar um posicionamento de atendimento para o analista, pressuposta através da criação de diversas técnicas e regras que foram fundamentais para psicanálise. Em seu texto “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” (1912)¹, elucida a importância de uma técnica analítica que envolva a neutralidade do analista. Porém, na medida em que o pensamento freudiano foi marcado por movimentos oscilatórios e dialéticos de idas e vindas em suas descobertas, pelo encontro de novas idéias que ora abandonam, ora retomam antigas concepções supostamente ultrapassadas, foi gerada uma ampla variedade de leituras psicanalíticas sobre este assunto. Essa produtiva ambigüidade teórica fundou um permanente debate entre diferentes correntes teóricas da Psicanálise, que dela recortam, realçam e recriam diversas concepções sobre a posição ideal do analista.

Figueira (1994)² relê Freud e aponta diversas ambigüidades no texto, afirmando que Freud deixa a entender que a técnica analítica não deveria corresponder nem a um extremo e nem a outro, devendo estar em algum lugar no “meio” entre a condição de neutralidade e um posicionamento mais individual e subjetivo do analista. Trata-se da adoção para o analista da posição de neutralidade, porém com algumas peculiaridades de sua experiência e personalidade, levantadas por suas emoções e sentimentos suscitados durante o processo de análise. Mas, de que modo isso pode ocorrer? Como efetivar um posicionamento pessoal do analista sem perder de vista o próprio paciente?

¹ FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise. In: Obras Completas. Vol XII, 1912.

² FIGUEIRA, Sérvulo Augusto. *Contratransferência: De Freud aos contemporâneos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. 2 – 29, 131 - 151 p.

Até que ponto estas peculiaridades emocionais do psicólogo devem ser expostas para o paciente e até que ponto elas devem ser resguardadas e trabalhadas pelo analista?

Essas questões nos remetem ao que Freud nomeou de contratransferência. No seu texto, “Perspectivas da terapêutica psicanalítica” (1910), o autor fala que a contratransferência surge como: “(...) resultado da influência do paciente sobre os seus sentimentos inconscientes” (pg. 150). Diz ainda que esse processo é o limite do psicanalista, e que o analista deve reconhecer a contratransferência em si mesmo como um complexo e uma resistência sua, não a incluindo no processo analítico. O autor propõe também um rígido autocontrole para que possa escutar a fala do outro sem misturá-la com questões, pensamentos e emoções suas. Tal posicionamento sobre contratransferência encontra nos contemporâneos de Freud duas correntes, os analistas que concordam e os discordam dessa atitude. Mas, mesmo Freud teve suas contradições e ambigüidades a respeito desse tema. Se formos fazer uma revisão histórica e epistemológica, podemos ver que a contratransferência nem sempre esteve caracterizada só como resistência. Retorno a leitura de Figueira sobre; “Recomendações para os médicos que exercem a psicanálise”. Neste texto, o autor, Freud aponta que o funcionamento mental do analista deve permitir a entrada de seu inconsciente como órgão receptor do que o paciente lhe traz e ainda, faz uma metáfora dessa relação com o telefone. Figueira re-lê esse texto de Freud e diz que para que uma análise se efetive, é importante que, assim como o paciente deve relatar tudo que lhe vem à mente, o analista deve se voltar ao seu próprio inconsciente, como órgão receptor do que escuta, na direção do inconsciente que lhe é transmitido. Desse modo, Figueira recoloca a contratransferência como constituinte do próprio solo mental do analista.

Um de seus contemporâneos, Ferenczi, (citado por Figueira, 1994) foi muito além deste conceito e passou a incluir a figura do analista no processo analítico. Partiu da premissa de que a contratransferência pudesse ser pré-condição para a transferência. Nesse sentido, a contratransferência é vista como algo que pode anteceder o paciente numa visão mais ampla que a freudiana. Para ele não há dúvida de que o analista está implicado no processo de análise, por se constituir principalmente como objeto transferencial das expressões afetivas de seus pacientes. De acordo com Ferenczi (apud Figueira), em uma relação analítica não há como excluir o fato de que o relacionamento de atendimento psicológico que acontece entre duas pessoas pode elucidar sentimentos, temores e emoções de ambas as partes.

Donald Winnicott (apud Figueira 1994) foi além da proposição de Ferenczi publicando, em 1947, um artigo intitulado: “O ódio na contratransferência”. Winnicott descreve o difícil manejo que o tratamento de um paciente psicótico pode despertar no analista. Aponta nesse relato que a presença do analista serviu para que o paciente pudesse repetir situações de seu meio demonstrando assim um ódio jamais expresso por não ter tido quem o suportasse. A adequada comunicação do ódio serviu para o avanço no ajustamento do paciente à realidade.

Winnicott (apud Figueira) definiu o termo da contratransferência a partir de três modos: sentimentos anormais do analista frente ao paciente, que constituem a contratransferência clássica Freudiana; os sentimentos objetivos do analista, que surgem como resposta ao que o paciente traz na sessão; e por último, os sentimentos contratransferências, relacionados à própria experiência de vida emocional do analista, que podem de forma elaborada serem utilizados de maneira positiva para a compreensão e manejo da demanda do paciente. Ele ainda afirma que se estes sentimentos forem ignorados pelo analista, muitas vezes o paciente pode encontrar o vazio e a não correspondência do outro que precisa para seguir em análise.

Nesse sentido, entramos em algumas questões ainda hoje polêmicas entre os psicanalistas. Há escolas que defendem que a contratransferência é um processo inconsciente e por isso não pode ser analisado. Como tal, não teríamos acesso direto a contratransferência e seria difícil falar sobre isso. Mas há outros autores que dirão que todos os sentimentos do analista, conscientes e inconscientes, fazem parte da contratransferência. A idéia desse grupo se daria sobre “identificação projetiva”, um mecanismo de defesa descrito por Melanie Klein. Visto por esse ângulo a contratransferência seria produzida pelo paciente. Outros psicanalistas aceitam parcialmente essa posição. Acreditam que nem tudo o que ocorre na situação analítica é transferência ou contratransferência. E o importante é que esse processo seja analisado, pela interpretação contínua da contratransferência. Nesse último caso, a teoria da contratransferência poderia se tornar uma defesa do analista frente ao impacto do relacionamento analítico, por isso a importância de que a contratransferência seja analisada.

A interpretação da contratransferência é uma questão delicada. Como seria possível usar ou interpretar algo inconsciente para o próprio analista? Os sentimentos reprimidos só podem ser usados quando se tornam conscientes. Se pensarmos a partir da

suposição de que a contratransferência não é inconsciente, mas sim uma reação pessoal do analista ao impacto do paciente, é então possível pensar na questão. Há interpretações que são apenas moldadas pela contratransferência. Mas, há algo que vai muito além: é a possibilidade de o analista explicitar seus sentimentos ou, por exemplo, admitir seus erros. Margaret Little (1951) (citado por Figueira 1994) analisanda e importante discípula de Winnicott aponta para as dificuldades em delimitar o termo contratransferência, pois ora falamos de aspectos inconscientes e, portanto, não diretamente observáveis, ora de aspectos conscientes. Ela nos diz que: “(...) talvez muitas das nossas dificuldades residam aí, no fato de queremos separar consciente de inconsciente, e o reprimido do não reprimido, desconsiderando os aspetos dinâmicos dessa questão.” (apud Figueira, pg. 143).

Para Winnicott (citado por Figueira, 1996) o ego está sempre atuando na contratransferência. É através dela que o analista faz o seu trabalho, e será através do reconhecimento, da correspondência no olhar do outro que o paciente vai adentrar no tratamento.

Mas, até que ponto isso é uma atitude favorável para análise? Na situação do analista com pacientes psicóticos, Winnicott mostrou que a utilização da contratransferência foi de cunho terapêutico e teve um efeito positivo no tratamento, mas será que produz o mesmo efeito em um atendimento analítico tradicional? E no hospital? Poderíamos chamar os sentimentos, emoções e reações dos psicólogos hospitalares de contratransferência? Se sim, será que esta poderia ser contribuir na análise de pacientes com câncer? O que diferencia ou aproxima o termo contratransferência das reações e dos sentimentos suscitados pelos psicólogos hospitalares frente à criança com câncer?

Partindo-se da contextualização do câncer infantil e destes questionamentos a respeito da contratransferência e a respeito dos sentimentos do psicólogo que trabalha no hospital, formulamos nosso objetivo nessa pesquisa. Nesse estudo me destinei a explorar se os sentimentos, as emoções e as reações do psicólogo hospitalar podem ser considerados elementos contratransferenciais e, em caso afirmativo como eles são considerados no tratamento de crianças com câncer.

Para justificar o tema escolhido cito Perez (2004) e seu trabalho de Pós-Graduação: “Ser-no-mundo com a criança portadora de câncer: compreendendo a experiência de psicólogos nos serviços de oncologia pediátrica de Natal –RN”. Para esta pesquisadora, o trabalho com o câncer infantil traz diferentes perspectivas e visões de

mundo, fazendo do psicólogo uma pessoa humanizada e sensível às necessidades alheias. Nesse sentido, a questão apresentada é até que ponto essa sensibilidade pode acolher a criança de um modo positivo em seu tratamento?

Penso que tal problemática se aproxima da busca da idéia de um sujeito que está em constante movimentação nas suas relações e aprimoramentos. Tal escolha se deu pela minha crescente identificação com o tema, e pela possibilidade de interlocução com conceitos anteriormente citados que surgiram em minhas inquietações da práxis clínica psicológica institucional. De acordo com Perez (2004), essa práxis que envolve implicações frente à ameaça iminente de morte, representada por uma doença grave como o câncer, requer uma postura do psicólogo diante da angústia que perpassa seu campo de trabalho.

Além disso, Perez (2004) afirma em sua pesquisa que há ainda uma pequena quantidade de profissionais que atuam nesta área da saúde, bem como algumas evidências que revelam por parte desses profissionais, certa posição de defesa, ou seja, uma tendência por parte do psicólogo em evitar o contato e o possível envolvimento afetivo com a criança doente e seus familiares.

É importante ressaltar aqui que foi por estagiar em uma instituição de saúde, que me interessei por atuar e pesquisar justamente a esta área, uma vez que o câncer é uma doença marcante e que contempla uma re-significação da morte e da busca pelo sentido da vida. Esta é uma antiga inquietação a respeito do homem e sua finitude. A morte é um tema muito polêmico, que desperta inúmeros enigmas e mistérios sendo uma fonte inesgotável de ensinamentos. E em se tratando da morte de crianças, esse tema parece instigar e inquietar ainda mais.

Pude perceber que tal problemática ainda carece de contribuições e sistematizações, tendo em vista uma quantidade de produção científica ainda não suficiente para problematizar, focar e discutir a ação clínica do profissional na oncologia pediátrica. O foco na compreensão da experiência do psicólogo hospitalar visando o manejo de algumas de suas técnicas estava limitado nas produções de pesquisa levantadas.

De acordo com Burón e cols. (citado por Staliano e Araújo, 2009), os temas mais freqüentes citados na literatura especializada giram em torno do paciente, seguidos daqueles destinados a conhecer melhor o seu meio social. Sobrando para os trabalhos que abordam a esfera dos profissionais somente 8% de publicações em relação a todas as publicações de Psico-Oncologia da área.

Por isso, baseando-se na minha experiência em uma instituição de saúde e na falta de subsídios teóricos do tema, acredito que o desenvolvimento desse estudo proposto trouxe importantes contribuições para o atendimento hospitalar do psicólogo. Contribuições estas que na medida em que questionam e refletem acerca desse campo de intervenção, colaboraram com um enriquecimento na postura do profissional da clínica e do ambiente hospitalar. Essa pesquisa contribuiu com alguns âmbitos, dentre eles, o científico, social e psicológico, pois visou apresentar novas possibilidades de sentido para o tratamento da criança com câncer em sofrimento oncológico. Além disso, buscou também contribuições para repensar aproximações entre a técnica psicanalítica e o psicólogo no contexto de uma instituição de saúde, contribuindo para uma melhor instrumentalização da técnica do profissional de psicologia.

O objetivo da pesquisa foi explorar os sentimentos, as emoções e as reações de psicólogos que atuam no atendimento de crianças com câncer, como elementos contratransferenciais.

Capítulo 1

Contratransferência

O presente capítulo pretende conceitualizar o fenômeno clínico da contratransferência, desde sua primeira teorização feita por Freud. A partir daí vai trazer outros autores que também se dedicaram ao estudo da contratransferência, buscando assim o aprofundamento do tema.

O conceito de Transferência

O Vocabulário da Psicanálise³ define a transferência como “*o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles, e eminentemente, no quadro da relação analítica. Trata-se aqui de uma repetição de protótipos infantis vivida com sentimento de atualidade acentuada.*” (Laplanche e Pontalis, 2008, pg.102-103)

Partindo desse ponto, podemos começar a entender a transferência como relacionada ao final do Complexo de Édipo. Essa fase marca o desenvolvimento libidinal nas crianças e o processo de identificação que irá resultar na formação da personalidade. Conforme a criança cresce a dissolução edípica se conclui e parte dos impulsos libidinais que irão determinar o curso pulsional fica dirigido para a realidade, ou seja, em forma consciente, enquanto a outra parte acaba sendo impedida de se expandir, dirigindo-se para o inconsciente.

Esses impulsos resultantes são as rédeas da transferência, pois em um sentido mais geral, constituem os desejos que se atualizarão sobre determinados objetos e, nesse sentido, estão sempre em busca de serem satisfeitos.

Freud, em 1915, afirma que não basta somente um olhar para o passado sem um para o presente, e vice versa, as vivências atuais também pesam nesta repetição do passado.

De acordo com o texto “*Observações sobre o amor transferencial*” (Freud, 1915/1969), vemos uma segunda concepção do que seria a transferência. Nesta segunda

³ LAPLANCHE, J; PONTALIS, J. B. Vocabulário da Psicanálise. 4ª Edição. São Paulo: Martins Fontes, 2001, pg.102-103

concepção, temos a transferência como uma expressão da relação com a falta, ou seja, uma maneira de encontrar algo que complete o sujeito, já que é do ser humano a eterna busca pelo objeto “perdido”.

É importante ressaltar, aqui, que a transferência está presente em toda relação analítica. Embora toda relação seja ambivalente, é necessário para o progresso da análise que possua uma maior carga de transferência positiva do que de transferência negativa (sentimentos hostis em relação ao analista). O paciente, que começa a ter sentimentos em relação a seu analista, passa a compreender mais facilmente o que lhe é dito/interpretado, ficando mais livre para “cumprir” as tarefas do tratamento, ou seja, dizer simplesmente o que lhe vem à cabeça sem se importar com o julgamento do analista.

Sendo assim, este fenômeno nos diz sobre uma repetição de vivências originadas na infância, que se não forem analisadas/ trabalhadas com o analista, se reproduzirão sem possibilidade de uma transformação satisfatória. Assim sendo, o sujeito desloca algo de uma relação passada para outra do presente.

A transferência foi vista por Freud como também podendo obstaculizar o processo psicanalítico e a isso ele nomeou de resistência. Isso acontece, quando se trata de um momento de difícil manejo para o terapeuta e para o paciente. Nesse caso, representa um impasse para continuar a análise onde geralmente, uma das saídas seria o encaminhamento, ou o encerramento do processo terapêutico. É uma manifestação que pode envolver excessivamente o paciente e/ou o profissional de forma a conduzir o comportamento de algum destes de maneira inadequada, seja alimentando os desejos que o amor transferencial mostram, seja subjugando-o.

Acontece também de a resistência tornar-se muito forte e, nesses casos, o paciente pode sentir que nenhuma idéia ou pensamento lhe vêm à mente e assim não consegue associar livremente. Podemos dizer que esta resistência ocorre na relação transferencial negativa, ou seja, existem mais sentimentos negativos e hostis do que “amorosos”, ou então o sentimento de afeição e amoroso está exacerbado, deixando o paciente importar-se mais com o analista (como: o que ele vai achar, etc.) do que consigo próprio.

“Se, porém, se transforma em resistência, devemos voltar-lhe nossa atenção e reconhecemos que ela modifica sua relação para com o trabalho sob duas condições diferentes e contrárias: primeira, se na

forma de inclinação amorosa ela se torna tão intensa e revela sinais de sua origem em uma necessidade sexual de modo tão claro, que inevitavelmente provoca uma oposição interna a ela mesma; e, segundo, se consiste em impulsos hostis em vez de afetuosos.” (Freud, 1916/1969, pg. 445)

A questão da autenticidade dos sentimentos transferências é discutida através de dois grandes argumentos. O primeiro defende que o amor transferencial tem forte influência da resistência, que ao invés de deixá-lo com características de docilidade e compreensão, o deixa com reações de enfrentamento, de cobrança, de afastamento do tratamento terapêutico. E o segundo defende que é um amor baseado em repetições, e que mostra a fixação infantil que acaba por prejudicar todas as formas de amor; é essa determinação infantil que lhe dá o caráter compulsivo. Assim, os sentimentos transferenciais são autênticos, já que é provocado pela situação analítica e, intensificado e mantido pela resistência; foi justamente o analista que os evocou na situação analítica visando a cura da neurose da paciente.

“Para nós é impossível ceder às exigências do paciente, decorrentes da transferência; seria absurdo se as rejeitássemos de modo indelicado e, o que seria pior, indignados com elas. Superamos a transferência mostrando ao paciente que seus sentimentos não se originam da situação atual e não se aplicam à pessoa do médico, mas sim que eles estão repetindo algo que lhe aconteceu anteriormente. Desse modo, obrigamo-lo a transformar a repetição em lembrança. Por esse meio, a transferência que, amorosa ou hostil, parecia de qualquer modo constituir a maior ameaça ao tratamento, torna-se seu melhor instrumento, com cujo auxílio os mais secretos compartimentos da vida mental podem ser abertos.” (Freud, 1916/1969, pg. 444-445)

Dessa forma, o tratamento não esbarrou em uma perturbação, mas sim mostrou ao paciente um fenômeno intimamente ligado à natureza da própria “doença”. Apesar da concepção de resistência, Freud ainda sustenta que a transferência é uma prática clínica imprescindível. E, se o terapeuta conduzir a situação de forma adequada,

mostrando-se imune às tentações, vai permitir ao paciente vivenciar transferencialmente os seus sentimentos de amor. Faz o mesmo sentir-se seguro para permitir que as características do seu enamoramento venham à tona e assim se abra o caminho para o entendimento de suas raízes infantis de sua experiência.

