

# MECANISMOS DE DEFESA E ASPECTOS CONTRAREFERENCIAIS DO CUIDADOR: CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE E DA PASTORAL DA SAÚDE

## DEFENSE MECHANISMS AND COUNTER-REFERENTIAL ASPECTS OF THE CAREGIVER: CONTRIBUTIONS FROM PSYCHOANALYSIS AND HEALTH PASTORAL CARE

Rawy Chagas Ramos<sup>1</sup>

**Resumo:** O presente artigo aborda os mecanismos de defesa e os processos de contratransferência que permeiam a experiência do cuidador no contexto hospitalar e pastoral. Com base em referenciais psicanalíticos clássicos e contemporâneos (Freud, Anna Freud, Melanie Klein, Winnicott e Vaillant) e no diálogo com a espiritualidade católica (Koenig e documentos da Pastoral da Saúde), busca-se compreender como essas defesas psíquicas, ainda que inicialmente protetoras, podem comprometer a autenticidade, a saúde mental e espiritual de quem cuida. O estudo apresenta contribuições teóricas e práticas para que o cuidador reconheça suas próprias fragilidades, integre sua dimensão psíquica e

---

<sup>1</sup> Mestre em Filosofia Política pela Universidade Federal de Rondônia – UNIR (2025). Mestre em Direito Canônico pelo Instituto Superior de Direito Canônico do Rio de Janeiro (2018). Pós-graduações: especialista em Aconselhamento e Psicologia Pastoral pela Faculdade Serra Geral – FSG (2023); em Docência em Teologia pela Faculdade Dom Alberto – FAVENI (2023); em Docência do Ensino Superior pelo Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas – FMU (2023); e em Docência e Gestão da Educação a Distância pela Faculdade Focus (2023); em Psicanálise Clínica pela Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo – FAMEESP (2024). Graduado em Teologia pela Escola Teológica da Congregação Beneditina do Brasil (1998) e Bacharel em Teologia pela Faculdade Dehoniana (2016). Formação em Psicanálise Clínica pelo Instituto de Estudos e Desenvolvimento Humano SUPERAH e pelo CETEP (Centro de Estudos de Terapia e Psicanálise). Terapeuta Holístico pelo Instituto Brasileiro de Terapia Holística (IBRATH) e Parapsicólogo pelo Centro Latino-Americano de Parapsicologia (CLAP). Membro do Conselho Internacional de Psicanálise e Terapias Integrativas (CONIPT). Capelão Católico do Hospital Federal de Bonsucesso, Poeta, Músico. E-mail: rhawy-cr@gmail.com Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8499444232725816> ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-9677-7634>.



espiritual e sustente um cuidado ético, compassivo e humanizador. Este trabalho é fruto da experiência pastoral e clínica acumulada no Hospital Federal de Bonsucesso e de uma palestra no Encontro da Pastoral da Saúde da Arquidiocese do Rio de Janeiro.

**Palavras-chave:** Psicanálise. Mecanismos de defesa. Contratransferência; Espiritualidade católica. Pastoral da Saúde. Saúde mental.

**Abstract:** This article investigates the defense mechanisms and countertransference processes inherent in the caregiver's experience in hospital and pastoral settings. Drawing on classical and contemporary psychoanalytic frameworks (Freud, Anna Freud, Melanie Klein, Winnicott, and Vaillant) and the dialogue with Catholic spirituality (Koenig and the Pastoral Care of Health documents), the study aims to understand how these psychic defenses, although initially protective, may undermine the authenticity, mental health, and spiritual well-being of those who care. The paper offers theoretical and practical contributions to help caregivers recognize their own vulnerabilities, integrate their psychic and spiritual dimensions, and sustain an ethical, compassionate, and humanized approach to care. This study originates from pastoral and clinical experiences at the Hospital Federal de Bonsucesso and a lecture delivered at the Health Pastoral Care Meeting of the Archdiocese of Rio de Janeiro.

**Keywords:** Psychoanalysis. Defense mechanisms. Countertransference. Catholic spirituality. Pastoral Care of Health. Mental health.

## INTRODUÇÃO

O cuidado, especialmente no contexto hospitalar e pastoral, constitui um espaço privilegiado de encontro entre fragilidades humanas e exigências éticas, emocionais e espirituais. Cuidadores — profissionais da saúde, agentes pastorais e voluntários — não apenas assistem ao sofrimento físico,



mas também são interpelados por angústias profundas, simbólicas e existenciais que atravessam a cena do cuidado. Nesse cenário, é inevitável que entrem em jogo complexos mecanismos psíquicos de proteção e elaboração, exigindo do cuidador não apenas competências técnicas, mas uma reflexão madura e contínua sobre si mesmo e sobre os vínculos que estabelece com aqueles a quem serve.

Este artigo emerge da experiência pastoral e clínica acumulada em atividades formativas na Capela Nossa Senhora das Graças, no Hospital Federal de Bonsucesso, e da palestra homônima ministrada à Pastoral da Saúde da Arquidiocese do Rio de Janeiro, revelando-se como uma tentativa de articulação rigorosa entre dois saberes que, por vezes, são apresentados como antagônicos: psicanálise e espiritualidade católica. Ao contrário dessa suposta oposição, parte-se aqui da premissa de que tais saberes se complementam no cuidado integral da pessoa humana, promovendo uma compreensão mais profunda tanto da subjetividade do cuidador quanto das exigências ético-espirituais da missão de cuidar.

A proposta deste estudo é, portanto, múltipla e integrada: analisar os principais mecanismos de defesa que emergem no cuidador — compreendendo como operam tanto como proteção quanto como armadilhas psíquicas —; explorar os aspectos contratransferenciais que inevitavelmente atravessam a relação de cuidado e que, quando inconscientes, distorcem o vínculo e comprometem a saúde emocional de quem cuida; e traçar pontes fecundas entre a experiência psicanalítica e a espiritualidade cristã, considerando que o ato de cuidar é também um itinerário interior, um caminho de autoconhecimento, abertura à graça e renovação do sentido.

Por fim, objetiva-se oferecer subsídios teóricos e práticos que possibilitem aos cuidadores manterem-se inteiros, presentes e humanos no exercício de sua missão, resgatando o cuidado como experiência radicalmente humanizadora e espiritual. Em um tempo marcado pela fragmentação e pela sobrecarga emocional, esta reflexão contribui para o desenvolvimento de uma Pastoral da Saúde mais lúcida, ética e compassiva, capaz de acolher não apenas as dores dos enfermos, mas também as vulnerabilidades e necessidades de quem cuida.



## **MECANISMOS DE DEFESA, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVAS PARA O CUIDADO CONTEMPORÂNEO**

A complexidade da experiência humana no sofrimento e no cuidado demanda um olhar que transcenda explicações simplistas e integre dimensões psíquicas, espirituais e sociais. No campo contemporâneo da saúde mental, o diálogo entre psicanálise e espiritualidade não é apenas oportuno, mas epistemologicamente fecundo: ele permite desvelar tanto as defesas inconscientes que estruturam a subjetividade quanto as instâncias simbólicas e transcendentais que sustentam o desejo de sentido (Freud, 1926/1974; Klein, 1957).

Partindo da herança freudiana — que situou os mecanismos de defesa como estratégias do Ego diante dos conflitos intrapsíquicos (Freud, 1926/1974) —, este capítulo propõe examinar a evolução conceitual desses mecanismos, desde a psicanálise clássica até as releituras contemporâneas de Anna Freud (1936) e Vaillant (1993), que sistematizaram e hierarquizaram tais mecanismos, contribuindo para seu entendimento clínico e ético.

Em seguida, ampliaremos a análise ao articular tais mecanismos com o campo da espiritualidade católica e com os achados recentes da área da religião e saúde mental, como enfatizam Koenig (2001) e Moreira-Almeida et al. (2020), que demonstram que práticas religiosas intrínsecas podem contribuir para maior resiliência emocional e enfrentamento saudável de situações de sofrimento.

Este itinerário crítico-analítico tem como premissa que os modos de defesa não operam isoladamente no psiquismo: eles se entrelaçam com representações culturais, com narrativas espirituais e com práticas de cuidado que impactam diretamente a saúde emocional, especialmente no contexto hospitalar e domiciliar, onde agentes de Pastoral da Saúde atuam (CNBB, 2010; Puchalski et al., 2009).

Ao problematizar a medicalização excessiva e o risco de reducionismos psicopatológicos, nossa reflexão procura restaurar a centralidade da escuta singular — aquela que reconhece, no discurso



do sujeito, tanto os movimentos defensivos quanto sua busca por reconhecimento e transcendência (Winnicott, 1965; Puchalski et al., 2014). Trata-se, em última análise, de sustentar o cuidado como um espaço ético, onde inconsciente, alteridade e espiritualidade se encontram para que o sofrimento possa ser acolhido e, eventualmente, simbolizado.

