



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO E SISTEMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
DOUTORADO

PSICODIAGNÓSTICO DE SÍNDROMES DOLOROSAS
CRÔNICAS RELACIONADAS AO TRABALHO

Roberto Moraes Cruz, Ms.

Florianópolis-SC - Brasil

Março -2001



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO E SISTEMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
DOUTORADO

**PSICODIAGNÓSTICO DE SÍNDROMES DOLOROSAS
CRONICAS RELACIONADAS AO TRABALHO**

Autor: Roberto Moraes Cruz, Ms.

Orientador: Prof. Francisco Antônio Pereira Fialho, Dr.

Área de Concentração: Ergonomia

Florianópolis-SC - Brasil

Março -2001

PSICODIAGNÓSTICO DE SÍNDROMES DOLOROSAS CRONICAS RELACIONADAS AO TRABALHO

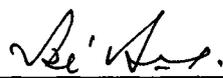
Autor: **Roberto Moraes Cruz, M. Edu.**

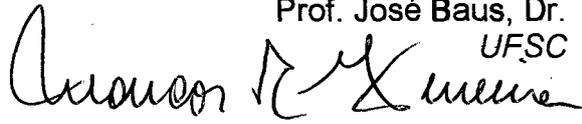
Esta tese foi julgada adequada à obtenção do Título de Doutor em Engenharia de Produção, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção (PPEGP) da Universidade Federal de Santa Catarina, em 14 de março de 2001.

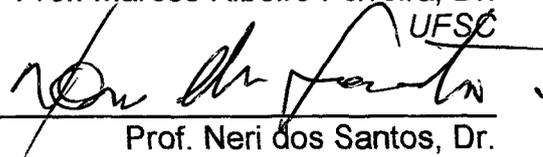
Prof. Ricardo Miranda Barcia, Ph.D.
Coordenador do PPEGP

BANCA EXAMINADORA:


Prof. Francisco Antônio P. Fialho, Dr.
Orientador – PPEGP – UFSC


Prof. José Baus, Dr.
UFSC


Prof. Marcos Ribeiro Ferreira, Dr.
UFSC


Prof. Neri dos Santos, Dr.
PPGEP – UFSC


Profa. Leila Amaral Gontijo, Dra.
PPGEP – UFSC

AOS MEUS PAIS, IRACY E MÁRIO, COM AFETO

AGRADECIMENTOS

Aos participantes da pesquisa, pela colaboração fundamental à produção das informações contidas neste trabalho.

Ao programa de Pós-Graduação em Engenharia Produção e ao Núcleo de Ergonomia da UFSC, pela oportunidade de realizar e concluir este trabalho.

Ao prof. Dr. Francisco Antônio Pereira Fialho, orientador desta tese, pelo aprendizado e companheirismo.

Ao médico neuroradiologista, Dr. Marco Marco Harbeck Modesto, dirigente do NIDI-Neurociências, pela cooperação e interesse constante em aprimorar o diagnóstico de dor a partir de técnicas psicológicas.

Ao professor, colega e amigo Jamir João Sardá Jr, pela ajuda na aplicação da Técnica de Rorschach e nos projetos conjuntos em instrumentação psicológica realizados através do Laboratório de Psicologia do Trabalho da UFSC.

À Claudia, pelo afeto e pela ajuda necessária.

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas	iv
Lista de Figuras, Quadro e Tabelas	v
Resumo	ix
Abstract	x
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Problema de pesquisa	1
1.2 Justificativa, relevância e limitações do estudo	11
1.3 Objetivos geral e específicos	13
2. REVISÃO DA LITERATURA	14
Parte I	
2.1 O sofrimento psicológico e as psicopatologias do trabalho	14
2.2 As estratégias defensivas e os transtornos psicológicos	19
2.3. Cargas de trabalho, síndromes dolorosas e distúrbios músculo-esqueléticos	28
Parte II	
2.4. O Psicodiagnóstico: teoria e cientificismo	37
2.5. As medidas psicométricas e os recursos de testagem	47
2.6. A técnica de Rorschach e a validade das técnicas projetivas	50
Parte III	
2.7. A dor e a avaliação psicológica de síndromes dolorosas	60
2.8. Em busca de um psicodiagnóstico: procedimentos e Instrumentos	67
3. MÉTODO	76
3.1. Natureza e pressupostos	76
3.2. Procedimento de estudo: as fontes bibliográficas	78
3.2.1 A consulta às bases de dados	79
3.3. População e contexto de estudo	82
3.3.1 Variáveis-critério	83
3.4. Os instrumentos de coleta de dados	85
3.4.1. Justificativa do uso dos instrumentos	87
3.5. Desenho da pesquisa	90
3.6. Estratégia e procedimento de análise	91
3.6.1. O estudo-piloto - o diagnóstico duplo-cego	92
3.6.2 A pesquisa e o procedimento de campo	94