Isso nos mostra que para Freud, assim como a transferência pode trabalhar em função dos progressos da análise, pode também, por outro lado, agir como resistência ao tratamento. Com o amor transferencial, o paciente foca-se somente em seus sentimentos para com o analista, em seu amor, deixando de lado o foco do tratamento. De acordo com Freud:

“Por mais dócil que tenha sido até então, ela repentinamente perde toda a compreensão do tratamento e todo o interesse nele, e não falará ou ouvirá a respeito de nada que não seja o seu amor, que exige que seja retribuído. Abandona seus sintomas ou não lhes presta atenção; na verdade, declara que está boa.” (Freud, 1915/1969, pg. 179)

Safra, 1995, em seu livro: “Momentos Mutativos em psicanálise” acrescenta que no texto: “A interpretação dos sonhos”, escrito em 1900, Freud afirma que o tratamento não cria a transferência, mas a revela, e que o fenômeno que poderia ser o maior obstáculo à análise passa a ser o seu maior aliado. A partir disso retoma o conceito de transferência em vários autores posteriores a Freud.

Ele destaca Ferenczi que em 1909, dá uma importante contribuição ao estudo da transferência. Para Ferenczi (apud Safra) a tendência a transferir é um traço fundamental da neurose. O paciente submetido ao princípio do prazer distorce a realidade conforme seus desejos. A transferência cria a possibilidade do paciente ver seu analista a luz dos seus desejos. Utiliza-se do conceito de introjeção, para explicar que é através do mecanismo de introjeção que o paciente coloca o objeto “dentro de si” e aí transfere a esse os seus sentimentos.

Segundo Safra, anos mais tarde Klein, contribui com a elaboração do conceito de transferência baseando-se nos mecanismos de projeção e introjeção do objeto interno. No seu texto: “As origens da transferência”, de 1952, Klein afirma que a transferência é fruto de todas as relações humanas e influi ao longo da vida. Faz ainda um recorte do processo analítico, e diz que nesse caso, a transferência pode ser

compreendida quanto mais se aprofunda nos processos inconscientes do paciente, a partir da revivência do seu passado, e quanto mais para trás pode se levar esse processo.

Safra ainda cita Lagache, autor influente na Psicologia da Gestalt. Sobre o tema da Transferência, Lagache, diz: *“está presente na repetição transferencial sempre o desejo de completar algo que restou incompleto, de fechar uma estrutura que ficou aberta, de encontrar uma solução para o que se apresenta sem resolução”*. (Safra,1953/1995, pg.44) Dessa forma, os problemas não concluídos que surgem na transferência, por sua vez, são os que ficaram sem resolução em etapas decisivas do desenvolvimento do ser humano.

Em seu livro, Safra considera a contribuição de Lagache como interessante para a clínica psicanalítica. E ainda afirma que nesse aspecto existem considerações que se assemelham ao que Winnicott aprofunda quando teoriza sobre a *“busca do objeto”*.

Por fim, Safra traz a contribuição de Winnicott que mostra que o psiquismo busca a integração através da unificação das experiências primárias. E que para essa integração ocorrer é necessário duas experiências iniciais, o modo como vai se desenvolver a relação com o outro e a possibilidade do bebê de vivenciar e sentir. A integração das funções só pode ocorrer com e pelo outro. Para tanto, quando o ambiente falha, o que nós, como analistas, devemos fazer é dar ao paciente a oportunidade de reparar essas falhas. Nos neuróticos, isto é, nos pacientes em que o processo edípico se estruturou de forma satisfatória, a transferência pode contar com a técnica clássica. Porém, já nos pacientes que tiveram seu desenvolvimento perturbado, é necessário uma regressão no enquadre analítico.

Esse enquadre da transferência na técnica psicanalítica caminha para a importância da instrumentalização da personalidade do analista. Enfim, para que a teorização se dê de maneira satisfatória precisamos levar em conta o conceito de contratransferência.

O conceito de contratransferência

Freud mencionou o tema da contratransferência poucas vezes durante toda a sua obra, seu primeiro comentário foi levantado em 1910, em um artigo intitulado; “As

Perspectivas futuras da terapêutica Psicanalítica”⁴ para o Congresso de Nuremberg. Descreveu a contratransferência como uma técnica inovadora da relação analítica que se relaciona com o próprio ‘médico’.

“Tornamo-nos cientes da contratransferência, que, nele, (no analista em questão) surge como resultado da influência do paciente sobre os sentimentos inconscientes e estamos quase inclinados a insistir que ele reconhecerá a contratransferência, em si mesmo, e a sobrepujará. (...) nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas, e, em conseqüência, requeremos que ele deva iniciar sua atividade por uma auto-análise e levá-la, de modo contínuo, cada vez mais profundamente, enquanto esteja realizando suas observações sobre seus pacientes”. (Freud, 1910/1969, pg. 150-151)

Freud volta a mencionar brevemente, sobre a contratransferência, em 1915 no seu artigo: “Observações sobre o amor transferencial”⁵. Neste texto, faz um apontamento sobre o estado de enamoramento do paciente pelo seu analista, afirmando que este último deve reconhecer que esta paixão é induzida pela situação analítica e por isso, não deve ser atribuído aos encantos do analista. Classifica esse comentário como uma advertência útil contra qualquer tendência a uma contratransferência que pode estar presente na própria mente do analista; de maneira em que, não tem nenhum motivo para orgulhar-se de tal “conquista” de enamoramento.

Para Figueira⁶, as poucas referências de Freud a contratransferência contribuíram para a manutenção de uma imagem dominante, e até hoje entre analistas, de que ele não teria se interessado pela contratransferência, ou teria apenas percebido o seu aspecto negativo, ou seja, o seu papel indesejável, de obstáculo de equívoco.

Isto está bem próximo aos excertos retirados da obra de Freud, citados acima. No entanto, se fizermos uma leitura rigorosa de alguns de seus trabalhos mais ligados à

⁴ FREUD, S. (1910). As Perspectivas futuras da terapêutica Psicanalítica. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 11. Rio de Janeiro: Imago, 1969, p. 150-151.

⁵ FREUD, S. (1915 [1914]). Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol.12. Rio de Janeiro: Imago, 1969, p. 178-179.

⁶ FIGUEIRA, Sérvulo Augusto. Contratransferência: *De Freud aos contemporâneos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994, p. 1- 2.

técnica e clínica, podemos ver uma indicação de que, a posição freudiana em relação à problemática da contratransferência, está longe de ser tão simples como se tem imaginado.

O diálogo com alguns textos principais sobre a técnica psicanalítica ajudam nessa leitura diferenciada sobre a posição de Freud frente a este fenômeno da contratransferência. Partindo de Figueira⁷, retomamos o texto: “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise”, e podemos ver leituras de formulações de Freud que transitam no terreno da contratransferência.

Uma dessas formulações diz respeito a uma passagem que comenta que o analista deve: “voltar seu próprio inconsciente, como um órgão receptor, na direção do inconsciente transmissor do paciente”.⁸ Nesse trecho Freud fala um pouco sobre a capacidade do inconsciente de reagir ao outro, sem passar pelo sistema da consciência, sobre a qual tem a competência de captar, registrar, interpretar o significado dos derivativos produzidos pelo inconsciente do paciente.

A partir dessa perspectiva, podemos aproximar essa fala de Freud à noção de que é a partir do psiquismo do analista que irá se direcionar a análise de seu paciente? Será uma idéia da junção com a contratransferência? Figueira comenta que: Freud não esclarece como é que o inconsciente do analista opera. A leitura de Figueira, direciona o texto de Freud à capacidade do sistema inconsciente em se basear na materialidade da comunicação, certamente muito além do conteúdo das palavras ditas.

A partir do que nos traz Figueira temos que uma das competências do sistema inconsciente do analista, só pode ocorrer se “preencher determinada condição psicológica em alto grau”,⁹ ou seja, a purificação analítica que o mesmo teria sofrido através de sua própria análise. Freud toma essa regra como fundamental para que o tratamento analítico ocorra.

“Os analistas são pessoas que aprenderam a praticar uma arte específica; a par disso, pode-se conceder-lhes que são seres humanos como quaisquer outros (...) as condições especiais do trabalho analítico fazem realmente com que os próprios defeitos do analista

⁷ FIGUEIRA, Sérvulo Augusto. *Contratransferência: De Freud aos contemporâneos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

⁸ FIGUEIRA, Sérvulo Augusto. *Contratransferência: De Freud aos contemporâneos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994, pg. 19.

⁹ FIGUEIRA, Sérvulo Augusto. *Contratransferência: De Freud aos contemporâneos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994, pg. 22.

interferiram em sua efetivação de uma avaliação correta do estado de coisas em seu paciente e em sua reação a elas de maneira útil. É, portanto, razoável esperar de um analista, como parte de suas qualificações, um grau considerável de normalidade e correção mental (...) Mas onde e como pode o pobre infeliz adquirir as qualificações ideais de que necessitará em sua profissão? A resposta é: na análise de si mesmo, com a qual começa sua preparação para a futura atividade”. (Freud, 1937/1969, pg. 264-265)

Freud (1937)¹⁰, ainda sustentando essa afirmação, comenta no texto: “Análise terminável e interminável”, que se deve levar em conta não apenas a natureza do paciente, mas também a individualidade de cada analista. Destacando que esse seria um dos fatores que mais influenciariam as perspectivas do tratamento analítico ao mesmo tempo, podem dificultá-lo se não forem trabalhados.

Tamburrino¹¹, em sua dissertação de mestrado, também se propõe a investigar a contratransferência em Freud, e comenta que é possível constatar, de um lado, que Freud se orienta no sentido de dominar a contratransferência, e por outro, que ele também admite a influência que o paciente realmente exerce sobre o inconsciente do analista. Ela ainda destaca: “No entanto, isto é muito menos apontado pelos leitores e comentadores de Freud, que insistem muito mais no aspecto defensivo da contratransferência”.

A autora refere que em 20 de fevereiro de 1913, em uma carta a Biswanger, Freud revela sua angústia diante deste fenômeno:

“A contratransferência está entre os problemas técnicos mais complicados da psicanálise. Teoricamente, considero que é de resolução mais fácil. O que se dá ao paciente não deve nunca ser, justamente, afeto imediato, mas sempre afeto conscientemente concedido, e isto mais ou menos segunda a necessidade do momento. Em certas circunstâncias, pode-se conceber muito, mas nunca o colhendo em seu próprio inconsciente. Esta, para mim, seria a

¹⁰ FREUD, S. *Análise terminável e interminável*. Rio de Janeiro: Imago. Edição Standard, vol. XXIII. 1937/1969.

¹¹ TAMBURRINO, Gina. (2004). *Escutando com imagens: A afetação do analista na prática psicanalítica para além da contratransferência*. (pg. 24–53). Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. PUC – SP.

formula. É preciso, portanto, reconhecer a cada vez sua contratransferência e superá-la; apenas assim se é livre. Dar muito pouco a alguém, porque se ama muito, é uma injustiça cometida contra o paciente e uma falta de técnica. Isso tudo não é fácil, e talvez seja preciso ser mais velho para isso”. (Freud apud Tamburrino,2004)¹²

Tamburrino comenta que nesse mesmo ano, Freud comunica em seu artigo intitulado: “A disposição à neurose obsessiva”, apresentado no Quarto Congresso Psicanalítico Internacional, realizado em Munique, que “todos possuem, em seu próprio inconsciente, um instrumento com quem podem interpretar as elocuições do inconsciente das outras pessoas”. Nessa perspectiva Freud deixa em aberto alguns questionamentos, alguns deles que sugerem ampliar a comunicação analítica para além da materialidade das palavras. Tamburrino reflete e se propõe a pensar que a partir disso, será que não é só o analista que pode captar o inconsciente de seu paciente, sendo o contrário, de certa forma, também possível?

A Contratransferência em outros autores

Para Winnicott a técnica psicanalítica se sustenta no uso da transferência e da neurose de transferência. Para ele, transferência não é apenas uma questão de relacionamentos ou relações. É um elemento que se refere ao modo como fenômenos altamente subjetivos aparecem repetidamente.

“A psicanálise consiste em propiciar as condições para o desenvolvimento desses fenômenos, e a interpretação dos mesmos no momento oportuno. A interpretação relaciona o fenômeno específico da transferência a uma parcela da realidade psíquica do paciente, e isso significa em alguns casos relacioná-la ao mesmo tempo a uma

¹² Citado na Dissertação de Mestrado de Gina Tamburrino, extraído do livro: “Técnica e contratransferência em psicanálise de crianças”, Biswanger apud Guidnard.

parcela de vida passada do paciente.” (Winnicott,1960/2008, pg.146)¹³

Comenta então, o quanto é importante persistir em um esclarecimento do termo transferência, pois se não há concordância disso não se pode nem começar a discutir a contratransferência.

Em seus estudos teóricos sobre a psicanálise, ele propõe a aprofundar o fenômeno da contratransferência. Em 1947 ele escreve um artigo intitulado: “O ódio na contratransferência”¹⁴. Neste artigo, logo no início do texto, ele classifica o fenômeno da contratransferência da seguinte maneira:

1. Sentimentos contratransferenciais anormais que mantém relação com identificações padronizadas e reprimidas do analista. Nesse aspecto faz um paralelo com a definição de contratransferência de Freud, enfatizando que em casos como este o analista precisa fazer análise pessoal.
2. Identificações e tendências oriundas da experiência e do desenvolvimento pessoal do analista, que fornecem bases positivas para o trabalho analítico e tornam esse trabalho diferente do de outros analistas.

Estes dois pontos acima estão vinculados especificamente à linguagem empregada pelo analista.

3. Sentimentos de amor e ódio do analista em reação a personalidade e ao comportamento do paciente, com base numa observação objetiva. Winnicott separou essa terceira classificação das duas outras acima afirmando que se distinguem por ser a contratransferência puramente objetiva.

A partir dessa última concepção de contratransferência, Winnicott desenvolve toda uma técnica de trabalho, na qual os fenômenos contratransferenciais representam, em certos momentos, o elemento central da análise.

¹³ Citação retirada do Texto: Contratransferência. Extraído do livro: O ambiente e os processos de maturação.

¹⁴ WINNICOTT, D. W. (1947). O ódio na contratransferência. Em *Da pediatria à psicanálise* (pg. 277-287). Rio de Janeiro: Imago, 2000.

Porém, há aqui uma importante distinção desta técnica de trabalho de Winnicott. Devemos destacar que, nesses casos, Winnicott não está falando da análise de qualquer paciente. E sim de dois tipos de caso, que alteram a atitude profissional do terapeuta. Um é o paciente que tem uma tendência anti-social e o outro é o paciente que necessita de uma regressão.

Para o autor (1947) o primeiro, paciente com tendência anti-social, se mostra permanentemente reagindo à privação. Nesse caso, o terapeuta é impelido pela doença do paciente a corrigir e continuar corrigindo a falta de apoio ao ego que alterou o curso da vida do paciente. A única coisa que o terapeuta pode fazer é usar o que ocorre na análise, como uma tentativa de chegar a um sentido mais preciso da privação ou privações originais, certamente, sentidas e percebidas pelo paciente quando criança. Dessa forma, isso pode envolver ou não um trabalho com o inconsciente do paciente, pois algumas dessas privações podem ser tão primárias que não podem ser recordadas pela consciência.

No outro tipo de paciente estão os conhecidos como psicóticos, que necessitam de regressão no processo analítico. Se uma mudança significativa é o que se pretende construir, o paciente precisará passar por uma fase de dependência infantil. A dificuldade de casos como este está no diagnóstico, na identificação de que existe uma falsa personalidade que oculta por *self* verdadeiro, pois o mesmo está imaturo. Se o objetivo for aflorar o *self* oculto pó si próprio, o paciente terá que passar por um colapso como parte do tratamento, e nesse sentido, o analista precisará ser capaz de desempenhar o papel de mãe para o paciente. Isso significa dar apoio ao ego em grande escala.

Esses dois tipos de pacientes atravessam gradativamente as barreiras denominadas de técnica do analista e atitude profissional, forçando um relacionamento direto, de tipo primitivo, chegando até o limite da fusão. Essa fusão é marcada pela necessidade do paciente de regredir à dependência infantil.

No texto: “O ódio na contratransferência”, de 1947, Winnicott constrói a idéia de que é a partir do sentimento de ódio expresso na contratransferência do analista, frente a um paciente psicótico, que o trabalho de análise pode se construir. Para desenvolver essa idéia, Winnicott retoma à noção de dependência infantil, onde no começo a mãe odeia seu bebê antes que este a odeie, e antes que este possa saber que sua mãe o odeia também. Ele então descreve certos motivos para sustentar essa idéia:

“O bebê não é uma concepção (mental) sua.

O bebê não é aquele das brincadeiras da infância, um filho do papai, ou do irmão etc.

O bebê não é produzido magicamente.

O bebê é um perigo para o seu corpo durante a gestação e o parto.

O bebê interfere com sua vida privada, é um obstáculo para a sua ocupação anterior.

Mais ou menos intensamente, a mãe sente que o bebê é algo que a sua própria mãe deseja, e ela o produz para aplacá-la”.

(Winnicott,1947/2000, pg.285)

Winnicott ainda afirma que não crê que uma criança humana, ao desenvolver-se, seja capaz de tolerar a extensão de seu ódio em um ambiente sentimental. A criança precisa de ódio para poder odiar. Se acompanharmos esse pensamento, vemos que o analista do paciente psicótico se encontra em posição similar a da mãe de um bebê recém-nascido. E nesse caso, não podemos esperar o contrário. Ou seja, não podemos esperar que um paciente psicótico em análise consiga tolerar seu ódio pelo analista, a não ser que o analista possa odiá-lo.

Mas, o ódio não precisa ocorrer necessariamente. O ódio do analista fica em geral latente, e pode continuar assim com muita facilidade. Winnicott nos diz, neste mesmo artigo, que:

“Na análise de psicóticos o analista encontra-se sob uma pressão muito maior para manter o seu ódio latente, e só poderá fazê-lo se estiver plenamente consciente do mesmo. Gostaria de acrescentar que em certos estágios de certas análises o ódio do analista é na verdade buscado pelo paciente, e nesses momentos é necessário expressar um ódio que seja objetivo. Quando paciente está a procura de um ódio legítimo, objetivo, ele deve ter a possibilidade de encontrá-lo, caso contrário não se sentirá capaz de alcançar o amor objetivo.”

(Winnicott,1947/2000, pg. 283)

Winnicott afirma que a tarefa do analista, que assume a análise de um psicótico, não tem como não ser intensamente marcada por esse fenômeno do ódio na

contratransferência. E ainda nos diz que essa análise é impossível, a não ser que esse ódio esteja muito discernível e consciente para o terapeuta. Isso implica afirmar que a análise de psicóticos é algo de difícil manejo quando comparado a análise de um neurótico. Ainda assim, faz questão de destacar que para o analista estar nessa posição de discernimento de seus sentimentos (ódio), ele deve estar em constante análise de si mesmo, ou seja, deve ser ele mesmo analisado também.

Abram (2000)¹⁵, no dicionário de palavras e expressões de Winnicott, comenta que neste texto trabalhado acima, o autor acentua a importância de o analista ser analisado, apontando para o fato de que muitos analistas escolhem o trabalho com pacientes psicóticos para, de certa forma, atingir “um ponto além daquele a que seu analista pôde conduzi-lo”. De certa forma, para Abram um analista deve ser receptivo o bastante para que possa ser mobilizado emocionalmente pelo paciente, da mesma forma que os pais são mobilizados pelos filhos. No trabalho com pacientes neuróticos o ódio do analista pode mostrar-se de uma forma mais reprimida e latente, através do término da “hora”.