## **Psicanálise Clássica**

A emergência do conceito de mecanismos de defesa constitui uma das contribuições mais originais e decisivas de Sigmund Freud à compreensão da dinâmica psíquica. Desde os primeiros escritos (Freud, 1896/2012; 1905/2010, 2023), Freud identifica que o Ego — instância psíquica mediadora — precisa se proteger das pressões conflituais oriundas dos impulsos pulsionais inconscientes (Id), das exigências normativas internalizadas (Superego) e das demandas impostas pela realidade externa. Essa tríplice tensão obriga o Ego a lançar mão de estratégias de compromisso que não visam eliminar o conflito, mas atenuar seus efeitos conscientes, garantindo um mínimo de equilíbrio funcional ao sujeito.

A sistematização desses mecanismos foi aprofundada por Anna Freud, cuja obra *O Ego e os Mecanismos de Defesa* (1936/1991), se tornou referência fundamental para o campo clínico. Anna Freud descreve e exemplifica modos defensivos como a negação — recusa inconsciente a reconhecer uma realidade dolorosa; a projeção — atribuição ao outro de conteúdos internos inaceitáveis; e a racionalização — elaboração de justificativas plausíveis para condutas motivadas por impulsos inconscientes. Em sua perspectiva, esses mecanismos não são patológicos em si mesmos: sua adequação ou desajuste depende da flexibilidade e da capacidade do Ego de mobilizá-los de forma integrada e adaptativa (Anna Freud, 1936/1991; Vaillant, 1993).

Paralelamente, Melanie Klein propôs um avanço teórico decisivo ao explorar as defesas primitivas que operam desde os primórdios da vida psíquica. Em seu estudo sobre as posições esquizoparanóide e depressiva, Klein (1946-1963/1957) descreve o papel central da identificação



projetiva, mecanismo pelo qual o sujeito expulsa de si partes intoleráveis do self, projetando-as no objeto, e então as controla ou reintegra de maneira parcial e angustiante. Essa concepção permitiu compreender que as defesas não são exclusividade do Ego maduro, mas estão presentes desde as primeiras experiências relacionais e afetivas, implicando tanto as fantasias inconscientes quanto as dinâmicas intersubjetivas.

No contexto hospitalar — e de modo análogo no âmbito pastoral, especialmente na visita aos enfermos em domicílio — essas defesas primitivas ganham relevância singular. Diante da doença, da dor e da ameaça de finitude, tanto pacientes quanto cuidadores podem mobilizar intensamente mecanismos como a negação ou a projeção, produzindo dinâmicas transferenciais complexas (Koenig, 2001; CNBB, 2010). O agente da Pastoral da Saúde, por sua vez, ao se inserir nessa cena, torna-se interlocutor privilegiado de conteúdos que excedem o campo do racional e se inscrevem no território do inconsciente.

A psicanálise clássica, portanto, oferece ao cuidador e ao analista contemporâneo um mapa conceitual robusto para compreender as manifestações defensivas que permeiam o cuidado: desde a negação da gravidade de um diagnóstico até a agressividade projetada no profissional ou no agente pastoral. Mais do que categorizá-las como disfunções, cabe acolher essas defesas como expressões legítimas de um psiquismo confrontado com o sofrimento, desvelando no coração dessas estratégias uma tentativa — por vezes desesperada — de preservação do sujeito diante do insuportável (Winnicott, 1965; Puchalski et al., 2009).

## **Psicanálise Contemporânea**

A psicanálise contemporânea, sem abandonar o núcleo freudiano que estrutura a teoria dos mecanismos de defesa, ampliou e refinou significativamente sua compreensão, incorporando contribuições clínicas e empíricas que respondem às complexidades do sujeito moderno (Winnicott, 1965; Mezzomo, 2010).



Um exemplo notável desse movimento é o trabalho de George Vaillant (1993), cuja proposta de classificação dos mecanismos de defesa em níveis hierárquicos — dos mais imaturos aos mais maduros — conferiu um valor heurístico importante para a clínica contemporânea e para os diálogos interdisciplinares com a psiquiatria e a psicologia do desenvolvimento.

Para Vaillant, os mecanismos denominados maduros, como a sublimação e o altruísmo, favorecem não apenas o equilíbrio intrapsíquico, mas também a adaptação social criativa e ética, sendo frequentemente observados em indivíduos que alcançam resiliência diante de adversidades. Já os mecanismos imaturos, tais como a negação e a projeção, quando predominantes, tendem a fragilizar o funcionamento psíquico, dificultando a relação com a realidade e com o outro, além de comprometer a autenticidade subjetiva.

Donald Winnicott (1965), por sua vez, oferece um deslocamento qualitativo e paradigmático na leitura contemporânea das defesas ao introduzir o conceito de falso self. Para o autor, trata-se de uma estrutura defensiva que se constitui a partir da inadequação ambiental, especialmente nas relações precoces com cuidadores primários, levando o sujeito a construir uma persona ajustada às expectativas externas em detrimento de sua espontaneidade e autenticidade. Essa máscara adaptativa, embora muitas vezes eficaz para sobreviver às pressões do ambiente, opera como defesa patológica quando cristalizada, distanciando o sujeito de seu true self, seu núcleo verdadeiro e criativo.

No campo do cuidado e da Pastoral da Saúde, o conceito de falso self adquire pertinência particular. Cuidadores profissionais e voluntários, pressionados por exigências institucionais, religiosas ou culturais, podem desenvolver um comportamento aparentemente impecável, mas dissociado de sua verdade interior, desgastando-se emocionalmente e, em última instância, comprometendo a qualidade relacional de seu trabalho (CNBB, 2010; Francisco, 2019). Nessa perspectiva, reconhecer a emergência do falso self no cuidador constitui tarefa ética e clínica de primeira ordem, pois a autenticidade do cuidador é condição essencial para que o cuidado oferecido seja verdadeiramente humanizado e acolhedor.

Desse modo, a psicanálise contemporânea não apenas amplia o repertório teórico sobre as



defesas inconscientes, mas também aprofunda a compreensão de sua função na constituição subjetiva e no vínculo intersubjetivo (Anna Freud, 1936; Koenig, 2001). Ao articular os conceitos de Vaillant e Winnicott, este capítulo sugere que o cuidador da saúde e o agente pastoral necessitam de um permanente trabalho reflexivo sobre si mesmos: o manejo consciente dos mecanismos defensivos — tanto os próprios quanto os daqueles a quem cuidam — é, assim, parte indissociável de um cuidado integral, maduro e ético (Ramos, 2025).

### **Espiritualidade na Pastoral da Saúde**

A espiritualidade constitui um eixo estruturante da Pastoral da Saúde e se configura como uma dimensão essencial no cuidado integral, tal como compreendido pela tradição católica (CNBB, 2010). Desde suas origens, a Igreja assumiu a missão de promover não apenas o alívio do sofrimento físico, mas também a restauração da dignidade e da esperança, reconhecendo no enfermo a presença do Cristo sofredor (cf. Mt 25,36b). Assim, o cuidado espiritual não pode ser reduzido a um mero suplemento ético ou a um plus complementar da assistência biomédica; ele é constitutivo de uma antropologia integral, que valoriza a unidade inseparável de corpo, psique e espírito (Catecismo da Igreja Católica, 1999).

O Pontifício Conselho para a Pastoral no Campo da Saúde (1985-2017) tem reiterado, ao longo das últimas décadas, esse compromisso com um cuidado holístico, lembrando que a saúde do ser humano transcende indicadores clínicos e estatísticos e envolve seu horizonte existencial e transcendente. A instituição do Dia Mundial do Enfermo, em 1992, pela iniciativa profética de São João Paulo II, foi um marco desse compromisso, propondo à Igreja e ao mundo uma reflexão constante sobre o valor da vida humana em todas as suas etapas e condições.

Nesse horizonte, a espiritualidade na Pastoral da Saúde encontra seu sentido mais profundo: não como fuga ou compensação religiosa diante da doença, mas como um modo de habitar o sofrimento com sentido e de oferecer ao enfermo um espaço de reconhecimento e escuta, onde o mistério da



dor possa ser acolhido e simbolizado (Rocha, 2015; Congregação para a Doutrina da Fé, 2016). As ações sacramentais — unção dos enfermos, confissão, comunhão eucarística — tornam-se, portanto, mediações concretas do cuidado espiritual, permitindo que o sofrimento não seja apenas suportado, mas ressignificado à luz da fé e da comunhão eclesial (Ferreira et al., 1982; Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé, 1981; Sagrada Congregação para o Culto Divino, 1984; Maggioni et al., 1974).

Do ponto de vista psicanalítico, essa abordagem espiritual assume também uma função reparadora: diante das defesas inconscientes acionadas pelo impacto do adoecimento, o encontro pastoral oferece um continente simbólico capaz de acolher angústias primárias, medos de fragmentação e vivências regressivas que frequentemente emergem no contexto da doença e da hospitalização (Winnicott, 1965).

O agente pastoral, portanto, não apenas presta um serviço religioso, mas ocupa um lugar que se entrecruza com as funções maternas de cuidado e holding descritas por Winnicott, sendo chamado a sustentar, pela presença e pela escuta, a fragilidade radical do sujeito enfermo (Mezzomo, 2010; Ramos, 2024).

