

**Culpa, ódio e hospital: um estudo de caso  
segundo a visão winnicottiana  
Guilt, hate and hospital: a case study  
according to Winnicott's view**

André Augusto Rossi

Mestre em psicologia pela Universidade São Francisco (USF)

E-mail: andreaugustorossi@hotmail.com

Silvia Mayumi Obana Gradvohl

Doutora em ciências da saúde pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e docente do curso de psicologia da Universidade São Francisco (USF)

E-mail: silviagradvohl@gmail.com

**Resumo:** O presente artigo apresenta um estudo de caso realizado por meio de um estágio supervisionado em psicologia hospitalar. Trata-se do favorecimento da elaboração de uma situação de culpa e ódio entre uma paciente e sua acompanhante, atendidas por um estagiário no contexto hospitalar, à luz da psicanálise winnicottiana. São mostrados as possibilidades e os limites da intervenção psicológica e ressaltadas as formas pelas quais a intervenção pode ser realizada, de modo a favorecer o amadurecimento pessoal sem ser invasiva e respeitando a singularidade dos sujeitos atendidos.

**Palavras-chave:** Winnicott; psicologia hospitalar; intervenção psicológica; concernimento; psicanálise.

**Abstract:** This article presents a case study performed through a supervised internship in health psychology. It is facilitation of elaboration of a guilt and hate situation experienced between a patient and her companion met by an intern in the hospital context, in the light of Winnicott's psychoanalysis. The possibilities and limits of psychological intervention are shown and the way in which intervention can be performed is highlighted in order to foster personal maturation without being intrusive, respecting the singularity of individuals attended.

**Keywords:** Winnicott; health psychology; psychological intervention; concern; psychoanalysis.

### **1) Família, hospital e Édipo: um estudo de caso segundo a visão winnicottiana**

O psicólogo inserido no contexto hospitalar deve ser capaz de desenvolver ações de assistência, pesquisa e ensino. No âmbito da assistência, o psicólogo atende aos

pacientes e seus familiares nos diferentes contextos do hospital, além de participar no assessoramento das equipes de saúde para demarcar quais são as melhores formas de conduzir e tratar determinado paciente (Tonetto & Gomes, 2007). Nesse sentido, Romano (1999) aponta que o psicólogo pode avaliar quais rotinas estão distorcidas e tentar corrigi-las, além de detectar reações que são indesejáveis, a fim de preveni-las junto com a equipe hospitalar.

Antes mesmo de qualquer intervenção direta com o paciente, o psicólogo hospitalar necessita compreender aquilo que está para além da própria aparência dos fenômenos referidos a determinado indivíduo, levando em consideração os acontecimentos que estão presentes na vida dele e a forma como ele os experienciou. Não somente atribuições teóricas são fundamentais em seu olhar, mas todo um conjunto percepto-compreensivo da própria condição daquele que apresenta a si mesmo e a seu universo subjetivo no processo de (re)construção de sua identidade e biografia existencial (Mota, Martins & Veras, 2006). Como aponta Favilli (2004), isso ocorre em função de o ser humano ser um sistema complexo, no qual a sintomatologia física, os afetos e o modo de sentir e tratar o próprio pensamento são vivenciados de forma particular e única. Visto que cada indivíduo é único em seu corpo e mente, ele vive de forma singular suas diferentes relações.

Essencialmente, o psicólogo hospitalar é um cuidador no sentido de zelar pelo bem-estar do outro, e não um curador como aquele que retira a enfermidade. Ele deve estar atento às formas de vínculo entre as pessoas ao seu redor na instituição, verificando desejos, sentimentos, vontades e tudo o mais que puder para ampliar sua visão e possibilidade de atuação (Mota, Martins & Veras, 2006). As intervenções que realiza – de apoio, orientação ou psicoterápica – podem ter diversas finalidades, entre elas: realizar avaliações dos estados afetivos do paciente; auxiliar o paciente a amenizar suas angústias e ansiedades frente a situações desconhecidas; trabalhar para garantir a melhor adesão possível ao tratamento médico; auxiliar o paciente na adaptação necessária frente às condições oferecidas pela hospitalização e pela doença, entre outras (Tonetto & Gomes, 2007).