4. ORGANIZAÇÃO E CONTROLE DAS VARIÁVEIS _____	96
4.1. Variáveis sócio demográficas _____	96
4.2. Variáveis clínicas _____	96
4.3. Variáveis ocupacionais _____	97
4.4. Variáveis intervenientes _____	97
4.4.1. Rendimento _____	98
4.4.2. Condições de aplicação dos testes _____	101
4.4.3. Rapport _____	103
4.4.4. Dor na fase de testagem _____	104
4.5. Critérios técnicos e validade do teste SCL-90-R e da técnica de Rorschach ____	106
5. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS _____	117
5.1 Resumo dos dados do estudo-piloto _____	117
5.2 Variáveis sócio-demográficas _____	121
5.3 Variáveis clínicas _____	123
5.3.1 Condição mórbida atual e progressa (MOR) _____	123
5.3.2 Fatores de risco ou <i>triggers</i> (FRO) _____	127
5.4 Variáveis ocupacionais _____	129
5.5. Resultados do SCL-90-R _____	134
5.6 Resultados dos protocolos de Rorschach _____	139
6. DISCUSSÃO _____	149
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	157
BIBLIOGRAFIA _____	165
INTERNET _____	167
ANEXOS _____	168
ANEXOS I - Instrumento de coleta de dados _____	169
Anamnese clínico-ocupacional _____	170
Teste SC-90-R _____	171
Protocolo do Rorschach - Folha de Cálculo _____	173
Modelo de protocolo da técnica de Rorschach - caso clínico n. 49 _____	175
ANEXOS II – Textos complementares _____	179
Ergonomia e Psicologia do Trabalho: interfaces teóricas e metodológicas ____	180
Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT): noções básicas _____	210
Testes Psicológicos: problemas epistemológicos _____	230
Manual - a técnica de Rorschach _____	244

LISTA DE ABREVIATURAS

APA - *American Psychiatric Association* (Associação Americana de Psiquiatria).

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças, décima edição.

CNAM – *Conservatoire Nationale des Arts e Métiers* (Conservatório Nacional de Artes e Ofícios)

DIESAT - Departamento Inter-sindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho.

DSM-III - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition* (Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, terceira edição)

DSM-IV - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition* (Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, quarta edição)

NIMH - *National Institute of Mental Health* (Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA).

NIOSH - *National Institute of Occupational Safety and Health* (Instituto Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho dos EUA).

RDC - *Research Diagnostic Criteria* (Critérios Diagnósticos para Pesquisa)

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura 1. Possíveis associações entre fatores psicossociais no trabalho com estresse, fatores psicológicos individuais e doenças músculo-esqueléticas, com base nas contribuições de BONGERS, WINTER, KOMPIER & HILDEBRANDT (1993) e PHEASANT (1994).....	06
Quadro 1. Classificação das síndromes dolorosas.....	65
Quadro 2. Testes psicométricos usados na avaliação do paciente com dor	73
Quadro 3. Instrumentos usados no Brasil na avaliação do paciente com dor.....	75
Quadro 4. Descrição dos sintomas e dos itens correspondentes na escala do SCL-90-R.....	110
Quadro 5. Descrição dos itens de codificação das respostas segundo a sua localização.....	112
Quadro 6. Descrição dos itens de codificação das respostas segundo os seus determinantes.....	112
Quadro 7. Descrição dos itens de codificação das respostas segundo os seu conteúdos.....	113
Quadro 8. Descrição das principais fórmulas de interpretação do Rorschach.....	113
Quadro 9. Comparação de padrões de sintomas entre o Teste SCL-90-R e o Rorschach.....	114
Quadro 10. Descrição das síndromes de Rorschach em comparação com a escala de sintomas do SCL-90-R.....	115