Em suma, a espiritualidade na Pastoral da Saúde reafirma que o cuidado não é apenas uma ação técnica, mas um ato profundamente humano e ético, no qual o sofrimento do outro é acolhido como espaço de encontro, transcendência e transformação. Nesse sentido, ela se articula com a psicanálise na busca de oferecer um cuidado que respeite a singularidade subjetiva, reconhecendo que, para além do sintoma, habita no enfermo um desejo de sentido que precisa ser ouvido, acolhido e acompanhado (Puchalski et al., 2009; Koenig, 2001).

## **Religião e Saúde Mental**

As áreas de intersecção entre religião e saúde mental têm se consolidado nas últimas décadas como um campo de investigação relevante e interdisciplinar, ultrapassando preconceitos reducionistas que, por vezes, relegaram a experiência religiosa à esfera da irracionalidade ou do



escapismo (Moreira-Almeida et al., 2020).

Estudos consistentes, como os realizados por Koenig (2001) e colaboradores, demonstram empiricamente que a religiosidade — especialmente quando vivida de forma intrínseca e comunitária — funciona como um fator protetivo importante para a saúde mental. As evidências apontam para a associação entre práticas religiosas e menores índices de depressão, menor risco de suicídio, maior resiliência e uso de estratégias de enfrentamento mais eficazes diante de situações de sofrimento.

Mas a contribuição da religiosidade não se limita a indicadores epidemiológicos. Do ponto de vista subjetivo, a religião oferece uma estrutura simbólica complexa e compartilhada, que permite a elaboração do sofrimento, a atribuição de sentido à dor e a integração de experiências-limite, como o adoecimento e a finitude (João Paulo II, 1984; Congregação para a Doutrina da Fé, 2016; Ramos, 2025).

Os rituais, as narrativas e os espaços comunitários propiciam não apenas suporte social, mas também continência psíquica para angústias primordiais, muitas vezes não simbolizadas. Em outras palavras, a religiosidade constitui um recurso cultural e psíquico que facilita a travessia por estados emocionais críticos, possibilitando ao sujeito não apenas resistir, mas também transformar-se (Oliveira, 2020).

Por outro lado, a psicanálise — mesmo mantendo uma postura crítica quanto à ilusão e aos riscos da alienação religiosa — reconhece que a experiência religiosa mobiliza dimensões inconscientes profundas, ligadas às primeiras experiências de cuidado, dependência e alteridade (Freud, 1926/1974).

Em certos casos, o discurso religioso pode reforçar mecanismos defensivos — como a negação ou a idealização — que precisam ser cuidadosamente considerados no contexto clínico (Winnicott, 1965). Em outros casos, contudo, a fé pode abrir caminhos para a simbolização e para a reinvenção do desejo, servindo como apoio existencial legítimo.

No contexto específico da Pastoral da Saúde, essa relação torna-se ainda mais significativa: ao visitar o enfermo, o agente pastoral testemunha cotidianamente o impacto que a dimensão religiosa exerce sobre a saúde mental, seja como fonte de conforto e esperança, seja como terreno de conflito e



ambivalência (Francisco, 2015).

Portanto, compreender a religião como um fenômeno multidimensional — capaz de operar tanto como defesa quanto como recurso de elaboração — exige do cuidador uma escuta atenta e ética, que respeite a singularidade de cada história de fé, evitando generalizações e instrumentalizações.

Conclui-se que a religião, longe de ser um simples adorno cultural, constitui um pilar estruturante da subjetividade e da saúde mental para grande parte da população mundial (Moreira-Almeida et al., 2020). Integrá-la de maneira crítica e respeitosa ao cuidado psíquico e pastoral é, portanto, uma exigência contemporânea, capaz de enriquecer tanto a prática clínica quanto a atuação pastoral em favor de um cuidado verdadeiramente integral e humanizado (Oliveira, 2020; Puchalski et al., 2014).

## **CONTEXTUALIZAÇÃO DO CUIDAR E SER CUIDADO**

O ato de cuidar é, por definição, relacional: envolve um encontro entre fragilidades e potências, entre o sofrimento do outro e os limites e recursos internos de quem se dispõe a acolhê-lo. Nesse sentido, cuidar e ser cuidado constituem experiências profundamente humanas e, portanto, atravessadas pela complexidade dos afetos, pela estruturação subjetiva e pelas condições socioculturais em que se inserem.

Se, na tradição cristã, o cuidado sempre foi compreendido como expressão da caridade e da misericórdia — um reflexo concreto da presença de Cristo junto aos que sofrem —, no contexto contemporâneo ele se apresenta cada vez mais como um desafio exigente e paradoxal: somos chamados a cuidar em um tempo que frequentemente desumaniza o cuidado e o reduz a procedimentos técnicos ou a resultados mensuráveis.



## **O cuidar hoje: desafios e o cuidador na contemporaneidade**

A contemporaneidade impõe aos cuidadores — sejam profissionais da saúde, voluntários ou agentes pastorais — um acúmulo inédito de papéis e exigências emocionais. No exercício diário do cuidado, há uma tensão permanente entre a escuta compassiva e a velocidade dos protocolos; entre a presença afetiva e a pressão por produtividade; entre a atenção singularizada e a padronização imposta pelos sistemas de saúde (Mezzomo, 2010).

Essa multiplicidade de demandas — físicas, emocionais, espirituais e éticas — expõe o cuidador a situações-limite, tornando-o vulnerável a processos insidiosos de desgaste. O cansaço acumulado, a escassez de recursos e a sobrecarga emocional favorecem o adoecimento psíquico, muitas vezes silencioso e negligenciado. Burnout, somatizações, cinismo emocional e exaustão espiritual tornam-se sintomas de um mal-estar estrutural que desafia não apenas os indivíduos, mas também as próprias instituições de cuidado.

A psicanálise oferece aqui contribuições preciosas, permitindo compreender os mecanismos inconscientes que podem estar em jogo nesse cenário: identificação projetiva com a dor do outro, tendência à idealização do papel de cuidador, compulsão à reparação, e, não raramente, a mobilização de defesas narcísicas para suportar o peso emocional das situações-limite (Winnicott, 1965; Freud, 1926).

Nessa perspectiva, cuidar exige do cuidador não apenas competência técnica e boa vontade, mas também um compromisso permanente com o autoconhecimento e com o manejo de suas próprias angústias e fragilidades — um desafio que, conforme enfatiza Winnicott (1965), só pode ser enfrentado por meio de uma contínua reflexão sobre si e sobre o outro em contextos de vulnerabilidade.

## **Perspectiva espiritual: o cuidado como serviço sacramental**

No horizonte da fé católica, o ato de cuidar transcende a dimensão profissional e adquire uma



densidade espiritual particular: ele se configura como um serviço sacramental, um prolongamento da compaixão de Cristo e da ternura materna de Maria (Boff, 1973;2007; CNBB, 1977). Cada gesto compassivo — do toque à escuta silenciosa, da visita ao enfermo ao simples oferecimento de presença — torna-se sinal visível da misericórdia divina que se faz próxima do sofrimento humano (Catecismo da Igreja Católica, 1999; Eliade, 1996; Didoné, 1986).

No entanto, essa espiritualidade do cuidado não está isenta de armadilhas. Barreto (2005) e Barchifontaine (1996) alertam para o risco do cuidado movido por um idealismo altruísta desmedido, que pode levar ao sacrifício de si e à exaustão psíquica. Esse “falso altruísmo” — quando não permeado pela graça espiritual — transforma o cuidado em fardo alienante, com prejuízo para o cuidador e para o cuidado oferecido (Vaillant, 1977/1993; Winnicott, 1965).

A tradição espiritual católica oferece critérios valiosos para enfrentar esse desafio: a oração pessoal como espaço de recomposição interior; os sacramentos como fontes de graça e restauração (Ferreira et al., 1982; Congregação para o Culto Divino, 1984); o discernimento comunitário como antídoto contra a solidão e o isolamento do cuidador. Trata-se, em suma, de reconhecer que para cuidar autenticamente é preciso também deixar-se cuidar — por Deus, pela comunidade e pelo próprio ritmo interior.

Neste tempo marcado pela aceleração e pela multiplicação de demandas, a Pastoral da Saúde é interpelada a assumir uma dupla responsabilidade: cuidar do enfermo e cuidar do cuidador, promovendo espaços de escuta, formação e apoio que possibilitem sustentar o cuidado como ato humanizador e espiritual (Costa, 2018; Congregação para a Doutrina da Fé, 1986). Afinal, como recorda o Evangelho: “Estive enfermo e me visitastes” (Mt 25,36) — mas esse chamado à visita e à presença supõe que o próprio cuidador esteja inteiro, pacificado e disponível — corpo, alma e espírito —, sob pena de transferir suas próprias carências no serviço pastoral (Boff, 2007; Catecismo da Igreja Católica, 1999).