As ferramentas possíveis de se utilizar para ir de encontro ao sofrimento do corpo simbólico (já que a medicina cuida do corpo biológico) são basicamente duas: a escuta analítica e o manejo situacional. A escuta analítica abarca o conjunto de técnicas da psicologia clínica, como a interpretação, a associação livre, a análise da transferência, os mecanismos de defesa etc. Essas intervenções são familiares ao psicólogo, e a grande diferença reside naquilo que é denominado *setting*, ou seja, o

ambiente hospitalar. Este requer um manejo diferenciado da situação, que envolverá todas as questões referentes ao adoecimento e à instituição (Simonetti, 2004).

De acordo com Simonetti (2004), as ações como a análise da situação, o gerenciamento de mudanças e a mediação de conflitos farão parte do repertório do psicólogo hospitalar. Assim, fica evidente que, no âmbito hospitalar, o psicólogo precisa sair de uma postura mais neutra e passiva para conseguir responder eficientemente às demandas que se apresentam a ele. Esse será, portanto, o grande desafio que se coloca ao psicólogo que sai do consultório para a instituição, com todos os seus atravessamentos. Isso é o que caracteriza o manejo situacional.

Por outro lado, a participação do psicólogo pode ser decisiva no auxílio ao paciente na medida em que possibilita o alívio do sofrimento psíquico – apesar de muitos hospitais não compreenderem exatamente a importância e a necessidade desse profissional (Angerami, 1984). A necessidade existe devido ao fato de que o hospital quase sempre está vinculado às condições de dor e sofrimento, que são geradoras de angústias e ansiedades, chegando até mesmo ao ponto da desesperança. Tais sentimentos podem surgir porque o hospital muitas vezes impossibilita a autonomia dos pacientes na vida pessoal e nas políticas inerentes a ele. Assim, os pacientes são retirados da responsabilidade por suas questões existenciais e da possibilidade de darem a si mesmos um destino próprio (Pessini & Bertachini, 2004).

Segundo Moretto (2001), o psicólogo permite que o paciente e também sua família encontrem um saber sobre si mesmos. A família, segundo o autor, não deve ser ignorada, uma vez que pode desempenhar um papel crucial na melhora ou piora do paciente em questão. No trabalho junto à família, é necessário um grande investimento nas diversas e complexas reações que surgem em decorrência da hospitalização: culpa, agressividade, desestruturação, negação, medo, depressão, entre outras. Além disso, esse trabalho deve incluir a comunicação e a reestruturação familiar, pois os conflitos latentes podem ser potencializados e manifestados frente ao estresse gerado pela hospitalização de um membro, o que desestrutura e rompe a comunicação familiar (Angerami, 1984; Peres & Lopes, 2012). Em último caso, como mostra Romano (1999), pode se instaurar uma situação de crise quando a hospitalização é vista como demasiadamente ameaçadora. Dessa forma, a atuação do psicólogo prioriza a reorganização do grupo familiar e a minimização do sofrimento (Angerami, 1984).

Segundo Minuchin (1982 *apud* Romano, 1999), a constante interação dos membros do grupo familiar visa à organização/adaptação, pois essa é uma necessidade desencadeada por dois fatores: a pressão interna do grupo, que é promovida pelas

mudanças evolutivas de cada membro, e a pressão externa, que é exercida pelo ambiente e pela sociedade. O autor cita ainda que, em casos de hospitalização de um membro, há a necessidade de ajustes nos papéis desempenhados por cada componente da família. É preciso ressaltar, contudo, que o equilíbrio do grupo familiar dependerá da busca incessante da manutenção da coesão entre os membros, e isso ocorre de maneira dinâmica e interativa (Peres & Lopes, 2012; Pinho & Kantorski, 2004; Romano, 1999).

A equipe de saúde precisa valorizar extremamente a família, pois ela tem um papel significativo no processo de humanização. No entanto, é muito difícil adequar a família à rotina hospitalar, às regras rígidas e a todas as questões instituídas pelo hospital. Até a própria equipe de saúde tem muitas dificuldades de se adaptar às peculiaridades da família para uma melhor adequação no atendimento e nos processos de humanização (Monticelli & Boehs, 2007). Essas dificuldades inerentes à hospitalização decorrem do fato de que o hospital visa receber o paciente com pouca ou quase nenhuma consideração por sua família, que fica com uma prioridade secundária e sem uma função específica. Existe certo consenso de que a família deve ser mantida afastada, contribuindo de modo rápido e superficial. Mas, em vez disso, a família deve ser considerada um elemento importante e integrante do processo, além de poder participar efetivamente de todo o período de hospitalização (Angerami, 1984; Peres & Lopes, 2012; Pinho & Kantorski, 2004).