Esse comentário suscita uma aproximação a Freud, que conceitua que o analista precisa de mais análise. Freud previu o envolvimento de uma ampla gama de fenômenos subjetivos no relacionamento analítico, a análise do próprio analista foi um reconhecimento de que o analista encontra-se sob tensão ao manter essa atitude profissional perante a análise. Para Winnicott, a análise do próprio analista não serve para livrá-lo de sua neurose, mas sim aumentar sua estabilidade de caráter e a maturidade profissional, que possam capacitá-lo a manter um relacionamento profissional e serem a base de seu trabalho profissional.

Winnicott (1963) afirma que quando as defesas e inibições do analista estão influenciando significativamente, o analista passa a trabalhar sob extrema tensão, e assim, sua capacidade de trabalho analítico fica diminuída. É importante que ele possa permitir-se estar vulnerável, isto é, livre para sentir suas emoções, seja ela quais forem, e, ainda assim manter seu papel profissional. O analista deve estar preparado para suportar tensão, para poder se dar conta do seu próprio medo e ódio, suscitado pela relação com seu paciente. Porque muitas vezes é isso que o paciente busca encontrar objetivamente: o ódio objetivo do seu analista, porque de outro jeito o amor também não poderia ser vivido como verdadeiro.

¹⁵ Citado no livro de ABRAM, J (2000). A linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter. Pg.166.

O trabalho desenvolvido na análise deverá lidar não apenas com os indícios da transferência de sentimentos das relações passadas do paciente, mas também com os elementos inconscientes que estão por trás disso, assim como com os conflitos e defesas. Nesse processo, o que o paciente precisa encontrar é uma atitude profissional do analista. E, nessa perspectiva, é presumido que o analista mantenha uma distância entre si mesmo e seu paciente. Isso não significa que idéias e sentimentos não estejam envolvidos, mesmo quando esses vêm à mente do analista e possam ser usados durante a análise. Mas, significa dizer que estes sentimentos devem ser bem examinados e filtrados. E, principalmente aponta para o fato de que o analista necessita esperar que o paciente chegue a sua própria interpretação.

“O analista é objetivo e consistente na hora da sessão, sem pretender ser um salvador, professor, aliado ou moralista. O efeito importante na análise do próprio analista neste contexto é que fortalece o seu próprio ego de modo a poder permanecer profissionalmente envolvido, e sem esforço demasiado.” (Winnicott, 1960/2008, pg.148)

Na medida em que tudo isso é correto, focamos na disponibilidade emocional do analista, mais especificamente o sentimento de ódio. O que significa que deixemos de lado uma importante parcela do significado da palavra contratransferência, aquela que permanece vinculada à posição e linguagem do analista mais do que aos sentimentos sentidos por esse. Pois, se tentarmos estender tudo o que pode englobar a palavra contratransferência poderíamos gerar uma confusão do termo, na medida em que a amplitude que alcança não pode ser medida, definida ou fechada em palavras.

Alguns comentadores de Winnicott e outros autores procuraram circunscrever, em suas teorias, a utilização da contratransferência no setting psicanalítico.

Figueira (1994)¹⁶, comentador de Winnicott, afirma em seu livro: “Contratransferência: de Freud aos seus contemporâneos” que a leitura do artigo: ‘O ódio na contratransferência’, suscitou nele o questionamento da delicadeza da interpretação da contratransferência. Nesse artigo, Winnicott comenta que o ódio sentido em relação ao paciente é justificável e precisa ser isolado e guardado, para que assim, fique disponível para uma eventual interpretação. É nesse sentido, que Figueira

¹⁶ FIGUEIRA, Sérvulo Augusto. Contratransferência: De Freud aos contemporâneos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. pg.140 - 151.

aponta que a interpretação da contratransferência é uma questão delicada. Para ele, o que ocorre com a noção de contratransferência, ocorreu, no passado, com a da interpretação da transferência: durante muito tempo, acreditava-se que esse movimento era inútil.

Figueira questiona como é possível usar ou interpretar conteúdos que são inconscientes para o próprio analista? Afirma, logo em seguida, que os sentimentos recalçados só podem ser usados quando se tornam conscientes. Logo, eles se tornariam conscientes e deixariam de ser inconscientes; o que significa para alguns analistas que estes não fariam mais parte do termo: contratransferência.

Comenta, então, que a única maneira de pensar na contratransferência é considerar como sua parte essencial; a reação pessoal e emocional do analista frente ao impacto do paciente, *“Há interpretações que são apenas moldadas pela contratransferência. Mas, há algo que vai muito além: é a possibilidade de o analista explicitar seus sentimentos ou, por exemplo, admitir seus erros.”* (Figueira, 1994, pg.142).

Contemplando essa idéia, Figueira menciona que há situações na qual acontece do próprio analisando revelar a contratransferência do analista. Hoje em dia, essas situações estão cada vez mais comuns, aparentemente, há uma maior liberdade para criticar a análise. Se, nesse caso, o analista aceitar essa fala do analisando como fato de que esse pode estar apontando alguma coisa significativa, e se tentar verificar isso nele mesmo, poderá encontrar um material útil. A contratransferência que puder ser examinada por ambos, pode levar a um maior ajuste do paciente à realidade e uma relação de mais confiança e honestidade.

Mas, se por outro lado, a atitude do paciente for encarada como um ataque a figura do analista, o que foi apontado poderá voltar a ser novamente reprimido, que em algumas outras situações possa ocorrer esse tipo de defesa do paciente. O que Figueira nos aponta é que a disponibilidade do analista em verificar esse fato pode ser de grande ganho para o andamento da análise, tanto para o paciente quanto para terapeuta. Muitas vezes, a não disponibilidade leva ao impasse da relação, ou até mesmo à ruptura.

“Muitos analisandos viveram em ambientes loucos e confusos. Precisaram se adaptar a isso e devido à sua imaturidade e narcisismo infantil não puderam discriminar que não eram responsáveis pelo que ocorria. Muitas vezes há nessas pessoas uma necessidade

inconsciente de provocar a contratransferência do analista, seja para comunicar – via identificação projetiva – como se sentem, seja para ter uma outra oportunidade de tentarem uma solução de “cura”. É evidente, portanto, que não se trata do analista despejar sobre o paciente, de forma indiscriminada, uma carga necessária.” (Figueira, 1994, pg. 142)

Para Sonia Abadi (1998)¹⁷, o desafio da concepção da contratransferência formulada por Winnicott se dá mais no âmbito prático do que teórico. Ela comenta que a transferência psicótica é uma dura prova para o analista, pois gera sentimentos e idéias que envolvem tanto a atitude profissional, quanto as vivências subjetivas do analista como pessoa e seus movimentos contratransferenciais. Penetrar na loucura do paciente, identificando-se com ele, preservando a própria subjetividade e permanecendo preso à realidade é uma tarefa difícil.

Ela ainda comenta que as reações conscientes ou inconscientes do analista, se avaliadas e compreendidas, podem e devem ser utilizadas durante o processo terapêutico. Porém, enfatiza que quando o mesmo se encontra em algum impasse na análise, fica claro, que o analista deva por limite à situação. Podemos classificar estas como respostas e reações que preservam a integridade do analista, e que, no entender da autora não são considerados elementos contratransferenciais. Ela diz: *“Quando um paciente atua dentro da sessão, torna-se indispensáveis certas reações de defesa ou o estabelecimento de limites. Não podemos chamar isso, estritamente, de contratransferência.”* (Abadi,1998, pg.190)

A autora faz um paralelo disso com o que Winnicott vai chamar de contratransferência “verdadeira”. Diz que a contratransferência a seu ver corresponderia aos sentimentos de ódio do analista, vividos de forma direta ou através de formas de amor idealizado. Para ela, a análise se torna impossível, se esse ódio e esses sentimentos não forem conscientes. Por isso, destaca a necessidade de uma análise pessoal, assim como Freud e Winnicott, e acrescenta que também seria necessário compreender que a análise de alguns casos é por si só um obstáculo, principalmente quando se trata da psicose.

¹⁷ ABADI, Sonia. Transições: O modelo terapêutico de D. W. Winnicott. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. pg.190.

“A função do analista é a de sustentar com a sua presença e acompanhar com a sua atenção flutuante o discurso e as vivências do paciente, sem tomar partido, sem julgar, sem propor idéias ou soluções. E a de receber o impacto da transferência negativa, ‘ sem morrer, nem se vingar’. Ele está exposto também a intensa ambivalência que gera cuidar de outra pessoa, em estado de desamparo. Responsabilidade que é proporcional à dependência regressiva do paciente e que por momentos requer uma tolerância à frustração quase sobre-humana, pela impossibilidade de expressar demandas ou reclamações”. (Abadi, 1998, pg. 191)

À respeito da interpretação durante o processo analítico, Abadi refere que esta deve ser feita de modo que o paciente possa corrigir, ampliar ou questionar o que foi interpretado. Acrescenta que: *“Geralmente o material verbal é mais adequado para a o interpretação, embora nem sempre disponhamos dele, e devemos trabalhar com os outros modos de comunicação do paciente ou com a nossa contratransferência.”* (Abadi, 1998, pg.200)

Esta última fala de Abadi recoloca o fenômeno da contratransferência em uma posição muito destacada na análise. Muitos outros autores como Bion e Heimann, trazem aspectos teóricos sobre a posição da contratransferência na análise, muito similares a este. Ambos os autores defendem a tese de que a contratransferência, entendida como resposta emocional do analista àquilo que escuta de seu paciente, podia ser utilizada como instrumento de trabalho do analista.

Paula Heimann ampliou o conceito de contratransferência, nele incluindo todos os sentimentos que o analista experimenta em relação a seu paciente, e ressaltou que a contratransferência não é só parte da relação analítica, mas também representa uma criação do paciente. Em seu texto: *“Ressonância no clínico”*, apud Viana¹⁸, ela propõe outra maneira de escutar o inconsciente do paciente. Diz que isso seria possível, se o analista entrasse em contato com os seus sentimentos para alcançar um saber sobre o inconsciente do paciente. Nesse sentido, a contratransferência como reação do analista

¹⁸ Citado por VIANA, Suzana Alves. *Contratransferência: a questão fundamental do psicanalista*. São Paulo: Editora Escuta, 1993. pg.17.

frente à influência que o paciente exerce sobre seu sentir inconsciente, poderia representar uma criação do paciente.

Lado a lado, está uma teoria similar de Bion¹⁹ que também inclui o fenômeno da contratransferência no processo analítico. Bion delimita a teoria da contratransferência, enquanto resposta emocional do analista, provocada pelo paciente, a um tipo especial de personalidade. Para Bion, *“Tal personalidade possui uma diferenciação falha ou anômala entre os sistemas consciente e inconsciente, acarretando com isto uma transformação no uso da linguagem enquanto sistema de signos para comunicação.”* (Viana,1993,pg.33)

A linguagem nestes pacientes perde seu sentido simbólico e ganha a peculiaridade de ser uma linguagem que provoca efeitos naquele que escuta, por se tratar de elementos da base inconsciente. Neste sentido restrito, a contratransferência aparece como fenômeno dependente do paciente.

Safra (1995), em seu livro: “Momento Mutativos em Psicanálise”, considera fundamental o uso que o analista faz da contratransferência e não tanto ao tipo de contratransferência. Ele assevera a importância do fenômeno ser utilizado produtivamente para o bom andamento do processo analítico. Na sua visão, o profissional necessita utilizar-se de sua função analítica para transformar, o que observa na sua contratransferência, em compreensão do que se passa no vínculo analista-paciente. Safra ainda nos diz que:

“A observação da transferência e contratransferência fornece uma visão mais ampla e total do que ocorre entre o par analítico. Pode-se comparar essa possibilidade com a metáfora da visão binocular, que permite a apreensão da perspectiva e profundidade de uma cena em foco. Essa visão mais inteira da relação permite ao analista intuir necessidades psíquicas do paciente que não seriam acessíveis de outra forma para a observação do analista. É o detectar dessas necessidades psíquicas que permite ao analista recriar a sua técnica para que ela se adapte as características psíquicas apresentadas pelo seu paciente naquele momento específico da sessão.” (Safra, 1995, pg.51)

¹⁹ Apud VIANA, Suzana Alves. Contratransferência: a questão fundamental do psicanalista. São Paulo: Editora Escuta, 1993. pg.17.

Resumindo as questões abordadas até agora, observamos que são interrogações a respeito do lugar que o analista ocupa no processo analítico, e em última instância questionamentos do lugar do inconsciente desse no trabalho analítico. Para tal, parto do pressuposto de que a noção de análise deve ser primeiramente vista como uma relação interpessoal. Neste âmbito, é importante destacarmos que o analista é um membro participante dessa relação.

Retomando Winnicott, podemos ver que a partir de sua formação como pediatra e psicanalista, sua contribuição para análise como relação, amplia-se consideravelmente para a extensão da relação primordial mãe-bebê da constituição e do desenvolvimento infantil. Refere-se com isso ao conceito de “mãe suficientemente boa”²⁰ aquela que efetua uma adaptação ativa às necessidades do bebê, uma adaptação que diminui gradativamente, segundo a crescente capacidade deste. Podemos deste modelo de relação, retirar que o analista deve dispor de toda paciência, tolerância e confiabilidade que a mãe devota para com o seu bebê. E que o êxito desse processo depende da devoção e não do jeito ou esclarecimento intelectual.

Em certos casos, essa ampliação é ainda mais aguçada. O autor nos diz: *“Há uma enorme diferença entre pacientes que tiveram experiências positivas no início de sua vida daquele que teve uma vivência inicial muito deficitária, com o qual o analista terá de ser a primeira pessoa na vida do paciente a fornecer certos elementos essenciais do ambiente.”* (Winnicott apud Melo, 2007, pg.80)²¹ Afirma ainda, que alguns casos exigem muito do analista, e é preciso que o mesmo tenha uma percepção bastante sensível para dar ao paciente um ambiente provedor. Winnicott fala que nestes casos, os fenômenos contratransferenciais representarão, em certos momentos, os elementos centrais da análise. São os casos difíceis que trazem à tona as inquietações do analista, das quais ele precisa se dar conta de suas emoções e o que fazer no processo analítico. Essa questão que nos remete ao manejo da técnica.

Eu, particularmente, acredito que o uso da contratransferência na análise é um aspecto que deve ser minuciosamente analisado a partir do cotidiano da clínica, ou de qualquer espaço para atuação analítica. Existe uma importância em observar a

²⁰ Winnicott explica esse conceito no texto: Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “self” (1960). Que se encontra no livro: O ambiente e os processos de maturação. Pg. 133-134.

²¹ Winnicott apud DIAS, Helena Maria Melo. Contratransferência: um dispositivo clínico psicanalítico. Tese de doutorado de estudos de pós-graduação em Psicologia Clínica, Núcleo de Psicanálise. São Paulo, 2007.

singularidade de cada caso e de cada sessão, para, assim poder avaliar em que momento o analista deve interpretar e de que modo deve comunicar o que quer, seja utilizando, ou seja, não utilizando elementos contratransferências. Dessa forma, procura-se buscar características tangíveis do modo como o analista se porta com cada um de seus pacientes.

Para concluir, a contratransferência remete a um movimento infinito, está sempre produzindo passagem e engendrando teorias que são, no fundo, questões de como se processa a relação do analista com seu paciente.²²

Segundo Abadi (1998), *“É essencial a liberdade absoluta, de tal modo que qualquer modificação seja aceita, caso seja apropriada.”* (pg. 220)²³

²² Suzana Alves. Contratransferência: a questão fundamental do psicanalista. São Paulo: Editora Escuta, 1993. pg.14.

²³ ABADI, Sonia. Transições: O modelo terapêutico de D. W. Winnicott. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. pg.220.

Capítulo 2

Psicanálise hospitalar

Nesse capítulo procuro descrever o que cabe e o que não cabe a um analista no contexto hospitalar. O que diferencia a prática clínica em consultório da prática do psicólogo dentro da instituição? Quais são as suas diferenças e quais são suas semelhanças técnicas? Ao longo do capítulo, procuramos fazer um levantamento a partir de diversos autores da psicologia hospitalar que se aproximem para responder alguns destes questionamentos.

Recorro então a diversos autores que compõem, a partir de diferentes opiniões, um levantamento sobre a possibilidade de se fazer psicanálise no hospital.

Primeiramente, precisamos situar o que consiste a prática da psicanálise e o que consiste a atuação do psicólogo dentro do hospital. Para, depois, fazer essa aproximação.

De acordo com Alfredo Simonetti²⁴ (2011), a psicologia hospitalar pode ser definida como um campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento. Tem como objetivo ajudar o sujeito a fazer a travessia da experiência do adoecimento.

“A doença é um real do corpo no qual o homem esbarra, e quando isso acontece toda a sua subjetividade é sacudida. É então que entra em cena o psicólogo hospitalar, que se oferece para escutar esse sujeito adoentado falar de si, da doença, da vida ou da morte, do que pensa, do que sente, do que teme, do que deseja, do que quiser falar. A psicologia está interessada mesmo em dar voz à subjetividade do paciente, restituindo-lhe o lugar de sujeito que a medicina lhe afasta.” (Moretto apud Simonetti, 2001/2011, pg.19)

²⁴ SIMONETTI, Alfredo. Manual de psicologia hospitalar – o mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

Pensando que a psicologia hospitalar está inserida em uma instituição, e na demanda que esta irá exercer sobre a função do psicólogo, se questiona, afinal o que o hospital quer do trabalho do psicólogo?

Na busca de aproximar a psicanálise com a instituição, recorro a Livia Tourinho²⁵ (1994), que no seu mestrado percorreu um caminho na busca de encontrar um lugar dentro do hospital possível de se exercer o “setting”.

Para ela, essa demanda da instituição consiste em eliminar e acalmar qualquer espécie de angústia que circula no ambiente. Dito de outra forma consiste em convencer os pacientes de alguma coisa que ainda não se conseguiu, e de socorrer qualquer sofrimento que a hospitalização traz.

A autora nos conta também, que durante esse percurso, pôs se a pensar mais profundamente nos pedidos da instituição em: acalmar, eliminar, socorrer, convencer o paciente. E chamou todo esse grupo de angustias que procuram “tapar o buraco”. Dessa forma, delimitou como seu objetivo na instituição; encontrar fórmulas e estratégias para chegar a produzir respostas que aliviassem a angústia. A pergunta que fica agora é: como fazer esse percurso pela técnica da psicanálise?