## MECANISMOS DE DEFESA NO CUIDADOR

A experiência de cuidar, com sua carga intensa de exigências emocionais, éticas e práticas, confronta inevitavelmente o cuidador com limites próprios e alheios. Diante dessa experiência-limite, é natural que surjam mecanismos psíquicos destinados a proteger o Ego do excesso de sofrimento. A psicanálise ensina que os mecanismos de defesa são estratégias inconscientes que têm como função precípua modular e atenuar angústias, impedindo que conteúdos ameaçadores invadam a consciência de forma desorganizadora. No entanto, se mobilizados de maneira rígida e reiterada, esses mecanismos, que deveriam sustentar o equilíbrio psíquico, podem aprisionar o sujeito em uma dinâmica defensiva patológica, distorcendo a realidade, dificultando o autocuidado e saturando emocionalmente aquele que cuida.

A origem teórica desses conceitos remonta a Freud, como vimos no item 1.1, que descreveu as defesas como dispositivos internos acionados na tensão entre Id, Ego e Superego — dinâmica na qual desejos pulsionais inconciliáveis e exigências morais conflitantes ameaçam a estabilidade psíquica (Freud, 1894, 1926). Anna Freud (1936) aprofundou essa compreensão, sistematizando os mecanismos de defesa e atribuindo-lhes um papel adaptativo fundamental, desde que utilizados com flexibilidade. Melanie Klein, por sua vez, destacou os mecanismos primitivos, presentes desde a infância, os quais assumem relevância particular nas situações regressivas associadas ao sofrimento e à dependência, como ocorre no ambiente hospitalar e pastoral.

Entre os mecanismos clássicos, destacam-se a negação, a projeção, a formação reativa e a racionalização, todos frequentemente identificáveis na prática do cuidado. O cuidador, ao mobilizá-los inconscientemente, tanto pode preservar sua saúde psíquica quanto — se os exagerar — comprometer sua capacidade de presença genuína, empatia e discernimento.



## **Idealização Extrema (“santo sem limites”)**

A idealização extrema frequentemente se manifesta no campo do cuidado como a crença inconsciente de que o cuidador deve ser perfeito, sempre disponível e imune à fadiga. Essa posição pode estar enraizada em um mecanismo de formação reativa, no qual o sujeito reage de forma oposta ao que realmente sente — mascarando fragilidade, medo ou insegurança por meio de um perfeccionismo rígido (Freud, 1926/1974; Anna Freud, 1936/1991).

Além disso, opera aqui uma negação parcial: ao recusar-se a admitir limitações humanas, o cuidador constrói uma autoimagem “infalível”, que rapidamente se transforma em fonte de culpa e frustração quando o inevitável erro ou cansaço surge, conforme aponta Vaillant (1977/1993). Este “jugador interno impiedoso” é alimentado por exigências idealizadas e expectativas irrealistas: “Se falhei uma vez, falhei por completo”, como observa Winnicott (1965), quando descreve o falso self como uma máscara adaptativa moldada para corresponder a demandas externas, mas que distorce a espontaneidade genuína e sufoca a individualidade do cuidador.

A psicanálise adverte que, ao adotar essa posição, o cuidador não apenas se afasta de sua autenticidade, mas compromete a qualidade relacional de seu serviço, pois se torna menos sensível à complexidade e à ambivalência da experiência humana — inclusive a sua própria.

A tradição espiritual católica também alerta para essa armadilha: segundo Boff (2007), a santidade verdadeira não se confunde com perfeccionismo, mas é feita de humanidade reconciliada, consciente dos próprios limites e vulnerabilidades. Portanto, a adoção dessa posição idealizada implica não apenas o afastamento da autenticidade pessoal, mas também o comprometimento da qualidade relacional do serviço prestado, pois reduz a sensibilidade do cuidador à complexidade e ambivalência da condição humana — inclusive a sua própria (CNBB, 2010; Oliveira, 2020).



## **Negação da Vulnerabilidade**

Outro mecanismo prevalente é a negação da vulnerabilidade: recusar-se a reconhecer sinais de cansaço físico, esgotamento emocional ou sofrimento psíquico, sustentando a ilusão de invulnerabilidade. Conforme a classificação de Vaillant (1977/1993), trata-se de um mecanismo de defesa de nível intermediário: adaptativo em certas circunstâncias, mas prejudicial quando cronicamente acionado.

Expressões como “está tudo bem” ou “eu aguento” escondem o colapso iminente, criando uma blindagem psíquica que impede o cuidador de buscar ajuda e de praticar o autocuidado necessário à sua saúde emocional e espiritual. Essa forma de defesa muitas vezes é reforçada pela cultura institucional e religiosa que, paradoxalmente, como observa Bento XVI (2007), idealiza o cuidador como “servo incansável”, sem considerar sua humanidade concreta e suas necessidades próprias.

Além disso, do ponto de vista psicanalítico, Freud (1926/1974) já apontava que a negação opera como uma tentativa do ego de se proteger de realidades dolorosas, ainda que ao custo de um afastamento da autenticidade psíquica. Na Pastoral da Saúde, essa tendência pode ser agravada por expectativas institucionais e por uma concepção espiritual que valoriza o sacrifício extremo, mas que, sem discernimento, arrisca-se a promover um ideal desumanizador (CNBB, 2010; Francisco, 2015).

Portanto, reconhecer a negação como uma defesa legítima, mas insuficiente, constitui um passo essencial para resgatar o equilíbrio emocional do cuidador, integrando limites humanos e espiritualidade de forma saudável (Cantalamesa, 1993; Mezzomo, 2010).

## **Deslocamentos de Culpa e Racionalização**

Em situações de alta tensão emocional, o cuidador pode recorrer ao deslocamento de culpa, transferindo sua frustração para pacientes, familiares ou colegas. Essa defesa, conforme Freud (1926/1974), emerge como estratégia inconsciente de proteção do ego diante de conflitos



intrapíquicos insuportáveis. Ou seja, essa defesa inconsciente alivia temporariamente a angústia interna, mas compromete o vínculo interpessoal, instaurando relações marcadas pela hostilidade velada e ressentimento.

A racionalização, por sua vez, permite justificar decisões e comportamentos que, no fundo, decorrem da exaustão ou da desconexão emocional: “É minha missão, não importa o custo”, diz o cuidador, ocultando o sofrimento que tal atitude lhe provoca. Embora essa defesa ofereça uma narrativa lógica e coerente, ela impede o cuidador de reconhecer o verdadeiro impacto psíquico do trabalho e dificulta o exercício reflexivo sobre seus próprios limites.

Essa reflexão é reforçada pela Pastoral da Saúde, que reconhece, segundo a CNBB (2010), que o verdadeiro cuidado exige presença consciente e não apenas o cumprimento acrítico de deveres, evitando que a racionalização se torne uma armadilha que desumaniza tanto quem cuida quanto quem é cuidado.

### **Identificação Projetiva**

A partir da leitura kleiniana (1957), compreende-se que o cuidador pode projetar no paciente ou na família sentimentos indesejados — medo, raiva, impotência — e, em seguida, atuar sobre eles na relação assistencial. A identificação projetiva não apenas descarrega afetos intoleráveis no outro, mas também molda o comportamento deste, reforçando um ciclo relacional disfuncional. Assim, um cuidador que projeta sua raiva inconsciente no paciente pode interpretar suas reações como hostis, respondendo de forma defensiva e confirmando sua expectativa inicial. Como Winnicott (1965) adverte, essas dinâmicas transferenciais e contratransferenciais não são apenas inevitáveis no campo assistencial, mas exigem do cuidador maturidade emocional e capacidade reflexiva para reconhecê-las e manejá-las.

Essa dinâmica insidiosa demonstra como o campo do cuidado é também um espaço intersubjetivo permeado por transferências e contratransferências, exigindo do cuidador maturidade



psíquica e disponibilidade reflexiva para identificar e manejar as projeções inconscientes que surgem na interação com o sofrimento alheio.

Do ponto de vista pastoral, essa consciência psicanalítica é fundamental para evitar que o cuidado perca sua dimensão de acolhimento autêntico e compassivo. O cuidador precisa perceber quando está se distanciando da escuta genuína, como propõe Francisco (2015), para que a relação de cuidado permaneça num espaço ético e humanizador.

### **Formação reativa: excesso de zelo como defesa**

Por fim, a formação reativa pode levar o cuidador a agir de forma excessivamente zelosa, controladora ou intrusiva como modo de mascarar sua própria fragilidade. Ao cuidar “com excesso”, o cuidador, paradoxalmente, afasta-se da real necessidade do outro, substituindo a empatia genuína por uma performance defensiva que tranquiliza sua própria insegurança interna (Anna Freud, 1936).

Embora esse comportamento frequentemente seja socialmente valorizado — sendo interpretado como dedicação ou generosidade —, ele denuncia um distanciamento do self verdadeiro e produz, a longo prazo, desgaste emocional e dificuldade de escuta autêntica (Winnicott, 1965).

