

## **Um estudo sobre a estruturação egóica de profissionais hospitalares por meio do Questionário Desiderativo<sup>1</sup>**

**Danuta Medeiros\***

**Antonio Augusto Pinto Junior\*\***

\* Psicóloga pelo Centro Universitário Salesiano de São Paulo – U.E. Lorena  
Especializanda em Psicologia Hospitalar pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

\*\* Professor Doutor do Centro Universitário Salesiano de São Paulo – U.E. Lorena

### **RESUMO**

O hospital geral, tal como concebemos atualmente, tem-se revelado como o lugar preferencial onde a dor e morte se manifestam de forma intensa e nevrálgica. Trabalhar neste “setting” deve ser compreendido como uma atividade difícil e insalubre determinada, por um lado, pelo próprio objeto de trabalho, e por outro, pelas formas de organização do trabalho. Os profissionais de saúde para enfrentar tal situação extremamente ansiógena geralmente fazem usos de mecanismos de defesa de vários tipos, que funcionam como um escudo frente à angústia, principalmente aqueles que estão em contato direto com o paciente acamado. Neste sentido, a presente pesquisa objetivou compreender a subjetividade dos profissionais de saúde, seu funcionamento egóico e os mecanismos de defesa utilizados no contexto hospitalar. Para tanto, o Questionário Desiderativo foi aplicado em 40 profissionais (médicos, enfermeiras, fonoaudiólogos e fisioterapeutas). Os dados analisados apontam que os profissionais de saúde, tal como qualquer ser humano, apresentam dificuldade para compreender e enfrentar a morte e a finitude, mas, no entanto conseguem restabelecer-se adaptativamente, mantendo preservada a integridade egóica para o cumprimento de sua função, utilizando recursos defensivos ora mais evoluídos, como a sublimação, ora mais primitivos, como a negação.

**Palavras-chaves:** Morte, Hospital, Profissionais de saúde, Questionário Desiderativo, Técnicas Projetivas, Psicanálise, Psicologia Institucional.

---

<sup>1</sup> Esse trabalho recebeu o financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) na modalidade de Iniciação Científica e desenvolvido no Centro Universitário Salesiano de São Paulo – U. E. Lorena.

## **ABSTRACT**

As we are aware of the hospital has been considered by many people a place where death and pain are intensively found. Working in this kind of environment has been considered a difficult and unhealthy activity, according to some of its features and as well because of its working conditions. Most of the health professionals when facing such situations of extremely anxiety. they have developed some kinds of self-defense mechanisms, that are used as shield when dealing with depression, mainly the ones that are in direct contact with in bed patients. This research has aimed to understand their subjectivity, self-approach and self-defense mechanisms applied inside the hospital environment. And to reach some goals, it was applied the Desiderative Questionnaire to 40 professionals (doctors, nurses, speech therapists and physiotherapists). The analyzed data has pointed out that the health professionals, as any human beings, have presented some difficulties to understand and face death and the termination, however they have been adapting themselves, keeping an adequate self-integrity to accomplish their professional roles, using some self-defense resources, sometime more evolutionary, such as the sublimation, or sometimes more primitive ones, such as the negative.

**Keywords:** death, hospital, health professionals, desiderative questionnaire, projective techniques, psychoanalyzes, institutional psychology.

## **Introdução**

A figura do hospital surgiu historicamente no ano 360 d.C., como uma instituição de assistência aos pobres, mas também como um local de separação e exclusão. (Foucault, 1979; Campos, 1995; Nigro, 2004) Até a Idade Média, os doentes de famílias tradicionais eram cuidados em casa e a medicina era exercida basicamente junto ao leito domiciliar. Da mesma forma, a morte era entendida como um fenômeno natural e vivenciada também no ambiente doméstico. O nascimento do hospital como unidade de tratamento de doenças tal como concebemos hoje surge aos poucos, com o ajuste, segundo Foucault (1979), de dois processos: o deslocamento da intervenção médica e a “disciplinarização” do espaço hospitalar.