Dentre os grandes desafios do psicólogo hospitalar, encontram-se a necessidade de flexibilidade e adaptação a um novo *setting* que muitas vezes inclui a família e a equipe de saúde. A compreensão desse novo ambiente, com personagens tão diversos, faz com que o psicólogo busque adaptações de sua orientação teórica subjacente para lidar com tais situações. Nesse contexto, considerando a psicanálise como teoria que possibilita o encontro humano viabilizador das questões fundamentais do ser, temos Winnicott, autor que pensou o registro da temporalidade e as possibilidades de flexibilizar o *setting* analítico a fim de poder acolher, em diversas situações, aquilo que se apresenta de forma significativa sem que se perca a essência da psicanálise.

A noção de temporalidade em Winnicott pode ser vista na experiência que ele realizava em sua clínica pediátrica no Paddington Green Children's Hospital. Winnicott observou bebês numa situação que ele estabelecia enquanto realizava consultas pediátricas. O psicanalista e pediatra solicitava às mães que se sentassem de frente para ele, com o bebê em seu colo, de modo que a mesa ficasse disposta entre ele e a mãe. No canto da mesa, disponibilizava para o bebê uma espátula (depressor de língua reluzente), de forma que fosse possível ao bebê alcançá-lo com a mão. Frente a essa

situação, Winnicott pôde observar três estágios: o *período de hesitação*, o *período de uso do objeto* e o *período de desinvestimento do objeto* (Winnicott, 1958a/2000).

No primeiro período, o *período de hesitação*, Winnicott observou que o bebê avançava em direção à espátula para pegá-la com a mão, mas percebia que necessitava da segurança e da aprovação da mãe e do pediatra. Nesse sentido, o bebê colocava a mão sobre a espátula e olhava para a mãe e para Winnicott, ou seja, ele se encontrava em um dilema entre pegar ou não a espátula. No segundo período, o *período de uso do objeto*, havia a aceitação do desejo de pegar a espátula pela criança. O bebê finalmente pegava e sentia que a espátula estava em sua posse e, em vez da expectativa e quietude do período anterior, havia o sentimento de autoconfiança e a presença de movimentos livres do corpo. A criança a levava em direção à boca de Winnicott ou da mãe como se estivesse a dar de comer e ficava muito feliz quando eles fingiam ser alimentados. Seu desejo era de que brincassem com ela. No terceiro e último período, o *período de desinvestimento do objeto*, a criança largava a espátula, deixando-a cair no chão. No final desse período, a criança pedia para descer do colo da mãe para brincar com a espátula no chão ou perdia o interesse por ela e ia em busca de outro objeto. Esse jogo foi chamado por Winnicott de “jogo da espátula” (Winnicott, 1958a/2000).

A hesitação que ocorre no primeiro período é uma manifestação clara de ansiedade, ainda que se dê normalmente. A ansiedade surge a respeito de algo e, nesse caso, o “algo” significava a fantasia da atitude de reprovação da mãe, juntamente com as experiências que a criança teve com reprovações. O ato impulsivo espontâneo pode ter sido inibido, podendo representar um sintoma. De qualquer forma, se é ou não um sintoma, é a atitude da mãe que determina o comportamento da criança, ou seja, a hesitação desencadeada na situação significa que o bebê espera encontrar a reprovação dela. Para que o bebê se sinta ameaçado, ele deve ter em fantasia a noção da mãe reprovadora, pois, somente assim, o perigo externo torna-se significativo para o ego (Winnicott, 1958a/2000).

O jogo da espátula que Winnicott proporcionava para os bebês tem um valor pedagógico pela própria experiência, além de ter um valor terapêutico. Na medida em que a criança tenha a possibilidade de completar a experiência, de maneira que passe pelos três períodos, ela tem uma aula sobre o objeto, uma *lição de objeto*. Winnicott permitia que a criança marcasse o seu próprio ritmo (tempo subjetivo) e decidisse sobre o pegar ou não a espátula. Desse modo, ele possibilitava a ocorrência de uma experiência que modificava a maneira como a criança se colocava frente a si mesma, frente aos outros e como conduzia o próprio gesto criativo (Safra, 2006).