No contexto da Pastoral da Saúde, essa lógica é igualmente perigosa. Como orienta a CNBB (2010), cuidar com integridade requer que o cuidador esteja consciente de seus próprios limites e necessidades, preservando sua saúde psíquica e espiritual para que sua presença junto ao enfermo seja, de fato, humanizadora e ética.

Em síntese, a psicanálise oferece ao cuidador ferramentas valiosas para reconhecer seus próprios mecanismos de defesa, gerando autoconsciência e flexibilidade psíquica (Vaillant, 1977/1993). Quando não identificados, tais mecanismos tornam-se verdadeiras armadilhas emocionais: distorcem a percepção da realidade, impedem o autocuidado e fragilizam a capacidade de presença amorosa. Para que o cuidar seja fonte de vida e não de exaustão, o cuidador precisa, antes de tudo, aceitar ser cuidador também de si mesmo — um princípio que a espiritualidade cristã igualmente valoriza, ao



lembrar que é preciso “amar o próximo como a si mesmo” (Mc 12,31), o que inclui cuidar-se para melhor cuidar.

## **ASPECTOS CONTRATRANSFERENCIAIS: O LADO SOMBRIO DO CUIDADO**

A contratransferência é a sombra inevitável de quem cuida — e apenas quem ilumina suas próprias sombras pode oferecer ao outro uma presença verdadeiramente livre e compassiva.

A contratransferência é, por assim dizer, a penumbra inevitável no território de quem cuida: ela se insinua de forma sutil, surge sem pedir licença e, quando ignorada, distorce o que deveria ser cuidado livre, ético e compassivo. A contratransferência é o espelho onde o cuidador vê, não o paciente, mas a si mesmo — ainda que muitas vezes sem perceber.

A psicanálise nos dá a chave para entender este fenômeno: a transferência é quando o paciente projeta sobre o cuidador os afetos antigos, inconscientes, vindos de sua própria história — memórias emocionais não resolvidas, carências, idealizações, rejeições. A contratransferência, por sua vez, é a resposta emocional inconsciente do cuidador diante desse material projetado.

Dito de outro modo: enquanto a transferência é a bagagem emocional que o paciente traz, a contratransferência é a bagagem que o cuidador carrega — e que, muitas vezes, deposita inadvertidamente no campo da relação.

### **Definição e distinção: transferência e contratransferência**

O encontro entre cuidador e paciente pode ser compreendido, à luz da teoria psicanalítica, como um “palco invisível” no qual conteúdos emocionais inconscientes são encenados (Freud, 1920). A transferência corresponde à projeção, pelo paciente, de afetos, expectativas e conflitos oriundos de sua história relacional passada sobre a figura do cuidador. Assim, o paciente passa a perceber o cuidador como se fosse alguém significativo de seu passado (Winnicott, 1965).



Por sua vez, a contratransferência representa o conjunto de reações emocionais inconscientes que o cuidador experimenta frente a essas projeções transferenciais. Como explica Martin (1993), trata-se de uma resposta que mistura elementos da história emocional do cuidador com as solicitações afetivas que o paciente mobiliza nele, sendo, portanto, inevitável e, ao mesmo tempo, potencialmente produtiva ou prejudicial para o vínculo assistencial.

### **Contratransferência positiva e negativa**

A contratransferência se manifesta em duas vertentes principais. A contratransferência positiva surge quando o cuidador sente forte identificação afetiva com o paciente, o que pode levar a uma dedicação excessiva, perda de limites profissionais e confusão entre cuidado e fusão emocional (Vaillant, 1977/1993). Esse movimento, embora inicialmente pareça “generoso”, tende a comprometer a objetividade do cuidado, fragilizando tanto o cuidador quanto o paciente.

Já a contratransferência negativa ocorre quando sentimentos de irritação, desinteresse ou repulsa emergem no cuidador sem que ele compreenda exatamente sua origem. Koenig (2001) observa que, se não reconhecidas, essas reações tornam o cuidado mecânico e distante, esvaziando a relação de empatia e comprometendo a qualidade da assistência.

Ambas as formas, positiva ou negativa, quando não elaboradas, geram desgaste emocional e podem transformar a prática assistencial em um espaço de sofrimento não apenas para quem é cuidado, mas para quem cuida (Mezzomo, 2010). Como lembra Winnicott (1965), cuidar pressupõe um cuidador suficientemente presente e capaz de distinguir o que lhe pertence e o que pertence ao outro — condição essencial para preservar o espaço potencial do encontro terapêutico e pastoral.

### **Exemplo comum no trabalho pastoral e hospitalar**

Cenas como aquela em que um paciente hospitalizado evoca no cuidador a memória de



figuras significativas de sua própria história — um pai distante, uma mãe frágil ou um filho perdido — são emblemáticas da complexidade da contratransferência (Winnicott, 1965). Como apontam Bertechini e Pessini (2011), tais processos atuam no inconsciente do cuidador e frequentemente escapam à percepção imediata, tornando-se determinantes ocultos da forma como ele se envolve no cuidado.

Esse fenômeno não apenas interfere na qualidade da presença oferecida, mas também tende a ser reforçado pela intensidade emocional típica dos contextos hospitalares e pastorais (Martin, 1993). Diante disso, autores como Vaillant (1977/1993) recomendam a prática constante de supervisão e reflexão clínica como instrumentos indispensáveis para ajudar o cuidador a reconhecer e elaborar as emoções despertadas pela relação de cuidado.

### **Quando o cuidador assume o peso existencial do outro**

O desafio se aprofunda quando o cuidador ultrapassa os limites éticos e emocionais de sua função, assumindo para si a responsabilidade de aliviar não apenas a dor física, mas também o sofrimento existencial profundo do paciente. Segundo João Paulo II (1984), a missão cristã no cuidado consiste em caminhar com o outro, e não em substituí-lo na travessia de sua dor.

No campo psicanalítico, Winnicott (1965) esclarece que a confusão de fronteiras psíquicas entre cuidador e paciente impede a constituição de um ambiente seguro e favorece a exaustão emocional de quem cuida. Ademais, Koenig (2001) alerta que, quando o cuidador se identifica de maneira excessiva com o sofrimento alheio, perde a objetividade necessária para oferecer um cuidado equilibrado e compassivo.

Portanto, a ética do cuidado, tanto pastoral quanto clínica, exige que o cuidador reconheça seus próprios limites e aceite que seu papel é o de acompanhante lúcido e solidário, e não de “salvador absoluto”. É nesse reconhecimento humilde que reside a possibilidade de um cuidado integral, que respeita a alteridade do paciente e protege a saúde emocional e espiritual de quem cuida (CNBB,



2010; Mezzomo, 2010).

## **PROFANO E SAGRADO NO ATO DE CUIDAR**

Cuidar é caminhar sobre a linha invisível que une o chão e o céu; o cuidador cristão não apenas toca feridas — ele celebra, com cada gesto, a liturgia do encontro.

Com efeito, o cuidado é um limiar, uma linha tênue onde o cotidiano e o transcendente se encontram. Ele é ao mesmo tempo chão e céu, gesto e sacramento, suor e graça. O cuidador habita essa fronteira com os pés descalços sobre o solo duro da realidade e os olhos erguidos para a altura do mistério.

No hospital, no lar ou na pastoral, a cena se repete: mãos que limpam feridas, palavras que acolhem gemidos, silêncios que suportam lágrimas. Tudo isso pertence ao “profano”, no sentido de ser cotidiano, concreto, sujeito à contingência e à imperfeição. Mas, ao mesmo tempo, cada um desses gestos é potencialmente “sagrado” — porque toca o que há de mais vulnerável e precioso no outro: a sua dignidade ferida, sua alma exposta, sua humanidade nua.

Aqui se revela uma verdade que une psicanálise e espiritualidade: todo cuidado verdadeiro é também um espaço de humanização. O hospital, com suas rotinas rigorosas e tecnologia sofisticada, pode tornar-se um ambiente árido e impessoal. E é o cuidador — com seu olhar atento, seu toque delicado, sua presença inteira — que devolve calor humano àquele espaço.

Como dizia Winnicott, o cuidado suficientemente bom não é apenas ação técnica; ele é ambiente, presença e continência. E quando esse cuidado é iluminado pela espiritualidade cristã, ele se torna ainda mais: um prolongamento silencioso e concreto da própria liturgia eucarística.

### **O cuidado como espaço de humanização**

O ambiente hospitalar contemporâneo, por sua natureza técnica e acelerada, tende a obscurecer



a dimensão subjetiva e relacional do cuidado. Como ressalta Mezzomo (2010), a humanização hospitalar requer que o cuidador devolva calor e dignidade ao espaço institucional, tornando-o um lugar de acolhimento e respeito à vulnerabilidade do paciente. É nesse contexto que Winnicott (1965) contribui com a ideia de cuidado suficientemente bom: um ambiente de holding onde o sujeito possa existir sem invasões, reconhecido em sua inteireza e particularidade.