Para isso, Tourinho procurou entender primeiro porque não se daria para fazer Psicanálise no hospital. Com isso, algumas questões foram levantadas:

- Como fazer uma análise quando entre o paciente e o analista está a instituição?
- Como pensamos na transferência, se o ambiente hospitalar é rodeado de intercorrências?
- Como podemos pensar na psicanálise fora do “setting” analítico?
- Como podemos pensar na técnica da psicanálise em tão pouco tempo de contato?
- E a questão da morte? Como falar com o paciente que está à beira da morte?
- Como podemos pensar a atuação do psicanalista perante suas outras demandas institucionais, tais como perante a equipe multiprofissional?
- Como podemos pensar na demanda da análise, se no hospital quem oferece o serviço são os próprios psicólogos?

Tourinho buscou responder estas perguntas delimitando o fazer psicanalítico dentro da instituição. Ela retoma Freud, como referência, e procura se aproximar das principais técnicas da psicanálise, para podermos pensar, a partir disso, no “setting” hospitalar.

²⁵ TOURINHO, Livia. O que pode um analista no hospital. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

A técnica da Psicanálise

Um primeiro elemento importante de ser destacar e na qual, diversos psicanalistas não discordam entre si é: *não há psicanálise sem transferência*. Embora a visão de cada psicanalista sobre a transferência possa se distinguir uma da outra, essencialmente sua idéia permanecesse o mesmo.

Poderíamos falar que a grande descoberta Freudiana consistiu em formalizar o Inconsciente em um fator determinante do psiquismo de um sujeito humano. Tourinho nos diz que o axioma do determinismo psíquico é o axioma da psicanálise:

“Portanto, se a psicanálise é um procedimento terapêutico, o que se pode considerar, a princípio, é que não há análise sem analista. Um analista é aquele que se propõe a tratar de sujeitos a partir do axioma do determinismo psíquico inconsciente. O que está em questão no tratamento psicanalítico é o sujeito do inconsciente. Portanto, a intervenção analítica difere nitidamente da intervenção médica, social, psicológica, e de qualquer outra que não tenha como objetivo tratar desse sujeito.” (Tourinho,1994,pg.7)

Com isso, Freud propõe analisar esse psiquismo, para que assim promova a revelação do inconsciente como objetivo terapêutico de livrar o sujeito do seu sofrimento e de sua angústia causada por aquilo que é seu, mas da qual ele nada sabe ainda.

O que Tourinho nos destaca nessa frase, é que o sujeito não é de todo, senhor do que diz, há um outro que fala no lugar dele. Por conta disso, a proposta de Freud foi de que o paciente associasse livremente, ou seja, falasse tudo que lhe vem à mente, pois só assim seria possível ao analista detectar tais elementos inconscientes que estariam aparecendo em seu discurso, sem o mesmo ter conhecimento daquilo.

Assim, para intervir no tratamento o analista freudiano precisa ser suficientemente um bom observador, sensível o suficiente, para decifrar quais são as questões encobertas pelo sintoma que atualmente faz o paciente sofrer. Isso demarca uma posição claramente diferencial do analista; a interpretação. Logo, a escuta do psicanalista não consiste em somente ouvir o que o paciente tem a dizer e sim de aguçar

a sua sensibilidade para captar o que ele está querendo dizer com aquilo que fala, mantendo sua atenção flutuante.

Segundo a autora, a partir destas constatações e de experiências na análise, nasceu o que Freud chamou de amor de transferência, o enamoramento do paciente ao analista. O que de início ele acreditou que iria interromper o processo analítico, se mostrou uma importante ferramenta na análise, pois passou a incluir o analista como parte da economia psíquica do paciente. E isso fez com que Freud descobrisse que o analista não é exterior ao psiquismo daquele que fala.

Pelo contrário, Freud pontuou para tomar cuidado com o nosso desejo pessoal, como analista, porque tudo o que o paciente quer nessa busca de amor transferencial é ser o objeto de desejo do outro.

Uma coisa é certa, a emergência da transferência indicou que os processos inconscientes estão sendo ativados e que alguma coisa está caminhando no tratamento. Para isto foi formulada condições necessárias para uma análise, partindo-se do princípio que não pode haver análise sem analista, e que um analista, para fazer psicanálise, tem que levar em conta a transferência, porque sem isso não tem instrumento de trabalho.

Resumidamente falando então, enfim, fazer psicanálise nesta perspectiva seria, de forma conceitual, combater a neurose original no campo da transferência.

Os contemporâneos de Freud mantiveram a idéia principal do “setting” analítico, mas muitas das técnicas e do manejo foram sendo modificadas e reconstruídas por diversos autores da psicanálise ao longo dos anos.

Para Winnicott, os objetivos principais do tratamento psicanalítico são:

“Me manter vivo;

Me manter bem;

Me manter desperto

Objetivo ser eu mesmo e me portar bem

*Uma vez iniciada uma análise espero continuar com ela, sobreviver a ela e terminá-la”.*²⁶ (Winnicott,1962/1983,pg.152)

Quando diz “vivo”, Winnicott faz referência para que o analista deva sobreviver aos ataques agressivos de seus pacientes para que, com isso, possa ser constituído como

²⁶ WINNICOTT, D. W. citado no texto: Os objetivos do tratamento psicanalítico. No livro: O ambiente e os processos de maturação.

objeto, do qual tais pacientes poderão fazer o próprio uso no processo analítico. Ele comenta nesse texto, que procura durante o processo psicanalítico sempre se adaptar as expectativas do indivíduo, de início. Mas ainda assim, se mantém manobrando no sentido de uma análise padrão. Ou seja, se comunicar com o paciente na posição em que neuroses da transferência colocam o analista.

O que o paciente traz na sessão é sempre relacionado à cooperação inconsciente que se estabelece por ocasião de uma primeira interpretação mutativa. A análise da resistência libera a cooperação, onde surgem os elementos positivos da transferência.

Ele também acredita que, simplificando o tratamento analítico, este último acarreta em um fortalecimento do ego trazido para o processo. O fortalecimento do ego resulta em mudanças clínicas que relaxam as defesas. Nesse sentido, o paciente não mais sente-se preso a sua “doença”, com outras palavras, sente-se mais livre, mesmo que não esteja livre dos seus sintomas. Por fim ele diz:

“Em minha opinião, nossos objetivos ao aplicar a técnica clássica não são alterados se acontecesse interpretarmos mecanismos mentais que fazem parte dos tipos de distúrbios psicóticos e dos estágios primitivos do desenvolvimento emocional do indivíduo. Se nosso objetivo continua a ser verbalizar a conscientização nascente em termos de transferência, então estamos praticando análise; se não, então somos analistas praticando outra coisa que acreditamos ser apropriada para a ocasião. E por que não haveria de ser assim?”
(Winnicott, 1962/1983, pg.155)

A psicanálise no hospital

Para Palma, Jardim e Oliveira (2011)²⁷, independente do contexto, a análise pretende-se uma experiência subjetiva que cause um reposicionamento no paciente frente à desordem de que se queixa. Nesse sentido, o tratamento requer arte e técnica. E a psicanálise teria essa arte para ofertar no hospital. Sua singularidade de se proceder estaria no meio desse percurso, que se produz e se decompõe a cada sessão,

²⁷ PALMA, Cláudia Maria de Sousa. JARDIM, Luciane Loss. OLIVEIRA, Iza Maria de. Como abordar os efeitos de um tratamento ofertado em um serviço de psicanálise no âmbito público. In *Ágora*. Vol.14. No.1 Rio de Janeiro Jan./Jun 2011. pg. 113-127.

dependendo, sobretudo do encontro analista-analisante ou, do surgimento do inconsciente.

As autoras ainda afirmam que, com relação à questão transferencial, acreditam que, com efeito, não haveria uma transferência inicial ao analista, propriamente dito, mas ao discurso inconsciente. O paciente se manteria ali pela transferência com a instituição. Com isso, elas apostam em um método que consiste na oferta do analista em oferecer os dispositivos específicos à prática clínica, que são o convite à associação livre, forçamento na atitude do sujeito para com sua queixa e transferência ao saber do inconsciente. Caracterizando este como um modelo tangente à experiência do tratamento, que propõe abordar os efeitos dessa experiência sem descaracterizá-la.

Já para Sarno e Fernandes (2004)²⁸, *“é no abalo da ética médica que é possível delinear-se um lugar para a psicanálise no hospital.”* Pois, de acordo com elas, este lugar se configuraria a partir do surgimento de um sujeito de “cura abalada”, em sofrimento com a sua doença. A divisão médica entre corpo e mente, abre a possibilidade de atuação da psicanálise, que toma o corpo como algo não separado do psíquico.

Elas definem a atuação do psicanalista no hospital a partir da ética da interlocução, na qual não há dissimetria entre paciente e terapeuta. Nesse caso, o paciente é percebido como competente para buscar as soluções para o seu conflito, junto ao terapeuta. Assim, o analista se orienta por uma ética segundo a qual, não é possível esclarecer o que é o bem para o outro, pois o que o caracteriza é ser marcado enquanto sujeito desejante e na qual, a plenitude do bem estar mostra-se impossível.

As autoras também desenvolvem uma questão muito importante acerca da demanda de análise dentro da instituição. Acreditam que a procura do saber médico nos hospitais, faz com que o paciente dirija sua queixa ao corpo, não se implicando no seu sofrimento ou mesmo esperando autenticidade como doente. Por conta disso, e por outras experiências clínicas as autoras acreditam que através da oferta de uma escuta analítica uma demanda outra possa daí surgir, pois um espaço se abre para escutar o sujeito por trás da doença.

²⁸ SARNO, Luiza. FERNANDES, Andréa. Psicanálise e hospital geral: limites e possibilidades. In Cogito. Vol.6. Salvador 2004.

Elias (2008)²⁹, também se propõe a investigar esse tema e, em seu artigo, declara que não podemos negar que no campo de atuação do hospital, a psicanálise seja permeada de impasses, o que não concerne ao que se conhece como enquadre, referido geralmente a certas condições técnicas, dentro do conhecido molde do consultório.

Diante dessa questão, comecei a pensar que realmente o “setting” analítico do consultório também traz certa segurança principalmente pelo fato de ser um ambiente de conforto para o analista, onde há concretamente um espaço de quatro paredes que delimita sua atuação. Ora, pois não é a toa que esse espaço é mais tranqüilo de exercer a psicanálise.

Mas, acredito que dentre estes dois ambientes há uma coisa que podemos destacar em comum; que é a escuta e a observação. Tanto na clínica quanto no hospital encontramos um sujeito que fala, que deseja, e que precisa se comunicar. Tourinho nos diz que: *“se um fala e o outro pode escutar, é sim possível, que possa haver trabalho analítico.”*

Elias também sustenta a afirmação de Tourinho, definindo nosso principal instrumento de trabalho como a escuta, sendo necessário adaptá-la as questões de dentro do hospital, tais como demanda do tratamento orgânico, o sofrimento da doença e angustias que transcendem o biológico. Sobre a adequação da técnica a estas questões da instituição Elias diz que:

“Na prática hospitalar a ética do ato analítico pode manter sua eficácia mesmo submetendo o dispositivo analítico a transformações, tais como: frequência das sessões, a demanda secundária (já que o que levou o paciente ao hospital foi um pedido dirigido ao corpo medico), o tempo de duração de um tratamento e mesmo a relação com o dinheiro e a transferência em relação à instituição ou ao analista.” (Elias, 2008, pg. 89-90)

A autora nos fala ainda de um atendimento atravessado por vários complicadores: enfermarias lotadas, interrupções, exames, altas, e etc. Questões outras que não se relacionam diretamente com o estado clínico do paciente, mas que são vivenciadas de forma singular por cada. A atualização das perdas, afastamento de

²⁹ ELIAS, Valéria de Araújo. Psicanálise no hospital: algumas considerações a partir de Freud. In Revista SBPH. Vol 11. No.1. Rio de Janeiro jun 2008. pg. 87 - 100.

familiares, quebra de rotina, contato mais próximo com o sofrimento e a dor, submetidos a um espaço estranho e desconhecido, vinculado ao saber médico, coloca o paciente diante da espera e possibilidade de morte. Essas condições, de acordo com a autora, podem desencadear o surgimento de questões acerca de si, da sua posição de sujeito, podendo se caracterizar como demanda.

Elias acrescenta que há ainda dois complicadores da instituição que dificultam o trabalho do psicanalista no hospital; são estes: o tempo e a demanda.

Para ela, o tempo cronológico de internação nem sempre coincide com a lógica temporal do sujeito, que não flui de forma linear e está ligada a contingência do encontro com o inconsciente que é atemporal. Isso pode dificultar o trabalho, caso o paciente quiser falar mais e não tiver a possibilidade. Porém, ela nos diz que por outro lado, pouco tempo cronológico não justifica uma compreensão analítica reduzida do psiquismo do sujeito. Tourinho também compartilha do tempo como obstáculo da análise no hospital. Ela diz:

“O fato tempo cronológico, então, pode ser um não-facilitador da realização da análise quando não há tempo suficiente para atender as demandas, ou quando não há tempo para atender quem precisa falar mais que uma vez por semana, ou quando o paciente recebe alta depois das primeiras entrevistas e tem que voltar para a cidade onde reside, etc”. (Tourinho, 1994, pg.82)

Sobre a demanda, a autora acredita que o analista que espera um momento ideal para que o ato analítico aconteça, busca a minimização do sofrimento e não cede em seu rigor metodológico da técnica, acredita que pode-se pensar nesse movimento como resistência do analista. Ela nos fala que:

“(…) é possível produzir efeitos de análise, ou seja, intervenções e pontuações que coloquem o sujeito frente a outras formas de repetição, em que os fatores que desencadearam seu sofrimento, articulados ao seu sintoma, tendem a se tornar fragilizados, permitindo confrontos que possibilitem outras formas menos desgastantes de lidar com questões e de conduzir a vida” (Elias, 2008, pg.94)

Mas, é um trabalho que ultrapassa o ideal de alívio e refere-se à construção de uma verdade singular sobre o sujeito e o desejo inconsciente de cada um. O ato analítico no hospital cria um espaço diferenciado no qual o paciente, que tem sempre algo a dizer, pode recuperar seu desejo articulado no sintoma.

Além disso, seu artigo, também aponta um importantíssimo fator para que a psicanálise no hospital possa acontecer. A autora nos diz que o desejo do analista de escutar é o que desperta no paciente o desejo de ser escutado, possibilitando o aparecimento do discurso o qual se reencontra encoberto pelo sintoma. Podemos pensar que esse desejo do analista pode estar vinculado a sua contratransferência, e nesse caso podemos pensar se não há possibilidades da contratransferência ser um processo anterior, ou até mesmo desencadeador da transferência.

Tourinho também vai falar sobre a possibilidade do analisando desejar através do desejo do analista. Para a autora o único desejo que a ética permite é o desejo: 'de que a análise se dê'. Para ela o desejo de ser analista é o que pode criar uma análise. E este desejo no hospital está vinculado ao oferecer uma escuta. Ela ainda comenta que se considerarmos os sentimentos do analista que se envolvem nesse oferecer-se é mais confortável sim, que se esteja no consultório já que Freud propõe para que deixemos esses sentimentos de lado. Pois, no hospital muitos destes sentimentos podem estar à tona se não frequentemente um trabalho de supervisão e análise sendo constituído paralelo ao atendimento.

Tourinho fala que os psicanalistas oferecem no hospital uma escuta justamente porque existe, além do seu desejo de escutar uma demanda para que alguém fale. Ela diz que com a oferta de escuta se cria a demanda. Relaciona então o desejo do analista de escutar com a demanda do paciente dentro do hospital.

É dentro desta demanda que poderá se criar um processo de transferência do analisante com seu analista. No início a transferência do paciente é com a instituição ou com aquele a quem ele vai buscar; o médico. Porém, quando o analista se oferece, pode nascer nesse momento uma fala, fala que estava escondida na figura do analista. E o paciente pode encontrar o que não sabia que procurava: a si mesmo.

Tourinho fala que o analista é o lugar onde as pessoas encontram-se a si mesmas, mas é suposto, por transferência, que este saber está no outro-analista. Será que não podemos pensar que a contratransferência é o mesmo, só que ao contrário? O paciente poderia ser aquilo que o analista supõe encontrar parte de si mesmo, mas que

procura na figura do seu analisante. De certa forma, se pensarmos assim, o processo de tratamento analítico, em certa medida e partindo do ponto de vista do analista, também é terapêutico.

A autora conclui que o que garante uma boa execução de uma Psicanálise é o manejo da transferência, os fundamentos éticos e o desejo do analista, de que a análise se dê.

Elias (2008), conclui seu artigo, falando que o que torna a análise possível dentro do hospital não são os cumprimentos das regras técnicas da psicanálise a rigor. Embora, muitas sejam boas para trabalhar com os pacientes, não é a adaptação a estas que garante a análise. Para a autora, onde for possível falar e escutar, ali está o inconsciente, com seu movimento à mostra, pronto para ser capturado em seu discurso.

Maia e Pinheiro,³⁰ comentam em seu artigo que o que faz um psicanalista não é o seu posicionamento técnico, e sim ético. Citam Winnicott e afirmam que, a esse posicionamento, ele deu continuidade e sustentação, abrindo espaço para uma atuação clínica ativa às necessidades dos seus pacientes.

Para as autoras e retomando Winnicott:

“A questão referente ao setting se relaciona muito mais com o campo teórico que embasa nossas concepções sobre o ser humano, sua construção como sujeito desejante, vivo, na tarefa incessante de se relacionar com o mundo do que com o lugar em que nosso trabalho se desenvolve. Os lugares serão apenas suportes materiais para que uma outra cena se inaugure, uma outra narrativa seja possível, uma outra história possa ser contada”. (Maia e Pinheiro, 2011, pg. 664-665)

³⁰ MAIA, Maria Vitória Campos Mamede. PINHEIRO, Nadja Nara Barbosa. Um psicanalista fazendo outra coisa: Reflexões sobre o setting na Psicanálise Extramuros. In: Psicologia: Ciência e Profissão. Vol.31. No.3. Brasília 2011. pg. 656-667.

Método de Pesquisa

Pretendeu-se nessa pesquisa compreender as reações emocionais dos psicólogos e suas vicissitudes no atendimento ao paciente oncológico infantil a partir de relatos e narrativas de suas experiências.

Os relatos de narrativa foram colhidos a partir de uma entrevista. As entrevistas foram realizadas com seis pessoas, das quais cinco foram utilizadas e uma foi descartada, já que este último sujeito não se encaixava em todos os requisitos necessários. Ou seja, este participante havia trabalhado há três anos atrás com crianças com câncer. E os requisitos eram que todos profissionais deveriam estar formados em psicologia, trabalhando em instituições de oncologia pediátrica há no mínimo dois anos.

Nesse caso, a entrevista utilizada foi a semi-dirigida, ou seja, aquela que apresenta um esquema básico, porém não aplicado rigidamente, permitindo que o diálogo flua (vide anexo I).

O propósito desta entrevista foi colher informações dos sujeitos a partir do seu discurso livre, de preferência em um ambiente descontraído, foi deixado o informante à vontade para expressar sem constrangimentos suas idéias.