Assim, no manejo técnico, não é tão importante se falar sobre aquilo que já aconteceu: o analista deve se colocar na situação de atendimento de tal forma que ele possa ir assinalando e acompanhando os acontecimentos que se dão naquela situação. As intervenções que o analista faz não são tanto interpretações que visam o *insight*: elas assinalam, focalizam, promovem uma experiência, um acontecimento que está se dando no campo transferencial. O mais importante não é o acontecido, mas o que não aconteceu e impossibilitou que o sujeito seguisse em seu desenvolvimento e amadurecimento pessoal (Safra, 2006).

Segundo essa mesma linha de raciocínio, um dos processos fundamentais ao desenvolvimento do indivíduo é compreendido por Winnicott (1988/1990) como estágio de concernimento. Winnicott mostra que a posição depressiva é um estágio a ser alcançado no desenvolvimento do indivíduo e é fundamental para a socialização e o estabelecimento de relações profundas e seguras. Quando a criança chega nesse estágio, ela já possui um *self* unitário bem estabelecido e pode reconhecer o que é o eu e o não-eu. Assim, pode fazer uso dos objetos enquanto eles estão fora de seu domínio subjetivo. Isso possibilita que ela consiga estabelecer relações duais ou com mais objetos (Winnicott, 1971a/1975).

No início de tudo, o amor que a criança tem pela mãe é sem preocupação, sem *concern*. É um amor primitivo no qual não há preocupação com o objeto nem com os possíveis danos causados a ele pela instintividade. Mas, com o amadurecimento e o estabelecimento do *self*, ocorre uma mudança no estatuto do objeto: o bebê se torna capaz de se responsabilizar por suas ações sobre ele, o que dá origem ao medo de perda e/ou destruição do objeto e ao conseqüente sentimento de culpa. Para que esse estágio possa ser integrado à experiência do *self* sem grandes dificuldades, é necessário que a mãe seja capaz de suportar o ódio da criança, seja destruída em fantasia e sobreviva ao ataque. Se a relação for forte o suficiente para suportar ataques, a culpa pode ser integrada de forma natural na criança, sem que seja um sentimento pesado que a leve a ter de dissociar a raiva. Como conseqüência dessa relação forte, o *self* amadurece e pode suportar melhor as angústias de perda, fazer identificações positivas e, no futuro, ter relações verdadeiras, fortes e espontâneas que podem passar por momentos difíceis sem se desfazerem, fortalecendo cada vez mais desse modo o vínculo estabelecido (Winnicott 1971a/1975; 1984a/1999).

Visando maior compreensão sobre as angústias e as outras questões psicológicas entre equipe de saúde, paciente e família em um contexto hospitalar, discute-se uma possibilidade embasada na psicanálise winnicottiana de articulação entre tais membros

por meio da discussão de um estudo de caso. Trata-se do relato de um atendimento como atividade integrante da disciplina de estágio supervisionado em psicologia hospitalar do curso de psicologia da Universidade São Francisco (USF), realizado por um estagiário de psicologia cuja opção de abordagem foi a psicanálise winnicottiana.

## **2) Descrição do caso clínico**

A paciente de 18 anos de idade era amasiada e estava na maternidade em convalescência há dois dias por conta de um parto normal. Durante o atendimento, a jovem encontrava-se acompanhada por uma amiga de longa data e que se tornara familiar pelas contingências do nascimento da criança. A paciente encontrava-se consciente e orientada, mas pouco contatante.