A tradição espiritual cristã, segundo João Paulo II (1984), complementa essa compreensão afirmando que cuidar não é apenas uma função técnica, mas uma resposta à presença de Cristo no sofredor, exigindo do cuidador um olhar que reconheça no outro um irmão, um corpo sagrado, digno de escuta e ternura. O Catecismo da Igreja Católica (1999) reforça que o ser humano deve ser acolhido integralmente, em sua unidade de corpo, psique e espírito.

Assim, acolher a dor é acolher o sujeito que sofre; e acolher o sujeito é, em última análise, humanizar o espaço hospitalar, transformando-o de lugar frio e funcional em espaço de encontro e cuidado autêntico.

### **O cuidado como gesto sacramental**

Diante do sofrimento, o cuidador cristão católico reconhece que não apenas um corpo ferido está diante dele, mas um sujeito portador de uma história e de uma interioridade única (CNBB, 1977; CNBB, 2010). A escuta psicanalítica, como mostra Winnicott (1965), convida o cuidador a perceber essas camadas ocultas e subjetivas, enquanto a fé católica chama a acolhê-las com reverência, transformando o cuidado em gesto sacramental.

Bertechini e Pessini (2011) destacam que cada gesto de cuidado no contexto hospitalar — da higiene pessoal ao simples ato de presença silenciosa — pode adquirir significado transcendente, tornando-se expressão da compaixão divina. O Catecismo (1999) e a reflexão pastoral da CNBB (2010) apontam para a sacramentalidade da presença compassiva, onde a assistência aos enfermos torna-se prolongamento da Eucaristia e manifestação concreta da misericórdia de Cristo.



Portanto, quando o cuidador se faz próximo com ternura e disponibilidade, ele não apenas executa um serviço técnico: ele participa de um ato litúrgico discreto, onde o tempo cronológico se transforma em tempo kairótico, isto é, tempo de Deus, em que o encontro com o sofrimento alheio adquire sentido salvífico (Clément, 1998; João Paulo II, 1984).

### **Humanizar o ambiente e cuidar de quem cuida**

O cuidador, ao ocupar o espaço simbólico entre o profano e o sagrado, está sempre exposto ao risco de se perder de si mesmo, como alerta Winnicott (1965), ao descrever os perigos do falso self: aquele que, para corresponder às expectativas externas, sacrifica sua autenticidade e espontaneidade interior. Essa tendência torna-se ainda mais acentuada no contexto pastoral e hospitalar, onde o ideal do serviço abnegado pode obscurecer as próprias necessidades do cuidador.

Como observa Francisco (2015), cuidar do outro exige que se cuide também de si, em um equilíbrio necessário entre disponibilidade e preservação interior. A tradição espiritual católica, refletida no Catecismo da Igreja Católica (1999) e nas Diretrizes da Pastoral da Saúde da CNBB (2010), enfatiza a importância de espaços de silêncio, contemplação e partilha comunitária para que o cuidador se recomponha, evitando que se torne um “recipiente vazio”, presente no gesto, mas ausente no coração.

Bertechini e Pessini (2011) também ressaltam que não há cuidado ético e compassivo que possa ser sustentado sem que o próprio cuidador seja alvo de cuidado integral — físico, emocional e espiritual. Por isso, práticas como oração pessoal, vida sacramental e apoio fraterno tornam-se indispensáveis para a saúde integral daquele que serve.

Cuidar, portanto, é arte e vocação: arte de sustentar a humanidade no outro sem perder a própria, e vocação de caminhar no entre-lugar do humano e do divino, reconhecendo que é nesse espaço liminar que Deus mesmo se faz presença viva (Clément, 1998; João Paulo II, 1984). Enfim, cuidar é caminhar sobre a linha tênue que separa e une o profano e o sagrado, sabendo que é ali, nesse



entre-lugar, que Deus se faz presente.

## **ESTRUTURAS PSÍQUICAS E ESPIRITUAIS DO CUIDADOR**

O falso self faz do cuidador um ator cansado; o coração cuidado faz dele um instrumento vivo de Deus.

O cuidador é, por vocação, aquele que se oferece: suas mãos, seu tempo, sua escuta, sua compaixão. Mas há um perigo sutil que ronda justamente aqueles que se doam demais: a tentação de vestir uma armadura emocional, esconder-se atrás de uma máscara de invulnerabilidade e, com isso, silenciar suas próprias necessidades internas.

Essa máscara foi conceituada de modo magistral por Winnicott como o “falso self”: não é apenas uma proteção, mas uma estrutura psíquica construída para corresponder às expectativas externas, ao custo de sufocar o verdadeiro Eu. Isso se dá quando o cuidador começa a funcionar mais no seu papel de cuidador do que como pessoa cuidadora.

A tradição espiritual cristã, no entanto, oferece um contraponto precioso: ela nos lembra que o coração humano é morada, não máscara. É lugar de encontro com Deus, não espaço de encenação.

### **O ego do cuidador e o “falso self”**

Diante de pressões emocionais constantes — exigências institucionais, sofrimento alheio, olhar social que espera “força e abnegação” — o cuidador pode, sem perceber, construir um falso self: um personagem que sabe sorrir mesmo exausto, que atende sem reclamar mesmo ferido, que permanece disponível mesmo quando está vazio.

Essa estrutura defensiva que, à primeira vista, parece assegurar eficiência e estabilidade emocional, revela-se, no longo prazo, como um cárcere emocional: o cuidador transforma-se em um “robô compassivo”, ausente de si mesmo enquanto executa sua função (Vaillant, 1993). O Catecismo



da Igreja Católica (1999) e Francisco (2015) lembram que esse risco se agrava em contextos onde o ideal altruísta é supervalorizado sem a devida atenção ao limite e à fragilidade humana.

Reconhecer e acolher a própria vulnerabilidade torna-se, portanto, não apenas um imperativo ético, mas uma exigência clínica e espiritual. Como defendem Bertechini e Pessini (2011), aceitar que não é possível atender a todos, admitir o próprio cansaço e angústia, longe de fragilizar o cuidador, humaniza sua prática e fortalece sua presença junto ao outro.

### **A alma do cuidador como lugar de encontro com Deus**

Se, como revela a psicanálise, a experiência do falso self aprisiona o cuidador em um papel rígido e desumanizado, a tradição espiritual católica oferece um caminho de retorno: voltar-se ao coração como espaço de encontro com Deus, conforme ensina Santo Agostinho — “Volta para teu coração... ali está Deus” (cf. Catecismo da Igreja Católica, 1999).

Essa perspectiva é reiterada pela Pastoral da Saúde, que entende que o cuidador precisa de tempo e espaço interior para reabastecer-se espiritualmente e encontrar sentido renovado para o serviço que presta (CNBB, 2010). Cuidar-se psicologicamente e espiritualmente não é luxo ou vaidade, mas condição essencial para sustentar um cuidado ético e compassivo no longo prazo (Mezzomo, 2010).

Ao reconhecer sua vulnerabilidade e permitir-se ser cuidado, o cuidador torna-se mais compassivo e presente, evitando que o zelo se transforme em exaustão silenciosa. Como recorda Bento XVI (2007), apenas quem se deixa cuidar pela graça e pela comunidade pode permanecer inteiro no serviço à vida e à dignidade humana.

### **ESTRATÉGIAS DE AUTOCUIDADO: UM ATO DE CORAGEM E SABEDORIA**

Cuidar de si é o primeiro ato de amor pastoral: sem silêncio interior, o gesto cansa; sem



oração, a presença esvazia; sem limites, o amor adocece. Logo, cuidar de si é o primeiro passo para cuidar bem do outro.

Autocuidar-se não é egoísmo — é fidelidade à missão. Afinal, ninguém pode oferecer água fresca com o cântaro vazio. O cuidador precisa nutrir-se interiormente para poder ser presença plena, livre e compassiva.

A sabedoria clínica e espiritual converge aqui: o cuidador é chamado a reconhecer seus próprios limites e necessidades para sustentar o cuidado com autenticidade.

### **Práticas psicanalíticas para o cuidador**

A psicanálise, enquanto método de escuta e elaboração interior, oferece instrumentos valiosos para que o cuidador desenvolva autoconhecimento e maturidade emocional (Freud, 1926; Winnicott, 1965). Supervisão e análise pessoal constituem espaços essenciais, permitindo examinar emoções profundas, mecanismos de defesa e contratransferências que atravessam sua prática — em um ambiente de liberdade e acolhimento (Vaillant, 1993).

Refletir sobre os próprios limites é indispensável. O cuidador que assume uma postura onipotente, acreditando que deve atender a tudo e a todos sem descanso, arrisca-se a cair na exaustão emocional e no ressentimento (Mezzomo, 2010). Reconhecer que “ninguém pode dar o que não tem” é um princípio que protege tanto o cuidador quanto aqueles a quem ele serve, preservando a qualidade da relação assistencial (Koenig, 2001). A identificação de padrões contratransferenciais também é uma prática necessária: aprender a reconhecer quando determinadas emoções surgem não apenas do outro, mas do impacto emocional que ele provoca, permite ao cuidador manter-se lúcido e presente, sem distorcer o vínculo (Klein, 1957). Como afirmam estudiosos da saúde mental e espiritualidade, o equilíbrio emocional é condição para oferecer um cuidado integral e compassivo (Puchalski et al., 2009).