De acordo com Benjamin (Perez, 2004), a narrativa é a via de acesso a experiência das pessoas. Para ele, é um instrumento que serve como veículo de registro, elaboração e transmissão e assim, se constitui um acontecimento inesgotável, porque, ao contrário do acontecimento vivido, que é finito, a narrativa tem o poder de perpetuar a vivência de modo sem limites. Desse modo, narrar não seria uma lembrança acabada, e sim, um intercâmbio de experiências que na medida do que foi dito é contado passa a ser também re-significado e re-vivido. O ato de narrar está impregnado pelo sentido subjetivo de quem realiza, pois o narrador retira da experiência o que ele conta, ou seja, o fato real é incorporado com peculiaridades da experiência vivida.

A narrativa foi escolhida como instrumento de acesso à experiência dos entrevistados por poder, durante o ato de narrar, ser elaborada, acolhida e re-significada pelo próprio sujeito. Esse é mais um atributo que a narrativa contém, pois ela consegue elaborar e pensar sobre questões que se suscitam durante o encontro, de forma acolhedora. Vemos que o objeto de estudo passa ser então o outro sujeito; temos assim, sujeito se relacionando com sujeito. A esta relação podemos designar intersubjetiva,

onde cada um se comunica com sua parte consciente e com sua parte inconsciente, utilizando-se de um estilo excepcional de relacionamento.

Todas as entrevistas foram gravadas, com o uso de um gravador de bolso, e transcritas na íntegra com a autorização de todos participantes. No registro foram incluídos os comportamentos não verbais das entrevistadas. Foi também preenchida uma ficha de informações, que colheu dados identificação dos participantes (vide anexo II).

Essa pesquisa foi desenvolvida com base na teoria psicanalítica, pois abarca o estudo de um conceito da própria teoria. Aqui, faremos uma breve aproximação do ato de narrar de Benjamin com alguns conceitos Freudianos. De acordo com a teoria Freudiana, o inconsciente abrange tudo aquilo que não está na nossa consciência, que foi, portanto, afastado da consciência, e assim permanece enquanto tal. O acesso a este conteúdo, desde seu afastamento, designado como recalque, se dá através das técnicas que ele nomeou de associação livre e atenção flutuante. A primeira corresponde ao sujeito na posição de observação, aonde ele deve falar tudo que vem à mente sem crítica ou intenção determinada. A segunda corresponde ao observador, e diz respeito a uma escuta sem crítica ou intenção pré-determinada. O ato de narrar proposto como método de nossa pesquisa, portanto, seguiu a técnica psicanalítica, deixando, dessa forma com que as questões emocionais destes profissionais fossem direcionadas a partir de suas associações livres.

O procedimento de análise também se baseou na psicanálise. Primeiramente, os relatos foram lidos e relidos, várias vezes. Ao lado foram feitas anotações a partir de uma leitura orientada pela associação livre. Também foram colhidos mecanismos que anunciam um discurso inconsciente, tais como: repetição de palavras e ou temas, atos falhos, gagueiras, pausas longas e risos, assim como também seu comportamento não-verbal. Vale ressaltar que foi levada em consideração a emergência de recursos defensivos nas falas das entrevistadas. Depois disso, foi feito um levantamento das idéias principais de análise, e cuidadosamente estas idéias foram formuladas em um texto teórico. Por fim, quando se propõe uma pesquisa psicanalítica:

“A primeira condição, portanto, é que não se chegue para a investigação trazendo já alguma resposta, conhecimento ou teoria anterior. Concordo que tudo isso seja necessário inclusive para se equacionar um problema, circunscrever uma área de estudo,

delimitar um objeto de pesquisa. Mas que não ocupe todo o cenário, não antecipe a descoberta, não impeça a aventura da busca do desconhecido.” (Silva,1993,pg.20-21) ³¹

Nesse quadro o entrevistador adotou as regras básicas da psicanálise, pois manteve uma capacidade de escutar através de uma atenção flutuante enquanto seu entrevistado manteve seu relato através de uma associação livre.

Questões éticas

As questões éticas receberam especial atenção e consideraram as normas previstas pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96). De imediato, pode-se destacar que a pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética. Garantiu-se sigilo profissional pela não revelação de questões pessoais e da intimidade dos entrevistados e das pessoas mencionadas na entrevista. O cuidado com os participantes foi fundamental, garantindo a beneficência da pesquisa, assim como consta o termo de consentimento informado e assinado. (vide anexo III)

Os resultados e a análise das entrevistas foram utilizados apenas no âmbito acadêmico, não incorrendo violação de direitos humanos sendo os dados de identificação do sujeito removidos da exposição de modo a garantir sua privacidade, ou seja, todos os nomes dos entrevistados foram mudados para nomes fictícios. As informações oferecidas foram mantidas em lugar seguro e só terão acesso a elas o condutor do estudo e a orientadora. O direito de participação do sujeito foi voluntário e poderia ser interrompido a qualquer momento.

³¹ Trecho retirado do texto: Pensar em Psicanálise de Maria Emília Lina da Silva. In: SILVA, M.E.L. da. (coord.) Investigação e Psicanálise. Campinas/SP, 1993, p.11-26.

Análise dos resultados

A análise dos resultados será apresentada de duas formas: primeira foi feita uma síntese por participante e depois, uma análise das entrevistas por categorias e temas.

Participantes

A pesquisa em questão dispunha da coleta de dados, a partir de entrevistas ocorridas com profissionais da área de psicologia, que trabalhassem na oncologia pediátrica. Foram consideradas para análise cinco entrevistas, com profissionais de 29 a 57 anos, que já atuavam com crianças com câncer há mais de dois anos. Os profissionais escolhidos foram de diferentes abordagens, idades e instituições.

Dentre os entrevistados, todos residiam na cidade de São Paulo e são do sexo feminino; dentre estes dois eram casados, dois tinham filhos, dois haviam cursado Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP), um deles havia feito Mackenzie, um deles UNIP e o outro São Marcos. Dois realizaram especialização na área e outros três haviam feito outros cursos de especialização e aprimoramento. Além disso, todos os entrevistados disseram fazer Psicoterapia há mais de três anos.

Entrevistados	<i>Amanda</i>	<i>Sabrina</i>	<i>Graziela</i>	<i>Bruna</i>	<i>Luiza</i>
Idade	36	35	29	57	29
Sexo	F	F	F	F	F
Casado	Não	Sim	Não	Sim	Não
Filhos	Não	Sim	Não	Sim	Não
Formação	PUC/SP	PUC/SP	Mackenzie	UNIP	São Marcos
Especialização em Psico-Oncologia	Sim	Não	Não	Sim	Não
Outras especializações	Não	Sim	Sim	Não	Sim
Psicoterapia Pessoal	4 anos	6 anos	5 anos	Desde formação	3 anos

Síntese por participantes

Amanda

A primeira entrevistada foi Amanda, e nossa conversa durou cerca de 1 hora e 20 minutos. Ela tem 36 anos, não é casada e nem tem filhos. Estudou na Pontifícia Universidade Católica, há mais ou menos, uns dez anos atrás. Logo depois de formada fez um curso de especialização, com duração de dois anos, em Psico-Oncologia. Nesse curso de especialização estagiou na instituição, que se encontra atualmente. Quando o estágio terminou continuou na instituição, trabalhando como voluntária. Cinco anos depois, foi efetivada como funcionária da instituição. Hoje em dia, passa a maior parte do seu dia-a-dia trabalhando na instituição.

O trabalho de Amanda na instituição foca-se em atendimento em grupo. São grupos semanais, que se configuram de diversas formas e para o público variado da instituição, desde crianças até seus acompanhantes e transplantados de medula óssea.

Durante seu relato, Amanda fala bastante sobre o enfrentamento do câncer, diz que em seu trabalho procura que seus pacientes se posicionem de modo ativo na situação de conflito. Amanda fala que trabalha sobre os mais diversos recursos que busquem mostrar diferentes possibilidades para a atuação daquela criança frente ao seu conflito.

Diz que vê a criança com câncer como outra qualquer. Comenta que na maioria dos casos, a criança está passando por uma situação de vida tão difícil que a doença é só o menor dos problemas. É uma coisa que implica em sua atuação na instituição, é que as crianças que estão lá, não estão tão graves quanto as que estão internadas no hospital. O que de certa forma, nos faz refletir que esse fator possa ser um facilitador do atendimento.

Fala que seus pacientes despertam um misto de sentimentos, que vão desde satisfação, muita satisfação até chateação, quando morrem. Ela diz que tem crianças que você se apega mais do que outras ou tem mais empatia. Fala também, que adora sentir seu trabalho reconhecido. Comenta, pelo contrário, que também há crianças que incomodam em alguma coisa, alguma coisa que ela não aceita em si. Fala que tem facilidade com pacientes que se comunicam bem, e mais dificuldade com aqueles pacientes que não conseguem se expressar, ou são mais tímidos.

Com os pacientes em que há uma influencia positiva, fala que percebe com mais facilidade o que aquela criança está querendo dizer com aquela brincadeira, ou aquele

gesto. E com isso, consegue devolver para ela o que foi percebido. Acredita que em um trabalho analítico é importante que o terapeuta esteja disponível para que a outra pessoa fale.

Traz a questão da impotência no trabalho, e que em algumas situações, principalmente de morte, o psicólogo não tem o que fazer. A todo momento, percebe-se seu discurso interrompido pela instituição, nas suas falas ela procura explicar sobre a burocracia e do modo de funcionamento da mesma. Conta que seu trabalho é diferente do que no consultório, por influencia destes fatores institucionais, e que, também, o fato dela mesma procurá-los para chamar para o atendimento, influencia diferentemente numa outra direção de tratamento. Podemos ver como a fala de Amanda, como existe uma maior disponibilidade e mobilização do terapeuta em querer ocupar esse papel profissional na instituição, e podemos vincular este a um desejo seu de estar ali.

Sabrina

A segunda participante foi a Sabrina, ela tem 35 anos, é casada e tem dois filhos. Formou-se na Pontifícia Universidade Católica e fez aprimoramento nas áreas de Psicologia Hospitalar e Psicoterapia Infantil. Nossa entrevista durou cerca de 45 minutos.

Sabrina entrou na instituição por meio de concurso público. Sua atuação como profissional é atender os pacientes que estão internados na área da oncologia pediátrica e os que estão fazendo acompanhamento ambulatorial. Também se encarrega de fazer inter-consultas de seus pacientes da oncologia pediátrica, pela UTI e pelo centro cirúrgico. Além disso, encontra-se como psicóloga responsável dos funcionários da instituição.

Na entrevista, Sabrina nos conta que nunca teve vontade de trabalhar na oncologia pediátrica. Diz que tinha muito preconceito da área, esperava encontrar muita morte e sofrimento. Quando entrou em contato com as crianças, ela nos conta que percebeu que tinha muito mais vida do que imaginava. Muita força de viver nas crianças, mas que também havia sofrimento, só que era muito mais do que isso.

Comenta que depois que começou a trabalhar com essa população, percebeu que consegue fazer isso muito bem. Procura distrair as crianças do tratamento para que fique melhor. Nessa fala, Sabrina descreve sua atuação como um profissional almejado pelos outros e valorizado socialmente. Talvez certa valorização se dê pela imagem estigmatizada de crianças com câncer no âmbito social.

Em sua visão, vê a criança com câncer como uma lutadora, guerreira, que luta pela própria vida. Diz que muitas sofrem com outras coisas além da doença, muitas das crianças que freqüentam a instituição vem de uma classe econômica desfavorecida. Os atendimentos geralmente são feitos por indicações da equipe médica ou por casos novos que estão chegando a internação. Como há muitas crianças, Sabrina comenta que procura priorizar os casos mais graves.

Os atendimentos são desde grupos até atendimentos no leito, individuais, geralmente com a mãe e a criança. Ela fala que sente diversos sentimentos frente aos seus pacientes. Muitos deles ambíguos; “desde esperança, alegria até tristeza e dor”. Diz que alguns pacientes ela se apega mais, não tem como, pela história de vida mesmo, que acaba mexendo com alguma coisa nela. Por conta disso, com esses pacientes “a gente vai a luta mesmo”, ela diz.

Conta que quando atende casos que o paciente vai a óbito é um dia que depois do atendimento percebe que seu rendimento cai. Aí entra a questão dos limites pessoais, ela diz que nesses momentos procura se respeitar. Ao mesmo tempo, também diz que procura controlar seus sentimentos para que eles não se misturem com seus pacientes. Já teve casos em que Sabrina conta ter pedido ajuda para um colega atender, pois era uma situação que esbarrava em um limite pessoal.

Nos casos, em que Sabrina, consegue identificar que encontra com esse limite, ela diz procurar conversar com a sua terapeuta. O que a ajuda muito, pois consegue entender o porquê da sua resistência. Diz que quando consegue dar conta daquilo que a incomoda consegue realizar um melhor atendimento para seus pacientes.

Bruna

A terceira participante foi Bruna. Formada já há 33 anos, relatou uma experiência profissional mais longa, o que a diferenciou das outras entrevistadas. É casada e tem dois filhos. Fez Faculdade na UNIP (Universidade Paulista) e curso de especialização em Psico-Oncologia. Nosso encontro durou cerca de 1 hora.

Bruna conta que quando se formou começou trabalhando na área empresarial, com Recursos Humanos. Depois de cinco anos, decidiu investir na psicologia hospitalar, em áreas mais abrangentes, e aos poucos foi focando na oncologia pediátrica. A princípio só havia um interesse no atendimento em oncologia adulto, mas quando começou a atender na pediatria, foi uma descoberta.

Hoje em dia atua em duas instituições destinadas a pacientes com câncer, a primeira, onde fica período integral, atende adultos e adolescentes e a segunda, atende crianças em cuidados paliativos. Por conta da descoberta na área infantil, Bruna está dando continuidade no seu Mestrado, e faz atualmente seu Doutorado voltado para a oncologia pediátrica, e vinculado a esta segunda instituição que trabalha.

Atua com enfoque no enfrentamento do paciente com câncer. Faz uma primeira avaliação psicossocial, para identificar o impacto emocional e social da doença. E caso essa avaliação indique que o paciente precisa de atendimento, Bruna faz um monitoramento de acordo com as necessidades do mesmo. Questões conjugais, familiares ou outros transtornos, são monitorados e orientados, mas não são trabalhados no tratamento, pois o foco é em torno da doença.

Ela nos conta que gosta muito de trabalhar com crianças, principalmente pelo fato de que estes têm uma forma de enfrentar a doença completamente diferente do adulto. Comenta que vê a criança com câncer como uma lutadora, e que na oncologia infantil há muitos pacientes resilientes, que tentam suavizar a situação da doença. É uma área que também depende muito da idade da criança, pois cada fase vai ter um modo e um jeito de ser trabalhado e enfrentado.

O trabalho na instituição é todo feito em equipe multidisciplinar, onde a psicologia acaba tendo uma função bem demarcada de avaliação e fechamento. Vemos que Bruna tem uma posição bem ativa na instituição, ao lado da equipe médica e da enfermagem. Os atendimentos são sempre individuais e buscam verificar como o paciente está vivenciando seu adoecimento.

Bruna nos conta que percebe que seus pacientes despertam em si, muito interesse em “querer dar qualidade de vida”. Diz que a troca com a criança a mobiliza muito. Procura em seu trabalho, monitorar seus pacientes, abrindo um espaço para que falem sobre a doença e para que isso de certa forma os ajude para criar um senso de valia pessoal. Fala que a identificação com algumas crianças, é próprio e inerente ao trabalho do psicólogo. E diz que depende de uma maturidade profissional para que o mesmo possa se tornar transparente, perante essa identificação.

Diz também que por conta de estar muitos anos na instituição isso faz com que o seu olhar fique mais direcionado para o paciente do que para seus sentimentos, o que dificulta identificar algumas de suas emoções. Porém, comenta que acha extremamente negativo que o psicólogo “projete seus julgamentos” no paciente.

Bruna conta que em qualquer trabalho na instituição, com pacientes de doenças graves, é preciso tomar cuidado para que o psicólogo não se deixe levar pela sua onipotência, alimentado pelos pacientes mais fragilizados. Por fim, finaliza falando que o mais importante no atendimento é criar um vínculo com o paciente, para que ele possa confiar no psicólogo e estabelecer uma via onde pode expor o que pensa e o que sente.

Graziela

Esta foi a quarta entrevistada, o encontro durou cerca de 50 minutos. Graziela tem 29 anos, não é casada e nem tem filhos. Formou-se na Universidade Presbiteriana Mackenzie, e fez curso de aprimoramento em Psicologia Hospitalar. Também é concursada e atualmente trabalha em uma instituição em que atende crianças com câncer.

Graziela relata que seu foco nunca foi trabalhar com a oncologia pediátrica, mas diz que conhecendo os pacientes e o funcionamento da instituição, ficou decidida a ficar. Hoje em dia, trabalha na parte de internação, oferece seu serviço de atendimento a todos os pacientes que são internados, mas não necessariamente encaminha todos para um atendimento. Diz que isso depende muito de uma primeira avaliação, que chama de entrevista preliminar, e da própria demanda de atendimento da criança. Isso tudo atrelado ao pedido de atendimento da equipe, principalmente médica.

Diz que se identifica um tanto com a área e com a psicóloga que ocupava o seu lugar antes. Comenta que era uma profissional muito implicada no seu trabalho e isso fazia com que surgisse em Graziela um interesse de “conhecer mais” o paciente oncológico. Hoje em dia, permanece na instituição por outros motivos. Atrelados a um desejo de “entender, auxiliar e acompanhar” esse momento de adoecimento do paciente infantil.

De início, Graziela conta que via o câncer infantil com muitos estigmas, como se fosse uma doença muito incapacitante e diferente do que qualquer outra. Quando começou a trabalhar com essa população, conta que encontrou muito mais vida do que imaginava. E foi isso que a fez manter seu interesse em atender crianças com câncer.

Conta que tem seus sentimentos e suas emoções despertados pelos seus pacientes, mas que isso também é muito particular. Diz que o que mais sente é surpresa, de acordo com ela: “foi uma surpresa encontrar vitalidade nestes pacientes”. Surpreende-se com a preocupação das pessoas mais próximas destes pacientes e até da equipe para que ele lute contra o câncer, quase que como um termo de guerra e de

enfrentamento. Também fala que as crianças a instigam, principalmente quando se trata de fenômenos ou sintomas, que não são bem entendidos pela equipe médica, e que parecem enigmas.

Graziela conta de uma diversidade de sentimentos. Fala que a sua relação com as crianças é muito singular. Há pacientes que a tocam mais, estes ela procura levar para a análise ou trabalhar em supervisão, para que isto fique em outro lugar. Diz: *“Não que isso não possa ser pensado no ambiente profissional em que a criança te despertou, mas que tenha um lugar específico para que isso seja falado, falado do que for preciso”*. Mas, enfatiza que é preciso tomar cuidado com algum tipo de deslize, por conta de um apego.