Tabela 1. Distribuição das características sócio-demográficas dos participantes do estudo-piloto (N=28).....	118
Figura 2. Distribuição dos escores médios obtidos na escala do SCL-90-R entre os caixas de banco (N=18, DP=7,9).....	119
Figura 3. Distribuição dos escores médios obtidos na escala do SCL-90-R entre os caixas de supermercados (N=10, DP=6,8).....	119
Tabela 2. Distribuição das variáveis sócio-demográficas (N=70).....	122
Tabela 3. Distribuição dos distúrbios músculo-esqueléticos, segundo a indicação clínica.....	123
Tabela 4. Distribuição dos sintomas segundo o período de manifestação.....	124
Tabela 5. Distribuição percentual de sintomatologias associadas à indicação clínica entre a população pesquisada, uma amostra norte- americana e uma argentina.....	125
Tabela 6. Distribuição dos recursos terapêuticos.....	126
Tabela 7. Distribuição dos principais eventos estressantes (N=70).....	127
Tabela 8. Distribuição da presença de distúrbios músculo-esqueléticos no meio familiar.....	128
Tabela 9. Distribuição do tempo na ocupação/atividade (N=70).....	129
Tabela 10. Cruzamento das variáveis período de manifestação dos sintomas e tempo de ocupação/atividade (N=70).....	129
Tabela 11. Distribuição do período de manifestação dos sintomas segundo à idade, sexo, estado civil e grupo funcional para N=70.....	130
Tabela 12. Distribuição de dupla atividade de trabalho (N=70).....	131
Quadro 11. Distribuição das cargas de trabalho mais prevalentes entre as ocupações de acordo com a percepção dos participantes.....	132

Tabela 13. Distribuição dos escores médios do SCL-90-R obtidos na pesquisa e em comparação com uma amostra norte-americana.....	134
Figura 4. Distribuição percentual dos escores obtidos na escala do SCL-90-R.....	135
Tabela 14. Distribuição das médias das escalas de padrões de sintomas (raw scores) de acordo com o sexo.....	136
Tabela 15. Distribuição das médias da escala dos sintomas (raw score) de acordo com a idade.....	137
Tabela 16. Distribuição das médias da escala de sintomas (raw score) de acordo com a ocupação.....	137
Tabela 17. Distribuição da frequência e do percentual de respostas nos protocolos.....	141
Tabela 18. Distribuição das respostas Globais em percentuais médios.....	141
Tabela 19. Distribuição das respostas de Detalhe (D, Dd, dr, de) em percentuais médios.....	142
Tabela 20. Distribuição das respostas de Forma (F).....	144
Tabela 21. Distribuição de percentual de ocorrência dos conteúdos em relação ao total de respostas dos protocolos.....	145
Tabela 22. Descrição das síndromes do Rorschach com base em sua prevalência na população pesquisada.....	148

RESUMO

CRUZ, R. M. Psicodiagnóstico de síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho. Florianópolis, 2001. 296f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. 2001.

O objetivo desta pesquisa foi desenvolver um método de investigação dos transtornos psicológicos em síndromes dolorosas crônicas de incidência músculo-esquelética. Partimos do pressuposto, e tomando como base as principais teorias e pesquisas correntes em saúde mental e trabalho, de que existem relações recíprocas entre as síndromes dolorosas e o desenvolvimento de transtornos psicológicos, produzidas ou suscetibilizadas pela relação homem-trabalho. Caracteriza-se como um estudo descritivo, de corte transversal, apoiado em uma combinação de dois métodos psicológicos (psicométrico e projetivo) e na análise das queixas relatadas pelos trabalhadores e sua relação com a produção da doença. Participaram 70 trabalhadores diagnosticados como portadores de doenças músculo-esqueléticas, encaminhados para avaliação psicológica junto ao NIDI - Clínica de Dor e ao Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Santa Catarina, no período 1999/2000. Os instrumentos de investigação foram os seguintes: a) a *anamnese clínico-ocupacional*, que consiste de um questionário semi-estruturado utilizado para obter o perfil da população investigada e compreende fatores psicossociais (familiares, afetivos, percepção da queixa, história mórbida familiar, pregressa e atual dos trabalhadores, vida social), além dos fatores relacionados à carga de trabalho; b) o *teste SCL-90-R*, instrumento de medida de padrões de sintomas psicológicos associados à vivência de dor, presentes em um determinado período de tempo; c) a *técnica de Rorschach*, instrumento de diagnóstico de transtornos psicológicos, tomando como base as características culturais de uma determinada população. A análise dos dados tomou como base o pacote estatístico SPSS. Os resultados apontam uma correlação positiva entre os testes empregados, embora de diferenças de performance no diagnóstico de transtornos psicológicos. A técnica de Rorschach se mostrou mais eficiente na descrição e na análise dos impactos estruturais do adoecimento. O teste SCL-90-R mostrou restrições em diagnóstico de fobia e depressão.