## **Práticas espirituais católicas**

A espiritualidade não é um acessório, mas fonte de sentido e sustentação profunda na vida do cuidador cristão (CNBB, 2010). A oração diária oferece alimento e repouso interior, permitindo ao cuidador respirar e reencontrar-se com o Deus que habita sua própria história (Bento XVI, 2007).

A participação na Eucaristia nutre espiritualmente, renovando o chamado à missão com vigor e autenticidade (Ferreira et al., 1982). A leitura orante da Palavra de Deus revela-se fonte de inspiração e discernimento frente às complexidades do sofrimento humano (Catecismo da Igreja Católica, 1999).

O Sacramento da Reconciliação tem lugar central como espaço de purificação e libertação interior, restaurando o cuidador das culpas mal elaboradas que surgem quando sua humanidade se depara com limites intransponíveis (João Paulo II, 1984). Como sublinha Francisco (2015), cuidar de si espiritualmente permite que o cuidador atue com misericórdia verdadeira, não a partir de exigências heroicas, mas com autenticidade, simplicidade e liberdade interior.

## **Comunidade e suporte afetivo**

O cuidador precisa de irmãos e irmãs na fé e de espaços comunitários para partilhar suas dores e alegrias sem máscaras, sendo acolhido com genuína hospitalidade (CNBB, 2010). A vida comunitária não é mero contexto, mas verdadeira fonte de fortalecimento emocional e espiritual (Romer, 1973). Práticas como grupos de pastoral, rodas de partilha fraterna e iniciativas como a terapia comunitária — conforme propõe Barreto (2005) — oferecem suporte afetivo indispensável à saúde emocional e espiritual de quem cuida, prevenindo o isolamento e a exaustão silenciosa.

Naperspectivapastoral,essesespacostambémpromovemdiscernimentoecorresponsabilidade, permitindo que o cuidador reconheça seus próprios limites e acolha sua vulnerabilidade sem culpa



(Moreira-Almeida et al., 2020). Como sublinha a espiritualidade católica, a fraternidade é um dom que transforma a missão de cuidar em experiência partilhada e solidária (Ferreira et al., 1982).

### **Autocuidado integral: práticas sugeridas**

A prática do autocuidado integral exige articulação entre saúde mental, espiritualidade e comunidade (Puchalski et al., 2009). A psicanálise e a supervisão clínica são ferramentas para refletir continuamente sobre defesas e contratransferência, ajudando o cuidador a manter-se consciente de suas motivações e reações emocionais (Freud, 1926/1974; Winnicott, 1965).

A consciência de limites e o cultivo da autocompaixão também são fundamentais: aceitar-se como humano, imperfeito e vulnerável sem culpa excessiva é um gesto de sabedoria e maturidade emocional (Vaillant, 1993).

As práticas espirituais — oração, participação na Eucaristia, confissão e leitura orante — oferecem alimento para a alma e renovação interior, permitindo que o cuidador não apenas atue com dedicação, mas sirva com alegria e liberdade (Catecismo da Igreja Católica, 1999; Francisco, 2015).

Por fim, a inserção em comunidades e espaços de partilha — como grupos de pastoral e encontros fraternos — fortalece o coração do cuidador, ajudando-o a permanecer inteiro e compassivo na missão (CNBB, 2010). Essa integração entre práticas clínicas, espirituais e comunitárias torna possível sustentar o cuidado como serviço profundamente humanizador e santificador (Pew Research Center, 2025).

## **PSICANÁLISE E ESPIRITUALIDADE A SERVIÇO DA PASTORAL DA SAÚDE: INTEGRAÇÃO QUE LIBERTA**

A integração entre psicanálise e espiritualidade favorece um cuidado humanizado e sustentável. Enquanto os mecanismos de defesa podem proteger temporariamente o cuidador, sem



autoconsciência, eles tornam-se prejudiciais. Da mesma forma, a fé fortalece resiliência, mas exige que o cuidador cuide de si para servir com generosidade.

Aqui, precisamos superar falsas dicotomias: psicanálise e espiritualidade católica não são antagônicas, esse é um equívoco que deve ser definitivamente superado. Ambas, quando compreendidas em sua profundidade, compartilham o mesmo horizonte: ajudam o cuidador a compreender sua humanidade, reconhecer seus limites, aceitar suas fragilidades, vulnerabilidades e, a partir daí, oferecer um cuidado mais livre, genuíno e compassivo.

Deveras, a psicanálise revela os labirintos da alma; a espiritualidade cristã, por sua vez, aponta a presença de Deus nesses mesmos labirintos. Juntas, elas não competem— elas se completam.

### **Humanizar sem perder a dimensão do sagrado.**

A Pastoral da Saúde deve evitar dois perigos: o tecnicismo frio que desumaniza e a espiritualidade alienada que nega a realidade concreta do sofrimento. Como lembra o Pontifício Conselho para a Pastoral no Campo da Saúde (1985-2017), o cuidado integral exige unir técnica e compaixão, razão e fé. A espiritualidade católica reafirma que Cristo se faz presente nos enfermos, e que cuidar é também reconhecer essa presença, deixando que Ele mesmo cuide de nós no silêncio interior (CNBB, 1977; 1981; 1986; 2010; 2017). Ao mesmo tempo, a psicanálise convida o cuidador a enxergar o sofrimento do outro com lucidez, reconhecendo as defesas psíquicas envolvidas no encontro e mantendo-se disponível, mas sem perder sua própria integridade emocional (Freud, 1926/1974; Winnicott, 1965).

### **O cuidador como um ícone vivo da Misericórdia.**

Psicanálise e espiritualidade não competem: ambas apontam caminhos complementares para que o cuidador se reconheça humano e, a partir daí, cuide de forma mais verdadeira e compassiva



(Vaillant, 1993). Como recorda o Papa Francisco (2019), a Igreja é chamada a ser “hospital de campanha”, um lugar de acolhimento incondicional para todos, especialmente para os mais frágeis. O cuidador, assim, torna-se ícone da misericórdia: ele é presença concreta da compaixão de Deus, capaz de devolver dignidade àquele que sofre (Boff, 2007). Mas essa misericórdia só pode ser sustentada se o próprio cuidador aprender a cuidar-se e a receber cuidado — espiritual, psíquico e comunitário — de forma permanente (Puchalski et al., 2009).

### **Dez Recomendações para o Autocuidado do Cuidador**

Encerrando este capítulo, apresento dez recomendações práticas — um verdadeiro “decálogo” — para quem deseja sustentar o cuidado como missão integral, espiritual e humana:

1. Reserve um tempo diário para oração e silêncio interior — respire Deus antes de respirar o mundo.
2. Faça pausas regulares para análise pessoal ou supervisão — sem autoconhecimento, o gesto se torna vazio.
3. Reconheça e aceite suas limitações com humildade — limite não é falha, é condição da humanidade.
4. Pratique o autocuidado corporal: alimentação, descanso, lazer saudável — o corpo é templo e instrumento.
5. Procure apoio fraterno na comunidade e na Pastoral da Saúde — ninguém cuida sozinho.
6. Celebre a Eucaristia como fonte de força e alimento espiritual — altar e enfermaria não se opõem, se completam.
7. Partilhe suas emoções com pessoas de confiança — quem partilha alivia pesos invisíveis.
8. Aprenda a dizer “não” quando necessário, sem culpa — dizer “não” também pode ser um ato de amor.



9. Encare com naturalidade o direito de ser cuidado — quem cuida merece ser cuidado.

10. Veja-se como instrumento, não como salvador — Cristo é quem salva, nós apenas o servimos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidador é, antes de tudo, um alquimista silencioso: transforma cansaço em presença, angústia em acolhimento, e suas próprias fragilidades em espaço seguro para o outro existir. Mas, para que essa arte delicada se sustente, ele precisa mergulhar em si mesmo, reconhecer os bastidores psíquicos de sua atuação — as defesas invisíveis, os reflexos emocionais que brotam na relação e as máscaras que, muitas vezes, usa sem perceber.

Reconhecer suas defesas não é um exercício de denúncia, mas um ato de compaixão lúcida consigo mesmo. A negação, a idealização e a racionalização não são fraquezas morais; são engenhosas tentativas do ego de proteger-se diante da dor e do limite. Porém, como diria Freud, aquilo que evitamos retorna — e retorna mais forte, mais exigente e mais confuso.

A contratransferência, esse espelho oculto do cuidador, quando não reconhecida, atua como um fantasma que ocupa a relação, deturpando afetos, pesando gestos, saturando vínculos. É como uma lente embaçada que impede o olhar limpo sobre o outro e sobre si mesmo.

Integrar a psicanálise e a espiritualidade católica não é contradição: é complementaridade. Ambas nos ensinam que o cuidado é também caminho interior — itinerário de autoconhecimento e abertura à graça de Deus. Ser cuidador, nesse sentido, é mais que prática técnica ou serviço social: é um modo de ser, profundamente humano e misticamente enraizado no seguimento de Cristo.