Fala que reconhece que o que é despertado no atendimento, acaba fazendo parte da vida e da condução de tratamento do profissional. O importante nesse caso é encontrar o melhor jeito de circunscrever essa situação e introduzir isso em uma nova direção de tratamento. Reconhecendo sempre, seus limites como terapeuta.

Por fim, diz que acredita que o atendimento em si não se modifica tanto de instituição para consultório. Lógico que a instituição tem uma dinâmica própria e diferenciada de outros ambientes, mas que a diferença mais crucial é o trabalho em equipe, o que, em sua opinião, não está em jogo no tratamento analítico.

Luiza

A última participante foi Luiza. Com 29 anos, ela é solteira e não tem filhos. Fez faculdade na Universidade de São Marcos e fez especialização em Psicologia Hospitalar. Esta entrevista durou cerca de 45 minutos.

Luiza começou a trabalhar cedo, com 16 anos, como educadora infantil. Foi fazer faculdade de psicologia e ficou 7 anos trabalhando para grandes empresas, na área de Recursos Humanos. Mas, seu sonho sempre foi trabalhar na área clínica. Então fez uma mudança de área e investiu no consultório, AT (acompanhamento terapêutico) e instituição.

Seu objetivo inicial não era trabalhar com oncologia pediátrica, o que ela buscava era trabalhar com casos graves, de preferência com crianças. Desejava algo na área de saúde mental. Mas, foi indicada por uma conhecida, e tomou esta indicação como uma das alternativas. Atualmente, encontra-se na instituição há três anos.

Sua atuação restringe-se a pacientes de uma determinada enfermidade, que tem câncer no sistema nervoso central. São casos muito graves e que costumam ter mais

demanda de atendimento, já que nesse segmento é comum o paciente ter seqüelas de tratamento. Então, Luiza atende desde o momento inicial do diagnóstico, às vezes até mesmo antes do diagnóstico, até depois do final do tratamento. Por isso, trabalha muito, são seis horas por dia, onde atende um seguido do outro, todos atendimentos individuais. Até porque também existe uma demanda institucional, de acordo com ela, precisa atender todos os pacientes que vierem a esta determinada clínica.

Ela nos conta que não consegue diferenciar a criança com câncer de outras crianças doentes. Diz que isso é provável porque nunca teve uma questão com o câncer, em si. Comenta que prefere ver a criança como um sujeito, o sujeito com uma questão muito grave. Seus atendimentos costumam ser atrelados a família, pois na sua orientação institucional entende-se a família como envolvida nessa sintomática da criança, e por isso Luiza conta que acaba escutando muito mais os pais do que a criança.

Diz que seus pacientes a fazem ficar preocupada e angustiada, especialmente pela característica dos casos que atende. Costuma se preocupar muito com a falta de implicação observada em alguns casos. Percebe-se na fala de Luiza certa mobilização e certo desejo de que seus pacientes se “curem”, ou fiquem melhor.

Fala que se identifica com os pacientes na qual se estabelece alguma transferência ou vínculo. Considera que por se tratar de uma instituição, a transferência é menos limpa, vem carregada pela equipe e pelo saber médico, ela é multifacetada. Pois, antes de qualquer coisa o paciente está na instituição por uma demanda orgânica. Com alguns pacientes, portanto, que estão mais institucionalizados é mais difícil conseguir que o tratamento ande. Mas, diz que reconhece que existe alguma coisa no seu desejo ou na sua impotência que faz com que ela se mantenha fígada nestes casos mais graves e mais difíceis.

Luiza também encontra dificuldades, diz que não gosta e não consegue atender casos em que a criança está com muita dor. Onde é muito difícil chegar ao sujeito por conta da dor. Identifica esses casos como seu limite pessoal e geralmente acaba encaminhando-os para outros colegas. Comenta que em casos como este, a identificação está clara. Costuma trabalhar isso na sua análise ou supervisão, pois sabe que aí encontra-se alguma questão pessoal.

No final da entrevista, ela pontua o quanto percebe que há uma certa dialética em sua prática, da qual não havia ainda se conscientizado. Diz que ao mesmo tempo em que gosta de atender casos mais graves e de difícil manejo, gosta também de atender casos em que um vínculo ou alguma transferência se estabeleceu com o tratamento.

Análise das entrevistas

Os entrevistados apresentaram de maneira geral um grande contentamento na área atual de oncologia pediátrica. Porém, ao longo dos relatos pode-se perceber que nem todos se identificaram a priori com essa área. Algumas profissionais já procuraram seguir caminho institucional direcionado para a área da psicologia hospitalar, mas ainda não havia focado especificamente no atendimento infantil com câncer. Pode-se ver pelas entrevistas, que muitos relatam que em seu primeiro contato com a instituição de oncologia pediatria, a mesma despertou uma vontade e uma identificação, até então não reconhecida pela participante.

A partir disto, vemos que a escolha de se trabalhar no atendimento de crianças com câncer não foi uma escolha inicial para estas profissionais de psicologia. Tanto a entrevistada Sabrina quanto a Graziela, comentaram o quanto reconhecem esse trabalho vinculado a diversos preconceitos e estigmas sociais. Em sua entrevista, Sabrina comenta: *“(...) Eu tinha um pouco de preconceito, eu achei que só ia encontrar criança morrendo, muita tristeza e eu fui um pouco resistente...”* Graziela fala algo parecido com a fala anterior, ela diz: *“Uma coisa que me chama muita atenção aqui no hospital, é que o câncer tem um estigma, e eu carregava, assim como muita gente carrega”*. Nessas falas podemos ver que a imagem social que se tem do câncer, vinculado a características como: muito sofrimento, muita dor e proximidade com a morte, fazem com que o trabalho nesta área, a princípio, seja recusado por alguns profissionais.

Entretanto, a maioria das psicólogas comentou que depois que tiveram um primeiro contato com a oncologia pediátrica, começaram a se interessar inesperadamente pela área. Sabrina nos conta que: *“O que eu percebi quando entrei na oncologia, é que tinha muito mais vida do que eu imaginava, muita força de viver, muitas mães amorosas, que estavam ali sofrendo, também tem muito sofrimento, também tem morte, mas não é só isso, é mais do que isso.”* Graziela também comenta que: *“Foi interessante eu encontrar uma vitalidade dentro do hospital de câncer, enquanto todo mundo tem aquela impressão de que você vai encontrar mais desânimo, depressão e morte (...) Não só isso, que aquelas crianças estão felizes, brincando, mas que elas estão vivendo, da forma delas”*. Estes entrevistados comentam que vão ao hospital na expectativa de encontrar crianças com câncer em sofrimento, quadros de muito falecimento e violência e ao contrário disso encontram um ambiente de

vivacidade, o que suscita e desperta-os para ocupar um lugar específico no tratamento dessa doença.

Percebe-se que em algumas dessas falas o contato com a criança com câncer despertou um desejo de aproximação. Nas entrevistas, pode-se observar que quase todas as psicólogas sentem muita satisfação no trabalho e na área que atuam. Amanda comenta que, em um primeiro momento, gostou tanto da área, que durante cinco anos permaneceu lá trabalhando como voluntária. Além disso, também, vinculado a isto, há uma maior dedicação e disposição dos profissionais frente a demanda de atendimento na instituição. Muitos deles comentam que embora trabalhem com outras atividades, ainda sim, passam a maior parte do seu dia-a-dia na instituição. Amanda, Sabrina e Graziela dedicam-se integralmente ao trabalho na instituição. Luiza conta que atende em torno de sessenta a setenta pacientes por mês, o que dá uma média de uns dezessete ou dezoito pacientes por semana. Fala que atende praticamente sozinha durante as seis horas que trabalha na instituição: *“Eu atendo todos os pacientes de sistema nervoso central. Então é muito, porque a instituição é uma referência, e referência em sistema nervoso, então todos os casos que as outras instituições não estão dando conta, acabam caindo lá. (...) então por isso, eu trabalho muito, atendo muito, eu atendo quase que todas essas seis horas, eu só paro para evoluir prontuário, para fazer reunião de equipe, por exemplo, e aí isso é alterado durante o dia.”* Ela ainda comenta que precisa atender todos os pacientes que chegam dessa determinada enfermidade, pois trata de uma clínica muito específica, com um tratamento longo e que geralmente acaba tendo seqüelas, e por isso acaba sendo um volume maior do que as outras clínicas. Já Amanda descreve sua rotina como: *“Tenho grupos da brinquedoteca que são todas as manhãs, de segunda a sexta. Aí assim à tarde, de manhã sempre brinquedoteca. E todas as tardes têm dois grupos todo dia. Aí são oito grupos, então tem grupo que vem muita gente têm outros que vem menos.”* Sabrina também nos conta que: *“Na agenda eu atendo por dia, mais ou menos, uns quatro ou cinco pacientes por dia. Além dos grupos e todo o trabalho administrativo que a gente tem também.”*

Graziela nos conta que de início havia claramente uma curiosidade em atender crianças com câncer, quase que como um *“querer conhecer mais”*, mas que com o tempo não foi só isso que a manteve na instituição, ela diz: *“(…) Outras coisas foram chamando a minha atenção. A forma como a família se mobiliza quando tem uma criança com câncer, a forma como a própria criança responde a essa mobilização da família, como o lugar que ela ocupa, não só na família, ocupa na sociedade vai*

mudando de acordo com o tratamento (...) é isso que acaba me mantendo. Uma curiosidade, um desejo de entender e auxiliar, acompanhar na verdade. Entendo mais como um acompanhamento que a gente faz, do que uma ajuda prestada”. Na descrição de Graziela, é como se houvesse uma renovação no desejo profissional, que continua mantendo o psicólogo fisgado e envolvido com o seu trabalho.

Bruna também nos conta que: “(...) Quando comecei atender em pediatria, foi assim uma descoberta, as crianças ensinam muito para a gente, muito, muito, muito. Eles têm uma forma de enfrentar a doença completamente diferente do adulto, é muito gratificante também trabalhar com os pais, familiares em geral, mas focando nos pais, que eles tem um suporte, então eu acabei me encontrando muito nessa área.”

Sabrina também fala um pouco desse interesse pela área e nos mostra, através de seu relato o quanto envolvida está como terapeuta: “O sofrimento existe, continua, mesmo que eu não esteja vendo. E alguém tem que fazer esse trabalho e eu percebi que eu consigo fazer isso muito bem. Consigo acolher as mães em um momento importante, consigo ajudar as crianças para elas ficarem mais, ah, sofrer menos no tratamento né, no momento em que oferece um brinquedo, ajuda a distrair ele do tratamento, ou conversa sobre o tratamento para ela ficar melhor, e eu acabei gostando”. Ela claramente mostra uma satisfação de sua escolha profissional pela oncologia pediátrica.

A partir de algumas destas falas dos entrevistados, podemos pensar que a área da saúde e principalmente, doenças consideradas mais graves pelo âmbito social, costumam se conciliar com o perfil de profissionais que tendem a se envolver no trabalho, o que de certa forma levanta algumas considerações. Primeiro, que sintam satisfação no trabalho realizado. Segundo, que é provável que estes profissionais se sintam identificados com a área, em algum nível. E por fim, que por conta das hipóteses anteriores, que tenham expectativas frente ao tratamento dessas crianças. Tudo isso coloca o profissional, principalmente quando se trata de um profissional de psicologia, em conflito. Tanto com aquilo que sente e espera do paciente quanto com aquilo que deve ser aplicado no tratamento analítico. O psicólogo procura nesse conflito medir o quanto de seus sentimentos, idéias e reações devem ser compartilhados com o paciente, de que forma isso pode acontecer, e o quanto eles devem ser barrados pelo profissional, para que isso não interfira negativamente com o andamento do trabalho analítico. Traduzindo isso de forma técnica: o que podemos considerar como contratransferência nesses sentimentos, reações e idéias e o quanto disto pode interferir no andamento do tratamento positiva ou negativamente?

No relato das entrevistas, podemos ver algumas falas que se relacionam a estes aspectos. Bruna nos conta que: *“eles despertam muito interesse da minha parte em querer dar qualidade de vida, sabe? Porque as crianças, né, especificamente, falando das crianças, quando tem uma doença avançada geralmente a criança perde muitas coisas (...) E isso é uma coisa assim, a troca com a criança que te mobiliza muito, e você ajuda nesse aspecto é importantíssimo, as vezes resolver problemas né.”*

Já Luiza comenta que seus pacientes despertam: *“preocupação. É eu vivo preocupada e angustiada com os meus casos, muito. Acho que pela, pela característica dos pacientes oncológico (...) E claro, aí no caso a caso tem sempre um que a gente tem... desperta algum outro tipo de sentimento, mas no geral é esse.”*

Nestas duas falas podemos ver o quanto de investimento pessoal há nestes profissionais frente ao seu trabalho. Bruna nos mostra isso na resolução de problemas para uma melhor qualidade de vida dos seus pacientes e Luiza na preocupação e angústia frente aos seus casos. É interessante como esses sentimentos também apareceram nas outras entrevistadas, mas nessas destaca-se claramente uma relação de ambivalência.

Sabrina nos conta que seus pacientes costumam despertar em si: *“diversos sentimentos, desde esperança, alegria até tristeza e dor. Eu acho que alguns pacientes a gente acaba se apegando mais. Não tem jeito, por conta da historia de vida acaba mexendo em alguma coisa nossa né. A gente se apega mais e com esse paciente a gente vai na luta junto né.”* Amanda também nos fala que para ela: *“é um misto, satisfação, muita satisfação. Nossa eu fico muito satisfeita quando eles vêem e reconhecem mesmo o valor, sabe assim do que voce está fazendo. Você se sente, nossa eu me sinto assim super útil. Ao mesmo tempo, quando um paciente morre, você não tem como não ficar chateado, uns menos do que os outros né. Tem pacientes, tem crianças que você se apega mais do que outras, tem mais empatia do que outras.”*

Essa ambivalência de reações implica tanto na posição do psicólogo em investir no tratamento e poder fornecer aquela criança um modo de enfrentar o que está passando com a doença, ao mesmo tempo em que suscita um desejo do terapeuta de resolver os problemas do paciente. Questões que entram em destaque principalmente quando se trata de casos graves e que envolvem a vida e a morte.

Amanda nos conta que quando fez especialização em Psico-Oncologia se interessou primeiramente porque o curso falava de enfrentamento. Assim ela diz: *“Aí eu pensei, nossa o que será que é isso né, enfrentamento, quero saber. Aí acabei, fui e*

gostei. E aí foi quando eu fui para cá (instituição) e continuei até hoje”. Relata sobre um grupo que atende na instituição e que tem o objetivo de trabalhar enfrentamento da situação de doença. Ela conta que procura que seus pacientes se mostrem ativos na situação de conflito, direcionando a criança para os mais diversos recursos e possibilidades. Podemos observar na fala de Sabrina um papel profissional mais atuante, certa atuação que abre espaço para pensarmos na peculiaridade do psicólogo que atende crianças com câncer. Bruna também descreve sua atuação com pacientes infantis oncológicos de maneira parecida, ela diz: *“Eu faço essa avaliação psicossocial, para identificar impactos da doença, como o diagnostico foi passado, enfim, todo impacto emocional e social, né, do câncer. E em função disso, eu vou dando algum tipo de acompanhamento, vou monitorando de acordo com as necessidades. (...) mas sempre o enfoque é o enfrentamento do câncer”*. Assim como Amanda, ela também descreve uma posição mais ativa da psicologia na instituição. Podemos pensar que esse papel ativo relaciona-se muitas vezes com um maior investimento por parte do profissional, em querer: *“dar qualidade de vida”* e *“procurar entender e satisfazer o paciente naquele momento”* de acordo com Bruna.

A postura de um profissional ativo abre possibilidades de pensarmos essa característica. Será que se trata de uma peculiaridade do psicólogo que atende pacientes infantis com câncer? Tanto a Graziela quanto a Amanda dizem ver a criança com câncer *“como outra qualquer”*. Dizem que na situação que algumas destas crianças se encontram a doença é o menor dos problemas. Ou em outros casos, não consideram o câncer como uma doença diferente de qualquer outra. Já Sabrina e Bruna dizem que em sua opinião são crianças *“lutadoras”*, que *“lutam pela vida”*, às vezes em condições econômicas precárias e que *“tentam de tudo para suavizar a situação”*. Bruna comenta que é importante fazer uma distinção de idade, pois em cada fase do desenvolvimento da criança, ela vai reagir de um modo. E por fim, Luiza diz que na sua visão ela não vê crianças com câncer e sim sujeitos, comenta que não consegue diferencia a criança com câncer das outras. Diz: *“Como eu acho que eu nunca tive uma questão com o câncer (...) eu não tinha isso. (...) Então quando eu cheguei lá eu pensava mais no sujeito assim, no sujeito com uma questão muito grave né, e eu sabia que com isso eu queria trabalhar. Mas não consigo pensar no câncer isoladamente, sabe?”*

A fala de Luiza pode ser destacada nesse contexto, porque ela nos traz uma questão importante que é a sua visão da situação relacionando-se com aquilo que ela sente satisfação. Ela diz que não vê a criança com câncer desta forma diferenciada

porque nunca teve uma questão com a doença em si. O que nos faz refletir acerca da possibilidade de olhares que estão implicitamente sendo movidos pela direção que nós, como sujeitos desejanter, damos a ele. Uma fala que sutilmente demonstra o quanto do desejo pessoal da Luiza está envolvido nestes atendimentos que ela gosta de chamar de “casos graves”.

Em outras falas, estes profissionais reconhecem o investimento pessoal e a mobilização que envolve atender determinados pacientes. A respeito disso, Bruna nos diz: *“Olha, isso eu acho inerente ao nosso trabalho. A gente tem uma identificação, tanto com a criança quanto com o adulto, a gente tem mesmo. Agora, como a gente trabalha isso, agora é o X da questão, né. Depende de uma maturidade profissional, que você se torna transparente, perante essa empatia, essa vinculação, essa identificação.”* Vemos que para ela os sentimentos do terapeuta são inerentes ao trabalho profissional dele, ou seja, é algo próprio, que está na essência e não dá para ser evitado pela pessoa. Para Bruna, exatamente por ser algo inerente é por isso que deve se tornar transparente e, em sua opinião, isso acontece com a maturidade profissional. Maturidade que deve tornar o profissional: *“mais consciente do seu EU, perante a identidade do outro que está causando essa sensação, essa identificação”*.