O atendimento teve duração de cerca de 50 minutos, e fora solicitado pela equipe de enfermagem a partir da queixa de problemas familiares. Em um primeiro momento, a paciente estava com vergonha de conversar, e a amiga começou a relatar aos poucos que o filho recém-nascido da paciente era fruto de um relacionamento da paciente com o pai da amiga. Contou ainda que a paciente havia traído o pai durante os nove meses da gestação com seu tio, ou seja, com o irmão do parceiro. No entanto, mesmo o parceiro tendo descoberto sobre seu envolvimento com o irmão, a perdoou. O pai, companheiro da paciente, havia sofrido um acidente vascular cerebral (AVC), o que fez com que a amiga se sentisse profundamente culpada por não estar presente no momento do ocorrido e poder auxiliá-lo. Havia a dificuldade da amiga em expressar e verbalizar a raiva que sentia em relação à paciente, isso porque, apesar da traição, a amiga dizia compreender os motivos da paciente, que na infância era oferecida pela mãe “em troca de pinga” e, sendo assim, não a culpava tanto pela situação.

Questionada sobre a paternidade do filho, a paciente respondeu que havia certeza de que era de seu amasiado, pois só fazia uso de preservativo nas relações sexuais com o irmão dele. Ao ouvir o relato da paciente, a amiga começou a chorar e demonstrar raiva, o que foi evidenciado pelo estagiário. De acordo com a amiga, a situação a fazia sentir raiva e também culpa por não ter percebido antes a traição da paciente com o tio e, além disso, enfatizou que, após o pai ter tido o AVC, ele se tornara objeto de toda a sua atenção.

Nesse momento, o estagiário pontuou que a amiga/enteada havia tomado toda a responsabilidade do pai para si e que tal atitude parecia sobrecarregá-la. Após tal fala, a mesma chorou junto à paciente por aproximadamente 5 minutos. Perguntou-se então se

a paciente gostaria de dizer algo para a amiga, e a paciente pediu desculpas, dizendo que se arrependia do que havia feito e que desejava que a amizade continuasse. A amiga disse que era muito difícil aceitar o bebê, e que, se não fosse filho de seu pai, não o aceitaria, ainda mais sabendo que seu pai estaria em casa chorando e poderia até morrer, nervoso com a situação. Afirmou que iria apoiar e ajudar a paciente como sempre fez, diferentemente dos familiares que a criticaram e se afastaram dela. Após a verbalização dos sentimentos, a dupla começou a falar dos futuros cuidados com o bebê, sinalizando uma possível experiência de lição de objeto completa.

### **3) Discussão**

Por meio desse relato de caso, é possível observar o papel e a importância da psicologia em hospitais, no sentido de favorecer a exposição de sentimentos e estabelecer a comunicação visando uma melhor estruturação familiar (Tonetto & Gomes, 2007). Como a família é o meio no qual o indivíduo interage com pessoas que têm um valor significativo e, portanto, é construtora, mediadora e despertadora de facetas psíquicas conflituosas ou não, faz-se fundamental o atendimento psicológico como um agente poderoso de transformação. Com a presença da família, o psicólogo pode catalisar sua ação, não somente indo ao encontro da problemática do paciente, mas atuando na origem vincular que estabeleceu essa problemática na interação do paciente com seus familiares (Mota, Martins & Veras, 2006).

Contudo, apesar de estar presente, a família pode ou não ser uma boa opção de trabalho conjunto, pois isso depende de uma série de fatores que precisam ser avaliados com cautela e também da situação momentânea do atendimento psicológico. De qualquer maneira, é interessante observar, como no caso relatado, como a atenção do psicólogo estava inicialmente voltada à paciente, da qual não obteve interação até o momento em que a amiga da paciente começa a falar, fazendo com que a atenção dele se voltasse mais para ela e, por fim, para a comunicação da dupla. O *setting* hospitalar exige que o psicólogo se adapte às necessidades que se apresentam, devendo intervir de forma a respeitar o movimento que os envolvidos fazem, sem que ocorra a perda da subjetividade e sem que as intervenções sejam sentidas como invasivas, forçando os sujeitos a uma posição de submissão. O psicólogo se posiciona como um objeto subjetivo necessitado e criado a partir da necessidade do paciente (Safra, 2006).