De acordo com Pitta (1999) a construção de todo um dispositivo de cuidados, tomando como referencial a dor e a morte, fez com que a medicina e todas as práticas de saúde assumissem um caráter sagrado/profano que as empurrassem para uma perigosa e fascinante mítica. A situação do trabalho no contexto hospitalar frequentemente suscita sentimentos muito fortes e contraditórios nesses profissionais, que diante disso, tendem a rejeitar as idéias de morte, que não é mais vista como um limite natural e sim como

uma ameaça da qual deve-se fugir. Frente a isso os membros da instituição hospitalar geralmente desenvolvem mecanismos de defesas.

Kusnetzoff (1982) afirma que diante de estímulos que possam resultar num perigo ameaçador do equilíbrio do aparelho psíquico, entram em funcionamento as diversas operações defensivas, tendentes a reduzir a tensão. Ainda segundo o autor, a palavra defesa, numa visão psicanalítica, exprime o conjunto de operações efetuadas pelo ego perante os perigos que procedem do id, do superego e do mundo exterior. Para ele “o ego em si mesmo é uma defesa que se constitui perante os perigos internos e externos”.(p.206) Neste sentido, os mecanismos de defesa podem ser considerados estratégias utilizadas pelo Ego para lidar com os diferentes eventos ou perigos que podem gerar angústia ou sofrimento.

No que se refere especificamente aos mecanismos de defesa utilizados pelo profissional de saúde frente à vivência de dor e morte, Pitta (1999) aponta alguns: sublimação, fragmentação da relação técnico-paciente, despersonalização e negação da importância do indivíduo, distanciamento e negação de sentimentos, tentativa de eliminar decisões pelo ritual de desempenho das tarefas e redução do peso das responsabilidades.

A partir do exposto, tornou-se importante compreender as angústias e os mecanismos de defesa utilizados por estes profissionais no trato com seus pacientes, procurando lançar luz sobre a dinâmica e motivos inconscientes de suas atitudes, que numa análise leiga e superficial pode parecer de distanciamento, insensibilidade, frieza e de desconsideração ao sofrimento humano.

Nesta tarefa de compreensão do funcionamento psíquico do ser humano, a Avaliação Psicológica faz-se um instrumento privilegiado, com todos os seus instrumentos, principalmente os testes projetivos. A literatura aponta que os testes projetivos, por serem constituídos por material ambíguo e pouco estruturados, em que o indivíduo está livre para responder, facilitam a projeção de aspectos mais profundos da personalidade (inconscientes). Assim, as instruções ou os estímulos destes instrumentos atuam como mediadores das relações vinculares que mobilizam variados aspectos na vida emocional. (Augras, 1980; Grassano, 1996; Bunchaft & Vasconcellos, 2001)

Destaca-se aqui como técnica projetiva o Questionário Desiderativo, um instrumento que estuda o grau de estruturação do Ego por meio de expressão verbal, que mobiliza ansiedades e defesas. Esse instrumento consiste basicamente na questão: “O que você gostaria de ser se não fosse uma pessoa? Por quê?”, solicitando três escolhas e três rejeições com as respectivas explicações. A resposta escolhida corresponde ao

símbolo desiderativo e o porquê da resposta representa a expressão desiderativa. Tanto as escolhas, como as rejeições são enquadradas em três categorias: animal, vegetal e reino inanimado (Bunchaft & Vasconcelos, 2001; Nijamkin & Braude, 2000). Desta forma, este teste proporciona ao sujeito que o experencia uma vivência de aniquilação enquanto ser humano, pois precisa imaginar-se como figura não-humana, portanto e implicitamente: morta. Assim, a cada nova consigna o sujeito submete-se a novas perdas, ou seja, mortes imaginárias. Para Nijamkin e Braude (2000), o Questionário Desiderativo coloca o sujeito frente à pulsão da morte e a impossibilidade de ser. Desta forma, por meio das respostas dadas a consigna, pode-se observar o esforço defensivo do Ego para se recuperar e absorver o impacto sofrido e sua modalidade defensiva predominante. Para Ocampo (1981) trata-se de um instrumento indicado para explorar a angústia, fantasias e defesas em torno da morte.