Sabrina também comenta sobre isso, ela diz: *“A gente tem que controlar esses sentimentos né. Nem sempre a gente pode sentar do lado da mãe e chorar junto, mas a gente tem que dar o ombro para a mãe chorar.”* Para muitos psicólogos, e também para Sabrina, o controle destes sentimentos e reações é através da terapia pessoal. Ela diz: *“(…) tem alguns casos que pegam mais, que a gente se emociona mais, dói mais, então tem que levar para a terapia né, até para entender, né, porque que esse dói mais.”*

Graziela que também percebe se identificar com alguns pacientes, diz, na sua entrevista: *“E isso que é o importante da análise, eu falo muito dessas crianças em varias situações, na análise, constantemente, do que ela me desperto. Mas tem algumas crianças que eu me identifico, porque às vezes apresentam características que me são caras ou às vezes um carinho (...) mas fica uma coisa muito possível de trabalhar na análise né, (...) de você olhar para a criança e se sentir tocada de algum jeito e conseguir falar disso em um outro lugar, para que aquilo fique nesse outro lugar, não que não possa ser pensado no ambiente profissional, mas que tenha um lugar específico para que isso seja falado, falado o que for preciso.”* Graziela destaca o quanto acha importante falar sobre essas emoções na sua análise pessoal, mas também não descarta a possibilidade de pensar sobre isso no ambiente do tratamento. Eu pessoalmente acredito

importante a utilização da análise para a elucidação de questões pessoais. Mas, o terapeuta é uma pessoa também. E, em minha opinião, as pessoas não são fragmentadas a ponto de conseguir separar tão delimitadamente cada situação com a sua emoção correspondente.

Luiza compartilha da importância da análise, mas só em casos em que tem mais dificuldade de proceder. Na opinião dela a identificação é imaginária, vem do terapeuta e é criado pelo terapeuta a partir daquilo que ele vê e projeta no outro. Partindo desse ponto ela nos diz: *“Eu tento trabalhar isso em análise e supervisão, muito, né, principalmente nos casos que é mais difícil, os casos que eu sei que eu tenho mais questão.”* Ela traz nessa fala a importância da supervisão. Graziela comenta sobre isso quando fala sobre a influencia da identificação no atendimento, nesse caso ela diz: *“Provavelmente influencia no atendimento, e é por isso que, além da análise, é importante a supervisão. Eu também faço supervisão regular para pensar se há algum tipo de deslize, por conta de um apego (...) eu acho que o que desperta na gente acaba fazendo parte na vida, da nossa condução do tratamento, porque a gente não fica cego aquilo que a criança desperta na gente. Levando para análise e para a supervisão a gente consegue circunscrever aquilo que desperto na gente e aí sim introduzir isso numa direção de tratamento.”* Em seu comentário ela destaca como algumas características essenciais da pessoa como terapeuta irá implicar em atributos que influenciam diretamente na condução do tratamento analítico. Sobre isso ela fala da importância do profissional em reconhecer seus limites de atuação, para visualizar se aquilo pode ser manejado e introduzido no atendimento ou se isso não é possível. Os famosos três pilares da psicanálise se baseavam nestes três importantíssimos fatores para Freud: a análise pessoal, supervisão e teoria da técnica.

A questão sobre os limites profissionais foi comentada por quase todos os entrevistados. Alguns deles falam de uma dificuldade que acaba por impossibilitar o atendimento. Graziela, Sabrina e Luiza contam sobre casos que, por uma impotência pessoal não conseguiram manter o tratamento e encaminharam o caso para outro profissional. Luiza fala claramente que sente essa impotência frente aos pacientes que só se permitem falar sobre dificuldades orgânicas, de uma outra ordem, uma ordem médica. Esclarece que em alguns momentos ela silencia no atendimento e não consegue proceder, então como sente que não consegue fazer nada a respeito daquela criança, naquele momento, passa para outro profissional atender. Não sabe dizer muito bem o que ressoa nela para que haja essa impossibilidade, mas diz claramente que consegue

identificar esses casos, como casos que não gosta de atender. Ela diz: “*Tem uma hora que você tem que assumir que não dá né. (...) tem alguma coisa na minha análise, que trava aí, que não vai.*” É interessante como Luiza relaciona a sua capacidade de atender com a sua possibilidade de aprofundar questões na sua análise pessoal.

Sabrina também fala sobre seus limites profissionais e diz que em alguns casos há claramente um motivo, que relaciona com uma história semelhante de vida. Conta de um momento de vida específico: “*Eu lembro que foi muito difícil quando eu tive bebê e eu voltei a trabalhar, porque chorinho de neném, era igual ao choro dos meus nenéns, e eu ficava muito triste, com muito medo de que meus nenéns ficassem...adoecessem. Tanto é que qualquer cólica eu queria desesperadamente levar para o médico. Achando que era um problema, porque achei um tumor, alguma coisa.*” Podemos pensar que a relação de identificação que Sabrina apresenta pode estar relacionado com a fase de vida que ela estava passando. Afinal de contas, havia se tornando mãe. E essa fase na vida de qualquer mulher ressuscita lembranças do seu papel de filha, da sua vivência materna e de como em meio a estas duas experiências, vai formar-se a sua função como mãe.

Amanda também identifica essa dificuldade com vivências pessoais, ela diz que tem crianças que são muito parecidas ou muito diferentes de você: “*que também, alguma coisa incomoda porque às vezes pode ser uma coisa muito parecida com você, que você não aceita né*”. Graziela também identifica isso, e fala que esse aspecto é: “*muito particular e singular de cada criança que atende*”. Já Bruna nos diz que: “*Acho que tem assim, aquela coisa de início, que as vezes você fala, ‘ai lembra meu priminho, lembra meu sobrinho, lembra meu filho’, sabe? Assim, depois de tantos anos para mim, o que chama a atenção mesmo é o que ele faz*”. Ou seja, ela relaciona, assim como as outras entrevistadas esse fator com a fase de vida que cada pessoa está passando. Ela diz que isso é comum no início da carreira. Bruna relaciona essa identificação com uma falta de maturidade profissional.

Sabrina nos conta que em outros casos esse limite profissional aparece de forma mais inconsciente, e por conta disso, não consegue dizer o porquê sente dificuldade com aquele determinado paciente. Ela comenta que: “*tem alguns casos que dói então eu não vou (risos), né, a gente acaba não indo.*” Ela conta de um caso específico que encaminhou para outra psicóloga da instituição, e diz o quanto isso foi uma experiência interessante, porque o que ela entendia como agressividade na paciente, incomodando-a, a outra psicóloga entendia de outra forma, e isso não a incomodava. Ou seja, existia

alguma coisa em Sabrina que a impossibilitava de ver a paciente da forma como sua colega pode ver. Talvez o aparato psíquico que cada psicóloga tem e que são distintos, pode possibilitar que cada uma interpretasse a situação da maneira que podia.

A relação do terapeuta com seu paciente é estreita por conta disso, não se trata de um objeto material e seu manipulador, e sim uma pessoa inteira frente à outra pessoa inteira. Independente do que é trabalhado em análise ou supervisão, alguma coisa vai restar que precisará ser manejado e devolvido no tratamento, ou simplesmente contido no trabalho analítico. Na minha experiência pessoal, vivi situações que um detalhe físico, um traço oriental, quando compartilhado com o paciente era identificado como traço de união. Muitas vezes, quando isso acontecia existia uma primeira aproximação que era facilitada por conta dessa característica. O que não significa que todos os psicólogos orientais devam atender pacientes orientais, mas que isso, de certa forma, em algumas situações, facilita ou dificulta o trabalho analítico e a transferência.

Amanda nos diz que a identificação com o paciente suscita nela um fato positivo, isso porque: *“eu posso perceber com mais facilidade o que aquela criança está querendo me dizer com aquela brincadeira, naquela fala, e aí eu posso devolver para ela o que eu percebi.”* Isso levanta algumas questões; será que é mais fácil para Amanda ver o que aquela criança está dizendo porque consegue ver esse atributo em si mesma? Isso me fez refletir acerca do uso do inconsciente do analista no atendimento. Nessa perspectiva o analista percebe e pode interpretar aquilo que está ao seu alcance consciente, que já viveu, mas não pode ser trabalhado o inconsciente em si. O analista, muitas vezes, pode ir até aonde andou em sua própria análise. E nesse sentido, cada atendimento vai ser um porque cada analista irá caminhar de seu jeito. Acredito que nenhuma destas considerações tenha uma única resposta, mas uma coisa pode ser destacada disso: para ser analista é importante ser paciente antes.

Já para Graziela, esse andar na análise do terapeuta, pode ser chamado de limite pessoal. Quando se tratando de uma instituição, esse limite pessoal esbarra com o limite profissional, que tropeça, muitas vezes, na dificuldade cotidiana do trabalho institucional. Nem sempre essa dificuldade é ruim ou penosa, há momentos em que pode ser revisto o caso para uma nova direção de tratamento. Já para Bruna, há casos em que a dificuldade profissional pode ser extremamente negativa, se você projeta seus julgamentos no paciente.

Além disso, Bruna compara a dificuldade profissional como um processo que é percorrido pela instituição e que influencia diretamente na equipe e é influenciado pela

demanda que essa equipe impõe a função daquele psicólogo. Diz que os pacientes quando estão em tratamento médico ficam extremamente fragilizados, e é muito comum se posicionaram de maneira a colocar o psicólogo em uma posição de “semi-Deus”. Chama isso de onipotência médica, pois diz que ocupar esse lugar seria ocupar o lugar do médico na instituição, daquele que tem as respostas para todas as perguntas. Sabrina também fala algo nesse sentido, diz que o trabalho na instituição tem uma diferença do trabalho em consultório, porque nesse caso existe uma cobrança da equipe, principalmente da equipe médica. Muitas vezes, como relata Luiza em um caso específico de atendimento, a equipe se angustia com a dificuldade emocional daquela criança ou com o modo como ela reage frente à doença. Ela conta que se tratava de um menino que só falava que “queria morrer”, não falava outra coisa, e com isso a equipe ficava muito assustada. Ela conta que sentia que esta reação era direcionada a pessoa que cuidava dele, que também era muito doente. Enfim, conta deste caso como um insucesso, pois o menino não teve possibilidades de sair dessa posição e faleceu. Na opinião de Luiza, a cuidadora deveria ter mudado a sua posição para ajudar a criança a se repositonar. Diz que foi um caso de difícil manejo até porque a equipe pressionava muito para que ela: “faça alguma coisa”.

Luiza não deixa de destacar, nesta fala, como o trabalho do psicólogo com a oncologia pediátrica é interferido, a todo momento, pela instituição. Ela comenta, na entrevista, que a transferência é um dos pontos cruciais nessa diferença. De acordo com ela: “*A transferência eu acho que ela vem de outro jeito, sem dúvida nenhuma, é uma transferência muito mais limpa. Na instituição ela é completamente multifacetada, acontece mil coisas, mil interrupções, a transferência de saber é com o médico, não é diretamente comigo (o psicólogo). Então tem muita coisa que é diferente.*” Luiza diz que ainda multifacetada, é possível ver que o paciente exerce uma transferência com o psicólogo, nem todos mas os que demonstram ter demanda. Mas essa transferência não acontece somente com o terapeuta, porque o paciente veio procurar em primeiro lugar uma cura orgânica, então transfere primeiramente com o médico ou com a instituição. Por conta disso, para Luiza o manejo também é diferente, pois um corte analítico só poderia ser feito pelo médico, já que ele entre como a figura autoritária no caso.

A partir disso, podemos pensar na demanda do paciente da instituição frente ao atendimento. A criança está primeiramente na instituição por conta de uma questão orgânica, de uma doença física, o câncer. Logo, para que haja alguma demanda relacionada ao adoecimento, em termos psíquicos, é necessário que o psicólogo se

mobilize. Diferentemente do consultório, onde há uma procura pelo paciente, na instituição o psicólogo vai de leito em leito e busca oferecer o atendimento. Para que isso aconteça, há de haver um investimento por parte do profissional, em ir todos os dias, “*atrás de novos pacientes*”. Além disso, é também do investimento do psicólogo criar o seu espaço como profissional na instituição. A partir desses investimentos é que vai aparecendo a demanda do paciente institucionalizado. A partir da “criação” dessa demanda, irá se fortalecer um vínculo. Tal, fato, importantíssimo para “preservar a singularidade da criança e ajudá-la a se situar na desorganização da doença”, assim fala Graziela.

Bruna nos conta que de alguma forma você consegue estabelecer algum tipo de contato com o paciente. Ela diz: “*A musica ajuda bastante para ele se expressar, às vezes através de uma letra, ou de um som, algum tipo de ritmo. Alguma coisa que a gente consegue interagir e criar esse vinculo que é o importante né, para a gente poder ajudar e para ele poder confiar né, falar dele.*” De acordo com Bruna, e na minha opinião também, para que o vínculo tenha sustentação ele precisa de um atributo muito importante; a confiança. Se não há confiança, não há vínculo.

Partindo dessa informação, retomamos a Winnicott. Para o autor, o modelo de analista se baseia no modelo da mãe suficientemente boa. De acordo com ele, este papel deve ser representado a quem compete ajustar-se as necessidades crescentes e sempre variáveis de seu filho, ou de seu paciente. Dessa forma adaptando-se e respondendo a dependência e a independência destes. Para que isso aconteça; “*as crianças, ou pacientes, não tiram proveito algum da perfeição mecânica. O que o bebê necessita é de confiabilidade e de comunicação humana e verdadeira, e não de técnicas de cuidar.*”³² E isso não significa; viver em função do paciente, não ter dificuldades nos atendimentos, não se limitar, ou deixar com que seu eu fale mais do que o eu do paciente. Mas sim, como diz Amanda em seu relato: “estar disponível para que a outra pessoa fale”. É verdade que o estabelecimento da transferência também depende do “querer” do analista em ocupar esse lugar na “vida” do paciente. O modo como cada profissional trabalha a sua contratransferência no processo de análise e no atendimento as crianças com câncer é muito singularizar, pessoal e indiferente de cada atendimento, porque cada vínculo é um.

³² DIAS, Elsa. Da sobrevivência do analista. In: Natureza Humana. Vol.4. No.2. São Paulo Jul/dez 2002.

Discussão

As entrevistadas trouxeram importantes conteúdos que conversam com o levantamento teórico desenvolvido nos capítulos 1 e 2.

Começaremos por uma aproximação de alguns dos relatos das entrevistadas com o que foi colhido teoricamente. Primeiro procuramos responder a pergunta: Existe contratransferência no ambiente hospitalar? Como é isso? E de forma podemos pensar nos efeitos dessa contratransferência no trabalho analítico?

Vimos que Luiza³³, uma das participantes, fala da transferência multifacetada no hospital, atravessada pela equipe da instituição e pela demanda do sintoma orgânico. Ela diz que essa transferência multifacetada torna o trabalho do psicólogo institucional mais corrompido do que no consultório, onde podemos ver claramente um endereçamento direto ao analista. Aproximamos essa fala de Luiza com o capítulo 2. Nele, retomamos Tourinho (1994) e Elias (2008)³⁴, que falam sobre uma transferência criada pelo desejo do analista em oferecer sua escuta ao paciente.

Desse modo podemos pensar que, se primeiramente o paciente vem ao hospital, ou a qualquer outra instituição de saúde, com uma queixa orgânica, ele inicialmente procura um médico. Nesse momento, ele sabe que há alguma confiança no médico ou na instituição, para que seu incomodo físico seja resolvido. Observamos que aí encontra-se uma primeira manifestação de transferência, pois no caso, o saber está no médico daquela instituição. Mas o médico cuida do sintoma orgânico, e não necessariamente da pessoa inteira.

Quando o psicólogo oferece sua escuta, ele está disponibilizando um espaço para que o paciente apareça como sujeito, como pessoa. Ele está possibilitando o aparecimento do discurso o qual se reencontra encoberto pelo sintoma, de acordo com Elias (2008). Pode ser que nem todos os pacientes possam se manifestar para além do sintoma orgânico, mas encontram na sua fala uma demanda que não sabiam que existia. É isso que Elias chama de demanda secundária, não só ela, mas outras autoras apontam o surgimento de uma demanda a partir da oferta de escuta do analista.

Para que a oferta do analista seja possível, há de haver um desejo de escuta por parte do mesmo. As autoras, Elias e Tourinho, falam que é a partir do desejo do analista

³³ Mencionado na Análise página 60

³⁴ Mencionado no Capítulo 2 página 38-39

em escutar que surge a oferta do serviço e o desejo de ser escutado no paciente. O que poderia gerar a transferência do paciente com o analista, nomeado acima, como transferência multifacetada. Mas, isso não a tornaria diferente da transferência do consultório, pois ainda sim manteria como atributo principal, a atualização da repetição dos protótipos infantis do paciente.

Como vimos na análise das entrevistas, na atuação profissional dentro das instituições há uma mobilização do psicólogo na busca de atendimento. Ele vai de leito em leito oferecer sua escuta. Mas, para que isso possa acontecer há de haver, investimento e identificação do profissional frente ao seu trabalho e a situação de atuação, com seus pacientes infantis oncológicos. A partir disso, podemos pensar se o investimento, a mobilização e a identificação por parte do psicólogo não estariam relacionados com o seu desejo de escutar o paciente.

O que também nos instiga uma nova observação. Pode-se ver que os atributos citados acima: o desejo, a mobilização, o investimento e a identificação do psicólogo se relacionam diretamente aos seus sentimentos, suas idéias e suas reações frente ao paciente.

Se chamarmos estas categorias de efeitos contratransferências, veremos que no caso do atendimento na instituição, eles antecipam o surgimento da transferência do paciente com o psicólogo. Será que de certa forma, podemos pensar que existe uma contratransferência que antecipa a transferência? E se pensarmos assim, estaríamos categorizando o sentimento de expectativa como contratransferência?

Recorremos aos modelos de contratransferência de Winnicott, mencionados no Capítulo 1, buscando um meio de contornar o que poderíamos chamar de contratransferência nos relatos colhidos das entrevistadas.

De acordo com Winnicott³⁵, a contratransferência pode ser classificada de três formas:

Primeiro como Sentimentos e identificações padronizadas e reprimidas do analista e que Winnicott chama de sentimentos contratransferências anormais.

Segundo como identificações e tendências oriundas da experiência e do desenvolvimento do analista que influenciam positivamente no trabalho analítico.

Estas duas primeiras se relacionam a figura do próprio analista e suas vivências.

³⁵ Mencionado no Capítulo 1 página 19

Por fim, sentimentos de amor e ódio do analista frente a personalidade e ao comportamento do analisante. Ele chamou este fenômeno de contratransferência objetiva.

De acordo com Winnicott esta última contratransferência fala a respeito de pacientes que alteram a atitude profissional do terapeuta. No caso são dois os tipos: pacientes que têm tendência anti-social e que necessitam de uma regressão.

Nos relatos das entrevistadas, vimos um caso que se aproxima de um paciente com tendência anti-social, mas estamos aqui fazendo uma suposição, já que o atendimento foi relatado pela entrevistada e não podemos tirar conclusões amiúdas só a partir destas informações. Não houve qualquer outro caso desse tipo, pois o foco da pesquisa foi o atendimento de pacientes infantis com câncer, e se tratavam de pacientes neuróticos.