O favorecimento da verbalização dos sentimentos da dupla remete aos três tempos descritos por Winnicott em “A observação de bebês em uma situação

padronizada” (1958a/2000), situação essa denominada pelo autor de “jogo da espátula”. Podemos observar que, no momento de hesitação, tanto a paciente quanto a amiga hesitaram em falar das problemáticas da família, o que é perfeitamente normal e esperado, já que é necessário sentir que o psicólogo é confiável para poder tratar do que é fundamental. Quando a amiga sente que o psicólogo é confiável, começa a relatar as adversidades da família e seus sentimentos que, inicialmente, não podiam ser expressos e aceitos enquanto tais – assim como ocorre quando a criança pode pegar a espátula e brincar com ela (período de uso). Nesse momento, foi possível ao estagiário reconhecer as angústias e realizar as intervenções necessárias (jogo com a amiga e a paciente). Por fim, quando a angústia é acolhida e aquilo que necessitava ser trabalhado é posto em jogo, agora sob o domínio do eu, a espátula pode ser deixada, ou seja, surge a noção de futuro e a experiência pode ser completada. Pode-se dizer que ambas puderam ter uma experiência completa e, portanto, uma lição de objeto.

Esses três tempos são essenciais e são a base da forma pela qual a natureza humana ocorre. Na medida em que o psicólogo pode abrir caminho para um ambiente que venha a favorecer o aparecimento das questões que angustiam o ser, estas podem ser colocadas em jogo através da fala. Segundo Safra (2006), isso permite a abertura de um espaço potencial no qual é possível intervir, respeitando o gesto que o paciente faz em direção ao seu amadurecimento pessoal. Isso com base em suas facetas singulares, dando-lhe uma assinatura existencial e um viver criativo com a sensação de que a vida vale a pena ser vivida. Além disso, a abertura para o inédito e o constante devir podem ser retomados e o acontecimento do ser pode ser experienciado de forma plena e enriquecedora sem o entrave ambiental que o levou ao estancamento e à impossibilidade de sofrer e amadurecer com tal sofrimento.

Além do aspecto temporal e da forma pela qual ocorreu o atendimento, fica clara a desestruturação da família e seu afastamento da paciente. É certo que essa questão está além dos aspectos anteriormente discutidos por sua complexidade e pelos limites de atuação no contexto hospitalar. Porém, apesar disso, é possível compreender a gravidez da paciente como um estopim para algumas das angústias que já estavam presentes e então puderam emergir. Assim, em certa medida a comunicação foi rompida. Com o atendimento, foi possível reestabelecer uma comunicação entre a paciente e sua amiga de um modo mais livre das ansiedades e angústias implícitas e difíceis de serem vivenciadas, possibilitando, também, outra perspectiva da problemática.

No livro *Privação e delinquência* (1984a/1999), Winnicott coloca a questão da culpa e do estágio de concernimento para além da simples fantasia de destruir o objeto,

ênfatizando a importância desse estágio como fundamental para o estabelecimento seguro do *self* nas relações sem a perda da espontaneidade e da criatividade. No caso descrito, temos uma situação de angústia entre a paciente, a amiga, o pai e o tio, que, além de questões sexuais ou edípicas, envolve ódio, culpa e a possibilidade de uma relação estremecida pela ruptura da confiança. A amiga da paciente se sente traída por esta, mas esse ódio está contido. A paciente, por outro lado, sente-se culpada, mas incapaz de trazer essa culpa à tona. De formas diferentes, as duas hesitam em revelar as angústias da relação. A amiga hesita porque o ódio poderia acabar com a paciente (o objeto), e a paciente porque tem medo de expor suas fraquezas e ser destruída pela amiga.

No entanto, nota-se que, com as angústias sendo vividas, é possível sair do movimento circular que envolve o adoecimento humano e retomar o devir natural com uma relação mais sólida e a esperança renovada. Isso é evidenciado ao final do atendimento, quando a amiga relata que foi a única a ficar ao lado da paciente, já que toda a família a criticara e se afastara. A maior união das duas voltou-se ainda para os cuidados com o bebê que acabara de chegar. De alguma forma, a esperança na relação estava posta e por isso foi possível a vivência de tais angústias (Safra, 2006).

Além disso, com a intervenção terapêutica realizada, o ódio pôde ser liberado e a amiga tomou consciência de que se responsabilizara pelo pai. Seria possível, caso ela viesse a frequentar sessões regulares de análise, tratar aspectos mais profundos de ódio em relação a figuras de referência em seu desenvolvimento, o que provavelmente a faz se responsabilizar na atualidade por situações que não são de sua total responsabilidade, na tentativa de reparar um suposto dano causado por fantasias inconscientes de ódio que tiveram de ser mantidas inconscientes pela incapacidade dessas figuras de suportar serem odiadas, destruídas e sobreviverem a esses ataques. Isso possivelmente possibilitaria que ela, ainda que cuidasse do pai, oferecesse um cuidado real baseado em necessidades reais, mais adaptado e menos custoso emocionalmente.