Diante do exposto, o presente estudo objetivou compreender a estrutura egóica de profissionais de saúde no contexto hospitalar por meio do Questionário Desiderativo, descrevendo os mecanismos de defesa utilizados por esses profissionais no trabalho de assistência e cuidados com seus pacientes, suas angústias frente às situações de adoecimento e morte destes pacientes e descrever as formas como os mesmos manifestam e canalizam as angústias referentes ao instinto de morte.

## **Metodologia**

Participaram dessa pesquisa 20 profissionais de saúde (5 médicos, 5 enfermeiros, 5 fonoaudiólogos e 5 fisioterapeutas) de Instituições Hospitalares do Estado de São Paulo, sendo 16 mulheres e 4 homens, com idades entre 23 e 60 anos. O Questionário Desiderativo foi aplicado aos participantes, seguindo as orientações e as instruções propostas Nijamkin e Braude (2000).

A análise dos dados foi num primeiro momento realizada individualmente, a partir do referencial psicanalítico proposto pelas autoras Nijamkin e Braude (2000): 1. Adequação à consigna (instrução) e Instrumentalização dos Mecanismos de Defesa instrumentais; 2. Seqüências das Vicissitudes da ansiedade; 3. Tempo de reação; 4. Seqüência dos reinos; 5. Análise de cada catexia.

A partir das análises individuais, procedeu-se a análise geral, buscando os itens que convergiram nas categorias anteriormente citadas, chegando, assim, a compreensão do funcionamento egóico dos profissionais de saúde no contexto hospitalar e os mecanismos utilizados por eles frente às angústias de morte.

## Resultados e Discussão

Na categoria “adequação a consigna”, 2% dos profissionais participantes da pesquisa apresentaram respostas antropomórficas, 16% apresentaram fracasso da identificação projetiva, 21% confusão e 23% apresentaram fracasso parcial da repressão básica. A maioria, 38% do total de profissionais, apresentou fracasso da racionalização.

No Questionário Desiderativo, a racionalização se evidencia quando o sujeito justifica a razão de sua escolha e pode fazê-lo dentro da lógica formal. Desta forma, uma grande parcela dos participantes desta pesquisa apresentou dificuldade para referir os motivos de sua escolha. Tal falha, para Nijamkin e Braude (2000), pode representar uma dificuldade para distinguir fantasia e realidade e a sensação que as perguntas são um ataque à sua integridade; ou ego não diferenciado, não reconhecendo situações geradoras de ansiedade e não sabendo que recursos utilizar em sua defesa. Na pesquisa, este fato nos parece dever-se à dificuldade de nomear e mesmo entender um fenômeno caracteristicamente humano, ou seja, a morte, que ameaça a integridade e o sentimento de onipotência do sujeito.

No que se refere à seqüência das vicissitudes da ansiedade, 65% apresentaram ansiedade crescente; 20% apresentaram ansiedade decrescente e 15% ausência de ansiedade. De acordo com Nijamkin e Braude (2000), no Questionário Desiderativo o que se espera, seqüencialmente, num protocolo “normal” é que a ansiedade diminua ao longo da produção, dando lugar a um processo de aprendizagem. Porém, em nosso estudo, a grande maioria apresentou o aumento da ansiedade, indicando egos fracos, com dificuldade de lidar com a morte e a impossibilidade de ser.

Quanto ao tempo de reação frente a consigna, 61% apresentaram um tempo adequado, 22% crescente e 17% breve. Estes dados nos apontam que embora os profissionais de saúde no contexto hospitalar revelem conflitos significativos em relação à morte, eles, em sua grande maioria, conseguem restabelecer-se adequadamente para responder as consignas.

Em relação à seqüência dos reinos escolhidos, 60% responderam ao Questionário Desiderativo seguindo a seqüência dos reinos de forma esperada e os outros 40% apresentaram desvio em suas respostas. Considerando que para Nijamkin e Braude (2000) a seqüência esperada para as respostas positivas deve ser: 1+ reino

animal, 2+ reino vegetal e 3+ reino inanimado e que com relação as catexias negativas, a seqüência não seria necessariamente inversa, mas não seguiria a mesma ordem das positivas, em nosso estudo, encontramos um movimento de resgate e preservação da integridade egóica dos profissionais de saúde, mesmo frente uma situação extremamente ansiógena e conflituosa, como a situação de dor e perda.