No caso comentado, quem faz referência é Luiza³⁶. Ela conta que chegou a instituição um menino que só falava que “queria morrer, queria morrer”. Diz que o caso foi um insucesso porque a criança acabou falecendo mesmo. Sobre a conduta no caso ela conta que via uma estreita ligação entre a cuidadora e este menino. Diz que entendia muito o posicionamento dele como uma resposta a esta cuidadora. E comenta que no atendimento, procurou focar em um reposicionamento dos dois, mas nenhum deles pôde sair desse quadro.

A partir do que relata Luiza, podemos supor que o menino apresentava uma falta de apoio no ego. Era provável que esta falta de apoio se dê por uma privação do ambiente deste menino. E no caso relatado, esta privação parecia estar relacionada à experiências muito primárias da vida desta criança com a sua cuidadora. De acordo com Winnicott, a única coisa que o analista pode fazer a este respeito é usar o tratamento analítico na aproximação de um sentido mais preciso da privação ou privações originais, o que pode envolver, ou não, um trabalho com o inconsciente do paciente.

Winnicott ainda diz que um tratamento analítico deste, demanda do analista que ele ultrapasse barreiras técnicas e profissionais, e force o atendimento a uma relação direta de tipo primitivo. Marcando uma necessidade do paciente em regredir e viver com o analista aquilo que não pode ser vivido no seu ambiente primário. Se situar nessa posição de dependência infantil pode reavivar sentimentos muito primitivos ao analista, e é aí que entra o trabalho contratransferencial.

³⁶ Mencionado na Análise página 60

A vivência de uma relação quase fusional com o paciente, pode ser experimentada para ambas as partes, tanto do analista quanto do paciente. E neste caso, Winnicott fala que o sentimento mais primitivo vivenciado pelo analista é o ódio, sentido de maneira latente. É a partir deste sentimento que a análise pode acontecer. No caso de Luiza, ela comenta que manteve-se pontuando a frase repetitiva do menino, mas que disso nada adiantou. Poderíamos pensar que essa atitude da criança aproximou a terapeuta de um ódio inconsciente e que a manteve dentro desse quadro, sem possibilidades de um reposicionamento. O uso deste tipo de contratransferência na análise requer que o ódio esteja muito discernível e consciente para o analista. E por isso, é algo de difícil manejo.

Sobre os outros tipos de contratransferência, foi bem mais fácil de identificar já que se tratava de sentimentos e identificações mais conscientes para os entrevistados.

Discorrendo as falas das entrevistadas podemos ver que há grande parte das psicólogas diz ter sentido em diversos atendimentos, sentimentos e identificações padronizadas que impediram que o tratamento continuasse com estes pacientes. Entretanto pode-se falar sobre isso, pois estas identificações já estavam conscientes, e não mais reprimidas, porque haviam sido trabalhadas em análise e supervisão. Nesse caso, podemos citar Graziela, Sabrina e Luiza³⁷ que por conta de identificações reprimidas tiveram que interromper o trabalho analítico e encaminhar para outro colega. Graziela conta que quando isso acontece sempre procura levar isso para a sua análise pessoal para que possa identificar sua dificuldade. Sabrina nos conta que houve uma época de sua vida, logo que teve seus filhos, que ela não conseguia atender bebês, pois ficava muito triste nestes atendimentos. Nessa época foi auxiliada por outra colega de trabalho nos atendimentos a bebês e até que pudesse trabalhar isso na análise, ela manteve um limite profissional em atendê-los. Luiza já identifica que tem dificuldade com casos de dor crônica, e afirma que em nestes, procura assumir que não consegue e encaminha para outro colega. Ela nos diz: “tem algo da minha análise que trava aí”.

Amanda nos fala que a identificação: ‘do paciente com os filhos, sobrinhos e parentes’ é comum no começo de carreira do psicólogo. Diz que depois de um tempo, e de um amadurecimento pessoal, o profissional não tem mais identificação. De acordo com nossa análise, podemos aproximar esse movimento como uma contratransferência reprimida de Amanda. Já que, em minha opinião, o psicólogo não deixe de se sentir

³⁷ Mencionado na Análise página 57-59

identificado só porque alcançou um nível de maturidade profissional. Sabrina aponta isso muito bem, diz que sente algo diferente por alguns pacientes, mas não sabe o quê e por quê. Nomeia que é uma contratransferência sua que ainda está inconsciente porque não trabalhou isso em análise.

Por fim, procurou-se identificar nos relatos das psicólogas sentimentos contratransferências, que são identificações e tendências oriundas da experiência do analista, que influenciam positivamente no trabalho.

Em relação a este citamos Amanda, Graziela, Bruna e Sabrina. Amanda³⁸ nos conta que quando sente empatia com determinados pacientes isso facilita para que ela entenda o que ele está querendo passar com aquela brincadeira ou aquele gesto. Pensamos que essa aproximação pode acontecer porque Amanda já vivenciou situações que se assemelham há algumas experiências de seu paciente, em um nível muito sutil, porque podem se parecer em um traço ou em um pequeno aspecto de conduta. E que como já puderam ser processadas e elaboradas no psiquismo do analista, facilitam para que Amanda identifique estes traços e filtre-os de forma que possa devolvê-los analiticamente para a criança.

Graziela³⁹ fala que algumas identificações com seus pacientes suscitam experiências que dependem da sua fase de vida. Ela diz que procura levar essas vivências para a sua supervisão e análise pessoal, para que possa falar disso em outro lugar, filtrando aquilo que é seu e o que é apresentado pelo paciente. Desta forma, podendo circunscrever e introduzir isso em uma direção de tratamento analítico daquela criança. De certa forma, vemos que para Graziela, o que o paciente está mostrando é vinculado a algumas experiências suas. E de acordo com Amanda isso facilita para que esse aspecto possa ser identificar e devolvido na análise.

Bruna⁴⁰ nos fala que quando o paciente a mobiliza ela procura investir no tratamento e “ajudar” aquela criança a “resolver seus problemas”. Para Bruna a identificação é experienciada com um investimento maior por parte do analista naquele tratamento. Sabrina⁴¹ também nos diz algo parecido, ela fala que quando sente que “se apega” mais a um determinado paciente, ela vai na “luta junto”. O investimento e a mobilização maior dos casos são de certa forma, muito positivos para o tratamento da

³⁸ Mencionado na Análise páginas 59

³⁹ Mencionado na Análise páginas 56-57

⁴⁰ Mencionado na Análise páginas 54

⁴¹ Mencionado na Análise páginas 54

criança. Pois acarretam na procura de mais atendimentos pelo psicólogo e em uma atuação de maior qualidade para a criança.

Percebemos, então, que a contratransferência no atendimento da oncologia pediátrica cria-se a partir de uma identificação do psicólogo à figura da criança, o que faz com que ele fique mais atento para determinados aspectos ou invista mais no acompanhamento daquela determinada criança.

Considerações Finais

Pesquisar é sempre uma tarefa inesperada e inacabada. Principalmente quando a pesquisa procura conversar com o fazer clínico do psicólogo. Difícil, pois para psicanálise a pesquisa é escrever sobre suas observações e não fazer de seus entrevistados objetos de uma ciência, de um saber em que se excluí o sujeito.

Nessa pesquisa procurou-se abrir um espaço para reflexões, levantamentos e opiniões. Não procurou chegar a uma conclusão acabada e a dar uma única resposta a nossa pergunta. O objetivo da pesquisa foi investigar a contratransferência de psicólogos que trabalham com pacientes infantis com câncer.

O tema contratransferência foi o recorte escolhido para aprofundar nesta pesquisa por algumas considerações. Primeiro, porque se trata de um tema na qual me identifico muito pessoalmente. Durante os meus atendimentos clínicos e a minha atuação na área da saúde fui percebendo o quanto de minha contratransferência estava envolvida nos estágios que realizava. Tal interesse se deu na busca de uma conduta profissional. Já o recorte da contratransferência na área da saúde se deu pelo interesse em investigar como é a psicanálise nas instituições. E se a técnica se modifica quando há essa diferença no ambiente que o psicólogo executa o atendimento.

Para tanto apresentamos as entrevistas com cinco psicólogos de diferentes instituições, e fazer um levantamento acerca de seus sentimentos, suas reações e suas idéias sobre o atendimento na oncologia pediátrica.

Sobre a pesquisa foram levantados alguns temas principais: a contratransferência multifacetada, o investimento, a mobilização e a satisfação do profissional da área, a identificação com o paciente infantil com câncer e o limite do profissional. Destacamos aqui a importância de se reconhecer que no discurso das psicólogas estavam presentes mecanismos de defesa e que por isso, por vezes, pudemos perceber falas que escamoteavam algumas dificuldades ou apresentavam afirmações mais voltadas para o teórico. Porém a análise foi feita pelo uso da técnica da associação livre, o que filtrou melhor para que chegássemos a conclusões a respeito dos temas levantados.

A partir disso, pudemos nos aproximar de algumas constatações. Primeiro que a contratransferência trabalhada, em análise ou supervisão, é completamente diferente daquela não trabalhada, inconsciente, e atuada no paciente. O que podemos ver foi que a contratransferência trabalhada pode ser circunscrita e inserida em um direcionamento

analítico. Ou seja, pode servir sim como instrumento de atuação do psicólogo no atendimento. Vimos na discussão que a contratransferência do profissional cria-se pela identificação do psicólogo à figura da criança, o que pode influenciar no atendimento tornando o psicólogo mais atento a determinados aspectos ou investindo mais naquele paciente.

Mas, isso é muito relativo em cada atendimento. Primeiro porque estamos tratando de pessoas, e não objetos, depois porque isso depende muito de como o vínculo paciente-terapeuta se forma. Então, o que também podemos constatar é que o modo como cada um atua a partir da sua contratransferência é muito pessoal e singular.

Para psicanálise, em geral, o uso da contratransferência padronizada a identificações primárias e reprimidas do analista; com o filho, neto, sobrinho e etc. quando atuada no paciente ou utilizada de forma inconsciente não é favorável para o atendimento.

Dessa forma sabemos qual o uso negativo da contratransferência no atendimento. Mas, com isso sabemos o que não podemos fazer com a contratransferência, e o que podemos?

Quando pesquisamos procuramos nos aproximar de um saber, que nada se sabe ainda. Porque será que é tão difícil saber deste saber? Talvez porque esse saber esteja vinculado a um saber inconsciente. Pesquisar na psicanálise, talvez seja se aproximar de um saber inconsciente.

É por isso que eu acho tão importante fazer pesquisa em psicanálise. No meu entendimento, a busca de um saber produz um fazer, uma mudança, e esse fazer acaba transformando nosso saber.

É assim que venho a concluir minha pesquisa sugerindo a investigação de novos trabalhos a respeito da técnica da contratransferência e do atendimento em psicanálise nas instituições. Isso, pois quanto mais pesquisamos sobre o assunto, mais descobrimos sobre esse saber e com isso criamos mais espaço para a atuação do psicólogo nas instituições.

Referências Bibliográficas

ABADI, Sonia. *Transições: O modelo terapêutico de D. W. Winnicott*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

ABRAM, J (2000). *A linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter.

ALVES, Suzana. *Contratransferência: a questão fundamental do psicanalista*. São Paulo: Editora Escuta, 1993.

ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. *Câncer infantil: intervenção, formação e pesquisa em psico-oncologia pediátrica*. São Paulo: Psicologia Hospitalar, vol. 4, n. 1, jan/2006. Pg. 1-12

CARDOSO, Flávia Tanes. *Câncer infantil: aspectos emocionais e atuação do psicólogo*. Rio de Janeiro: Revista SBPH, vol. 10, n. 1, 2007. Pg.26-52,

COMIN, Fabio Scorsolini. SOUZA, Laura Vilela. SANTOS, Manoel Antônio dos. *Tornar-se psicólogo: experiência de estágio de Psico-oncologia em equipe multiprofissional de saúde*. Ribeirão Preto: Revista Brasileira de Orientação Profissional, vol. 9, n. 2, 2008. Pg.113-125,

DIAS, Elsa. *Da sobrevivência do analista*. In: Natureza Humana. Vol.4. No.2. São Paulo Jul/dez 2002.

DIAS, Helena Maria Melo. *Contratransferência: um dispositivo clínico psicanalítico. Tese de doutorado de estudos de pós-graduação em Psicologia Clínica, Núcleo de Psicanálise*. São Paulo, 2007.

ELIAS, Valéria de Araújo. *Psicanálise no hospital: algumas considerações a partir de Freud*. In Revista SBPH. Vol 11. No.1. Rio de Janeiro jun 2008. Pg.87-100.

FIGUEIRA, Sérvulo Augusto. *Contratransferência: De Freud aos contemporâneos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. Pg.2–29 e 131-151.

FREUD, S. (1937). *Análise terminável e interminável*. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol.23. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, S. (1910). *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica*. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol.11. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, S. (1937). *Construções em análise*. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol.13. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, S. (1915 [1914]). *Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III)*. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol.12. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, S. (Conferência XXVIII) *Terapia Analítica*, In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol.23. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, S. (Conferência XXVII). *Transferência*. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol.23. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

GLENN, Jules (org.). *Psicanálise e Psicoterapia de crianças*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1996.

GREEN, A. (1988). *O analista, a simbolização e a ausência no contexto analítico*. In: Sobre a loucura pessoal. Rio de Janeiro: Imago. Pg.36-65.

LAPLANCHE, J; PONTALIS, J. B. *Vocabulário da Psicanálise*. 4ª Edição. São Paulo: Martins Fontes, 2001. Pg.102-103.

MAIA, Maria Vitória Campos Mamede. PINHEIRO, Nadja Nara Barbosa. *Um psicanalista fazendo outra coisa: Reflexões sobre o setting na Psicanálise Extramuros*. In: *Psicologia: Ciência e Profissão*. Vol.31. No.3. Brasília 2011. Pg. 656-667.

PALMA, Claudia Maria de Sousa. JARDIM, Luciane Loss. OLIVEIRA, Iza Maria de. *Como abordar os efeitos de um tratamento ofertado em um serviço de psicanálise no âmbito público*. In *Ágora*. Vol.14. No.1 Rio de Janeiro Jan./Jun 2011. Pg. 113-127.

PEREZ, Silvia Raquel Santos de Moraes. *Ser-no-mundo com a criança portadora de câncer: compreendendo a experiência de psicólogos nos serviços de oncologia pediátrica de Natal –RN*. 2004. 190 f. Dissertação (Centro de Pós-Graduação em Psicologia), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

ROOSEVELT, Cassorla M. S. *Aspectos psicológicos da relação médico-paciente com câncer*. PUC - Campinas: Estudos de Psicologia, vol.1, n.1, 1983. Pg.48-62.

RUDNICKI, Tânia. *Resiliência e o trabalho do psicólogo hospitalar: considerações iniciais*. Rio de Janeiro: Revista SBPH, vol. 10, n. 2, 2007. Pg.83-92.

SAFRA, Gilberto 1995: *Momentos Mutativos em psicanálise: uma visão winnicottiana*. São Paulo, Casa do Psicólogo.

SARNO, Luiza. FERNANDES, Andréa. *Psicanálise e hospital geral: limites e possibilidades*. In *Cogito*. Vol.6. Salvador, 2004.

SILVA, Maria Emília Lina. *Pensar em Psicanálise*. Campinas/SP: SILVA, M.E.L. da. (coord.) *Investigação e Psicanálise*., 1993, Pg.11-26.

SIMONETTI, Alfredo. *Manual de psicologia hospitalar – o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

STALIANO, Pamela. ARAÚJO, Tereza Cristina Cavalcanti F. *Estudos e pesquisas em Psico-Oncologia: levantamento realizado no Portal PePSIC*. Rio de Janeiro: Revista SBPH, vol. 12, n. 2, dez/2009.

TAMBURRINO, Gina. (2004). *Escutando com imagens: A afetação do analista na prática psicanalítica para além da contratransferência*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. PUC – SP. Pg. 24–53.

TOURINHO, Livia. *O que pode um analista no hospital*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

VIANA, Suzana Alves. *Contra-transferência: a questão fundamental do psicanalista*. São Paulo: Editora Escuta, 1993.

WINNICOTT, D. W. (1960). *Contra-transferência*. In: O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, D. W. (1963). *Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação analítica*. In: O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, D. W. (1960). *Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “self”*. In: O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, D. W. (1975). *O brincar*. In: O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago.

WINNICOTT, D. W. (1947). *O ódio na contratransferência*. In: Da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. (1962). *Os objetivos do tratamento psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas. In *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

Anexo I – Roteiro de Entrevista

Apresentação:

Sou aluna do curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP) e estou fazendo meu trabalho de conclusão de curso sobre psicólogos hospitalares, sob a orientação da professora Dra. Rosa Maria Tosta, do departamento de Psicologia do Desenvolvimento da FaCHS. O título do projeto é: "Reflexões acerca da contratransferência no processo da oncologia pediátrica", e gostaria de solicitar um relato sobre seus sentimentos, suas emoções e suas reações frente ao paciente infantil com câncer.

Perguntas/ Temas Disparadoras

(Contornar perfil do entrevistado)

- **Vida profissional/ onde se formou/ que caminho seguiu**
- **Historia de entrada no Hospital**
- **Trabalho atual/ Que área se encontra atualmente**
- **Escolha do trabalho com Oncologia**
- **Sentimentos, emoções e reações frente à criança com câncer**

Anexo II - Ficha de Informações

Nome: _____

Idade: _____

Naturalidade: _____

Estado civil: _____

Filhos: _____ Quantos: _____

Qual faculdade fez: _____

Alguma especialização: _____

Fez ou faz psicoterapia? _____

Há quanto tempo fez ou faz? _____

Anexo III – Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu _____, residente à _____, portador de RG no. _____, estou ciente de que minha participação no trabalho de conclusão de curso desenvolvida pela aluna Marjorie Vieira Yanagihara da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Campus São Paulo, não incorrerá em violação de direitos humanos, e que minha participação, através de entrevista, pode ser usada em meios acadêmicos e científicos, sem os elementos identificatórios. Não haverá nenhum grau de risco nesta pesquisa. O objetivo do trabalho é compreender as reações emocionais de psicólogos hospitalares e suas vicissitudes no atendimento a criança com câncer. Será utilizado entrevista semi-dirigida, do relato e narrativa de minhas experiências.

Autorizo a transcrição da entrevista pelo aluno-pesquisador, para fins de ensino e pesquisa. Autorizo a publicação deste material em meios acadêmico-científicos e estou ciente de que serão removidos dados de identificação pessoal, de modo a garantir minha privacidade; e de que receberei os resultados do presente trabalho que contou com minha participação. Estou ciente, também, de que posso encerrar minha participação no trabalho a qualquer momento que julgue necessário.

A Professora responsável é Dra. Rosa Maria Tosta, Faculdade de Ciências Humanas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, caso queira contatá-la seu telefone é: PUC SP (011) 3670-8320. O email da aluna/pesquisadora é: mvyanagihara@gmail.com e o telefone: (011) 9640-9692, e pode ser localizada a qualquer momento.

São Paulo, _____

(data)

(assinatura do participante da pesquisa)

Aluno pesquisador

Professor orientador responsável