#### **4) Conclusão**

No atendimento descrito, pôde-se notar a importância de se trabalhar aquilo que é mais emergente e que possibilite um devir mais saudável por parte dos que são atendidos pelo psicólogo no hospital. Quando se faz uso da psicanálise como abordagem no contexto hospitalar, muitos conflitos e possibilidades ficam claros para o analista, mas ele precisa selecionar e trabalhar não só o que está mais próximo à

consciência, mas a problemática que pode ser colocada em jogo naquele momento especificamente. Trazer à tona conflitos mais profundos não possibilitaria que eles fossem elaborados, além de, no pior dos casos, favorecer uma falta de compreensão por parte do analista, o qual dificultaria o vínculo e seria sentido como invasivo por parte dos pacientes atendidos. Assim, é imprescindível o analista estar atento ao gesto que o paciente faz para poder acompanhar seus passos sem impor um caminho e um tempo definidos, retirando-o, assim, de seu desenvolvimento e impedindo os conflitos de serem elaborados. A singularidade do paciente não pode se perder em favor de uma submissão do conteúdo da intervenção antes mesmo de o analista poder ter a capacidade de avistar em seu horizonte psíquico as questões que o atravessam (Safra, 2006).

As teorias de Winnicott tratam das questões da existência e, portanto, são mais básicas e fundamentais do que as da psicanálise freudiana. Enquanto a teoria de Freud trata do desejo, sendo esta uma noção que concebe o ser com um grau de amadurecimento tornando-o capaz de escolher, Winnicott dá um passo atrás, no sentido de que suas noções estão alicerçadas na base da necessidade e de uma imaturidade maior. Inversamente ao desejo, que precisa ser castrado, frustrado e interpretado, as necessidades devem ser satisfeitas e compreendidas para não colocarem o indivíduo sob as ansiedades de morte, despersonalização ou submissão. Metaforicamente, é como querer interpretar a fome de um bebê e não satisfazê-la. Isso não significa que as concepções clássicas devem ser ignoradas, mas utilizadas segundo a necessidade do paciente e alicerçadas no *ethos* humano. Nesse sentido, a teoria de Winnicott vem a sofisticar a psicanálise e torná-la mais eficiente, além de abrir possibilidades de intervenção com grande flexibilidade e adaptação.

## **Referências**

Angerami, V. A. (1984). *Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo no contexto hospitalar*. São Paulo: Traço.

Favilli, M. (2004). Apresentação. In A. Ferrari, *Vida e tempo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Minuchin, S. (1982). *Famílias – funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Monticelli, M. & Boehs, A. E. (2007). A família na unidade de internação hospitalar: entre o informal e o instituído. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(3), 468-477.

Moretto, M. L. T. (2001). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Mota, R. A., Martins, C. G. M. & Veras, R. M. (2006). Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 323-330.

Peres, G. M. & Lopes, A. M. P. (2012). Acompanhamento de pacientes internados e processos de humanização em hospitais gerais. *Psicologia hospitalar*, 10(1), 17-41.

Pessini, L. & Bertachini, L. (2004). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola.

Pinho, L. B. & Kantorski, L. P. (2004). Refletindo sobre o contexto psicossocial de famílias de pacientes internados na unidade de emergência. *Ciencia y Enfermeria*, X(1), 67-77.

Romano, B. W. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Safra, G. (2006). *Análise winnicottiana: teoria e técnica* [DVD]. São Paulo: Sobornost.

Simonetti, A. (2004). *Manual de psicologia hospitalar – o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Tonetto, A. M. & Gomes, W. B. (2007). Competências e habilidades necessárias à prática psicológica hospitalar. *Arquivos brasileiros de psicologia*, 59(1), 38-50.

Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1988).

Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade* (J. O. A. Abreu e V. Nobre, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado 1971a).

Winnicott, D. W. (1999). *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984a).

Winnicott, D. W. (2000). A observação de bebês numa situação padronizada. In D. Winnicott, *Da pediatria a psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958a).