Para análise de cada catexia escolhida, procedemos primeiramente a análise das catexias positivas, para depois considerar as negativas.

Quanto às catexias positivas, aquelas que segundo Albuquerque (1997) representam valores que se deseja conservar, todas as racionalizações do reino animal se referiam à liberdade, tais como, pássaro, gato, águia, etc. A escolha de símbolos que invocam a liberdade pelos participantes desta pesquisa pode estar relacionada ao sentimento de se ver preso a um ambiente repleto de angústia, dor e sofrimento, como o hospital. De acordo com Pitta (1999), o regime de turnos e plantões, comum entre os profissionais de saúde, abre a perspectiva de duplos empregos e jornadas de trabalho, uma prática que, para a autora, “potencializa a ação daqueles fatores que por si só danificam suas integridade física e psíquica”. (p.59) Assim, para evitar o contato com a morte, o profissional se apropria de uma rotina de trabalho acelerada, num funcionamento diuturno: o regime de plantões. (Pitta, 1999; Avelar, Iglesias & Fenandes, 2005).

Com relação aos símbolos escolhidos nas catexias positivas do Reino Vegetal, os símbolos mais indicados foram flor/rosa, havendo sempre uma supervalorização da beleza e mostrando um enorme desejo de ser admirado. Tais símbolos, escolhidos por seus atributos de beleza, apontam para o que lhe confere poder, domínio e sedução sobre os outros, sugerindo também qualidades mais valorizadas pelos sujeitos e o que se perde de valioso ao se aproximar da doença e da morte.

As catexias positivas escolhidas em relação ao Reino Inanimado foram bastante variadas. No entanto, todos os símbolos escolhidos traziam a racionalização de utilidade e/ou de imponência, tais como respirador, óculos, máquina e brilhante. Estas escolhas nos parecem associadas, novamente, a imagem e representação social das profissões de saúde que invocam grandeza, onipotência e poder, pois é nas mãos destes profissionais, principalmente dos médicos, que recai a responsabilidade da preservação da vida de seus pacientes.

Alguns símbolos não pertencentes a nenhum dos reinos esperados foram escolhidos nas catexias positivas, todos relacionados ao sentimento de onipotência: Sol, Lua, Estrela, Inteligência Sobrenatural. Por serem símbolos que mais se distanciam do humano, tais respostas sugerem uma maior quantidade de angústia, denotando, assim, a dificuldade do sujeito em entrar em contato com a morte ou fragilidade humana. Sobre isso, Nijamkin e Braude (2000) afirmam que tais respostas constituem uma resposta maníaca de desconcentra-se de uma parte de si mesmo, transformando-se reativamente no contrário, como forma de preservar um estado ideal de equilíbrio.

Ao proceder a análise das catexias negativas, consideramos que estas dizem respeito à valores, atributos e características indesejáveis dos objetos, ou seja, o que se deseja perder, livrar-se, enfim, rejeitar. Na pesquisa com os profissionais hospitalares, em relação às escolhas de símbolos nas catexias negativas, os dados são apresentados a seguir.

Na categoria Reino Inanimado todos os símbolos se relacionaram a objetos descartáveis, à morte e/ou sofrimento, como cesta de lixo, caixão, arma e maca. No Reino Vegetal, as catexias negativas também tiveram escolhas ligadas à morte e ao sofrimento, como planta venenosa e planta com espinhos. Já as catexias negativas escolhidas pelos participantes da pesquisa no Reino Animal apresentaram um número menor de respostas ligadas à doença, e mais respostas com conotações simbólicas (cobra, cachorro e gato), relacionadas à angústia persecutória. Outros símbolos, não pertencentes a nenhum dos três reinos esperados, foram escolhidos nas catexias negativas, assim como já tinha ocorrido nas catexias positivas. Dessa vez, todos relacionados ao sofrimento humano em suas várias manifestações, inclusive o adoecimento e a hospitalização: poluição, miséria, paciente, etc.