Cristo mesmo experimentou fadiga, tristeza e dor. O Evangelho não o apresenta como um herói invulnerável, mas como o Bom Samaritano que se compadeceu (Lc 10,33) e que se fez próximo. Ele acolheu a humanidade em sua plenitude e nos ensina, com seu exemplo, que permitir-se ser cuidado é também expressão de fé.



Por isso, cuidar de quem cuida não é luxo: é exigência ética e espiritual. Somos todos frágeis e carentes de misericórdia, e essa vulnerabilidade partilhada não diminui nossa vocação — ao contrário, eleva e a purifica. Como um escultor que precisa antes tocar a pedra para revelar a forma escondida, precisamos tocar em nossa própria humanidade para poder cuidar da humanidade alheia.

Cada cuidador carrega, invisível aos olhos, um território psíquico povoado de angústias, desejos e defesas. Mas também carrega um potencial imenso de renovação e santidade: não há cuidado verdadeiro sem cuidar-se primeiro. Quando nos autorizamos a sermos humanos, com limites e necessidades, tornamo-nos cuidadores mais autênticos, livres e compassivos (Secretaria de Estado da Santa Sé, 2020).

Assim, eis o convite que lanço a todos os cuidadores: cuidem-se! Não descuidem da própria alma, do próprio corpo, do próprio tempo. Deus quer que estejamos inteiros, humanos e renovados para o serviço que nos confiou.

Que nossa missão pastoral e nosso trabalho junto aos enfermos e fragilizados sejam iluminados pela consciência de que o Senhor não quer heróis cansados, mas corações inteiros e mãos disponíveis — inteiros, humanos e santos no ato de cuidar.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. O agente de pastoral e a saúde do povo. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1996.

BARRETO, Adalberto. Terapia comunitária: passo a passo. 4. ed. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.

BENTO XVI. Spe salvi: sobre a esperança cristã. São Paulo: Paulus; Loyola, 2007. (Documentos do Magistério).

BERTECHINI, Luciana; PESSINI, Léo (Orgs.). Encanto e responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situações de final de vida. São Paulo: Paulinas; Centro Universitário São Camilo, 2011.



BOFF, Leonardo. Sacramentos da vida: a força de Deus nos gestos humanos. Petrópolis: Vozes, 2007.

BOFF, Leonardo. Vida para além da morte. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1973.

CANTALAMESSA, Raniero. O mistério da Páscoa. Aparecida: Santuário, 1993.

CATECISMO DA IGREJA CATÓLICA. 9. ed. Petrópolis/São Paulo: Vozes/Loyola, 1999.

CLÉMENT, Olivier. A morte vencida. São Paulo: Paulus, 1998.

CNBB – CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. Diretrizes da Pastoral da Saúde. Brasília: CNBB, 2010.

CNBB – CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. Manual dos doentes. São Paulo: Paulinas, 1981.

CNBB – CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. Nossa Páscoa: subsídios para celebração da esperança. 9. ed. São Paulo: Paulus, 2017.

CNBB – CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. Pastoral da Saúde. São Paulo: Paulinas, 1977.

CNBB – CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. Rito de Exéquias. São Paulo: Paulinas, 1986.

CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ. Ad resurgendum cum Christo: instrução sobre a sepultura dos falecidos e a conservação das cinzas da cremação. Vaticano, 2016.

CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ. Samaritanus Bonus: carta sobre o cuidado das pessoas em fases críticas e terminais da vida. Vaticano, 2020.

COSTA, Dom Henrique S. da. Escatologia: sobre o fim do mundo. 3. ed. Lorena: Cléofas, 2018.

DIDONÉ, Inácio. Celebrando a esperança. São Paulo: Paulinas, 1986.



ELIADE, Mircea. O sagrado e o profano. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

FERREIRA, Isabel F. L.; LUTZ, Gregório; GOZZELINO, Jorge; MELONI, Valentim. Unção dos enfermos: sacramento da esperança cristã. São Paulo: Salesiana Dom Bosco, 1982.

FRANCISCO, Papa. Discurso ao Congresso Internacional sobre Cuidado com a Vida. Cidade do Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 2019.

FRANCISCO, Papa. Laudato si': carta encíclica sobre o cuidado da casa comum. Cidade do Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 2015.

FREUD, Anna. O ego e os mecanismos de defesa. Tradução de Durval Marcondes. 8. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

FREUD, Anna. The Ego and the Mechanisms of Defence. London: Imago, 1936.

FREUD, Sigmund. Carta a Wilhelm Fliess de 21 de setembro de 1896. In: FREUD, S. A Interpretação das Psicopatologias na Infância. Obras completas. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

FREUD, Sigmund. Inibição, sintoma e angústia. (1926) Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

FREUD, Sigmund. O ego e o id. (1923) In: FREUD, S. Obras completas. São Paulo: Imago, 2024. p. 153-267.

FREUD, Sigmund. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (Obras completas de Sigmund Freud, v. 6).

FREUD, Sigmund. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. (1905). In: FREUD, S. Obras completas. São Paulo: Imago, 2023.

JOÃO PAULO II. Salvifici Doloris: carta apostólica sobre o sentido cristão do sofrimento humano. Cidade do Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 1984.



KLEIN, Melanie. *Envy and Gratitude and Other Works 1946–1963*. London: Hogarth Press, 1957.

KOENIG, H. G. *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press, 2001.

MAGGIONI, Bruno; et al. Il nuovo rito dell'unzione degli infermi. *Rivista Liturgica*, Torino-Leumann, v. LXI, n. 4, jul./ago. 1974.

MARTIN, Leonard M. A ética médica diante do paciente terminal: leitura ético-teológica da relação médico-paciente terminal à luz dos Códigos Brasileiros de Ética Médica. Aparecida: Santuário, 1993. (Tese de doutorado em Teologia Moral).

MEZZOMO, Augusto A. *Humanização hospitalar: fundamentos antropológicos e teológicos*. São Paulo: Loyola, 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; et al. Espiritualidade e qualidade de vida: revisão na SciELO. *Saúde Mental*, [s.l.], v. X, n. X, p. X-X, 2020. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X2020000100014](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000100014). Acesso em: 17 jul. 2025.

OLIVEIRA, Cláudio. A dimensão espiritual do cuidado em saúde. *Revista Bioética*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 45–60, 2020.

PEW RESEARCH CENTER. *Global Christianity – 2023 Report*. Washington, DC: Pew Research Center, 2023. Disponível em: <https://www.pewresearch.org/religion/>. Acesso em: 29 mar. 2025.

PONTIFÍCIO CONSELHO PARA A PASTORAL NO CAMPO DA SAÚDE. Vaticano, 1985-2017. Disponível em: [https://www.vatican.va/roman\\_curia/pontifical\\_councils/hlthwork/index\\_po.htm](https://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/hlthwork/index_po.htm). Acesso em: 17 jul. 2025.

PUCHALSKI, Christina M.; et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, New Rochelle, v. 12, n. 10, p. 885–904, 2009.

PUCHALSKI, Christina M.; et al. Spirituality and patient-centered care: clinical perspectives. *SAGE Open Medicine*, Thousand Oaks, v. 2, p. 1–9, 2014.

RAMOS, Rawy Chagas. *A cremação de cadáveres na atual codificação canônica e sua pastoralidade*:



estudo a partir do § 3 do cânon 1176 do Código de Direito Canônico de 1983. Revista GEI (Gênero e Interdisciplinaridade), Curitiba, v. 5, n. 1, p. 306-333, 2024. ISSN 2675-7451.

RAMOS, Rawy Chagas. Catholicism and its beliefs: the charm of Catholic spirituality in integral health care. Revista Gênero e Interdisciplinaridade, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 300– 328, 2025. DOI: 10.51249/gei.v6i02.2477. Disponível em: <https://www.periodicojs.com.br/index.php/gei/article/view/2477>. Acesso em: 17 jul. 2025.

ROCHA, Selma. A Unção dos Enfermos e o Cuidado Pastoral dos Doentes. Revista Teologia e Espiritualidade, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 67–84, 2015.

ROMER, Karl J. Esperar contra toda esperança. Rio de Janeiro: CRB, 1973.

SAGRADA CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ. O corpo humano e a vida: a escatologia, a eutanásia. Rio de Janeiro: Lumen Christi, 1981. (Coleção A Palavra do Papa, vol. 2).

SAGRADA CONGREGAÇÃO PARA O CULTO DIVINO. Ritual da Unção dos Enfermos e sua Assistência Pastoral. São Paulo: Paulus, 1984.

SECRETARIA DE ESTADO DA SANTA SÉ. Anuarium Statisticum Ecclesiae = Anuário Estatístico da Igreja. Elaboração: Departamento Central de Estatística da Igreja. Cidade do Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 2020.

VAILLANT, George E. Adaptation to Life. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1977 (reprint: 1993).

WINNICOTT, D. W. The Maturation Processes and the Facilitating Environment. London: Hogarth Press, 1965.