## **Conclusões**

Os dados da presente pesquisa utilizando o Questionário Desiderativo com profissionais de saúde no contexto hospitalar oferecem subsídios importantes para o desvelamento da estrutura egóica e as formas como o profissional de saúde enfrenta as situações de morte e luto.

Primeiro, por trabalharem em um “*setting*” caracterizado pelo sofrimento, dor e morte, tais profissionais se “vêm obrigados” a lançar mão de defesas para cumprir seu ofício. Isso se deve justamente as suas dificuldades de enfrentamento destas situações

ansiógenas principalmente manifestadas no contato direto com o paciente. De maneira geral, os profissionais de saúde, tal como qualquer ser humano, apresentam dificuldade para compreender e enfrentar a morte e a finitude, mas, no entanto conseguem restabelecer-se adaptativamente, mantendo preservada a integridade egóica. Frente a situações ansiógenas, utilizam recursos defensivos ora mais evoluídos (quando conseguem restabelecer frente à ansiedade que os estímulos do teste mobilizam); ora mais primitivos, como a negação (quando emitem respostas maníacas e relacionadas a onipotência).

Segundo, no Questionário Desiderativo destacaram-se respostas relacionadas à necessidade de liberdade, indicando o sentimento de aprisionamento que a instituição hospitalar lhes impõe. Tal sentimento parece mobilizar nestes profissionais um nível de angústia que pode interferir na realização de suas tarefas e no contato interpessoal com seus pacientes.

Desta forma, o distanciamento do profissional de saúde frente a seus pacientes, pode, então, ser compreendido pela angústia que este contato causa no sujeito, pois o medo da morte do outro (paciente) remete-o ao medo da própria morte. Em decorrência disto, o profissional se distancia, reduzindo a intimidade com o paciente, pois quanto maior a intimidade mais o profissional estará sensível à vivência da angústia, como bem aponta Pitta (1999). Assim, o profissional de saúde tende a controlar seus sentimentos e evitar as identificações que causam perturbações, como pôde ser percebido nas respostas às catexias negativas do Questionário Desiderativo.

Os dados encontrados neste estudo apontam a necessidade desses profissionais terem um espaço para a manifestação de suas angústias e temores, o que poderia ser viabilizado por um trabalho de escuta analítica ou de análise institucional, principalmente junto aqueles profissionais que utilizam defesas mais primitivas, como a negação. Além disso, este recurso poderia beneficiar indiretamente os pacientes, que poderiam ser genuinamente acolhidos e cuidados no hospital geral.



Além disso, o Questionário Desiderativo mostrou-se um instrumento sensível para a compreensão da estruturação do ego e identificação das angústias diante da morte, apontando a necessidade de outros estudos objetivando a validação desse instrumento para a realidade brasileira.

### **Referências Bibliográficas**

- Albuquerque, A. S. C. (1997). *A representação da morte em pacientes HIV/AIDS: o inominável do século XX*. Trabalho de conclusão do curso de Especialização em Psicologia Hospital do Centro de Psicologia Hospitalar e Domiciliar do Nordeste.
- Augras, M. (1980) *A dimensão simbólica: o simbolismo nos testes psicológicos*. Petrópolis: Vozes.
- Avellar, L.Z., Iglesias, A. & Fernandes, P.V. (2005). A morte na concepção dos profissionais da área de enfermagem. *I Congresso Latino-Americano da Psicologia*. São Paulo: ULAPSI.
- Bunchaft, G. & Vasconcellos, V. L. P. (2001) *Padronização do Teste Desiderativo no contexto da Análise Transacional: resultados preliminares*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, jan./abr. 2001, vol.17, no.1, p.19-25.
- Campos, T. C. P. (1995) *Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU.
- Foucault, M. (1979) *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Grassano, E. (1996) *Indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kusnetzoff, J.C. (1982) *Introdução à Psicopatologia Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- Nigro, M. (2004) *Hospitalização: o impacto na criança, no adolescente e no psicólogo hospitalar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ninjamkim, G. & Braude, M. (2000) *Questionário Desiderativo*. São Paulo: Vetor.
- Ocampo, M.L.S. (1981) *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes.
- Pitta, A. (1999) *Hospital: dor e morte como ofício*. Editora Hucitec.