Palavras chaves: Ergonomia, síndromes dolorosas, doenças músculo-esqueléticas, testes psicológicos.

ABSTRACT

CRUZ, Roberto Moraes. **Cronic pain syndrome psicodiagnosis related to work**. Florianópolis, 2001. 296f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. 2001.

The purpose of this research was to develop an investigation method on psychological dysfunction in chronic pain syndrome related to musculoskeletal etiology. Based on the mainly mental health and labor theories and researches, we presume that there are reciprocal relations between chronic pain syndrome and the development of psychological dysfunction, produced or susceptible for men-labor relation. This is a descriptive research, on a transversal sample, supported for a match/combination of two psychological evaluation methods (psychometric and projective) and an analysis of complaints referred by workers and its relation with disease on set. We investigate 70 workers diagnosed with musculoskeletal diseases, who went through psychological evaluation at NIDI-Pain Clinic and SAPSI-Psychology Center of UFSC during 1999/2000. For diagnosis we used the following instruments: a) clinic-occupational interview (consisting in a semi-structured questionnaire developed to access the psychosocial profile of this population (family relations, social life, affective aspects, disease perception, family medical history, present medical history), also we investigate aspects related to working load; b) SCL 90-R, a psychometric test developed to investigate psychological symptoms associated to pain in a specific time; c) Rorschach test, a psychological technique to diagnosis psychological patterns and psychopathological symptoms, considering cultural aspects of an specific population. SPSS (an estatistic software) was used to analyse data. Results shown a positive association among tests, although with some differences on the diagnosis of somatization, depression and fobic anxiety. Rorschach appears to be more sensitively to describe behavioral nucleus caused by anxiety and fobic anxiety. SCL90-R appears to be more efficient to describe tendencies to illness in occupational groups with similar psychological and cognitive loads.

Key words:

Ergonomic, pain syndrome, musculoskeletal disease, psychological tests.

1. INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Nas duas últimas décadas do século XX, o aumento acentuado de pesquisas sobre os chamados fatores psicossociais do trabalho produziu um revigoramento das investigações de corte transversais, ou *survey*, acerca dos fatores de risco individuais, sociais, ambientais e ocupacionais que estão associados à incidência e prevalência de dor e de distúrbios músculo-esqueléticos na população trabalhadora em geral. As revisões de literatura realizada por BONGERS, WINTER, KOMPIER e HILDEBRANDT (1993) e ANDERSSON (1999), apontam vários estudos transversais que indicam uma associação direta entre fatores psicológicos, tais como a ansiedade, a depressão, a tensão, incrementos de responsabilidade no trabalho e a manifestação de dores lombares. Destacam-se entre os principais fatores estudados, o trabalho monótono, a pressão por rendimento, a insatisfação com a tarefa e a elevada demanda de trabalho.

Até meados da década de 70, grande parte dos estudos voltados à dimensão psicossocial e psicopatológica do trabalho se concentravam, tradicionalmente, em duas linhas preferenciais de investigação: a) macrosocial, que procurava correlacionar aspectos como: classe social, migração, industrialização, etnia, sistema político com processos de adoecimento mental e variação na distribuição dos distúrbios psicológicos na

população; b) microsocia, que buscava compreender as influências dos fatores individuais, eventos estressantes e dinâmica do grupo familiar;

Esse quadro de pesquisas, delineado a partir da década de 70 até o momento, fez, literalmente, “ressurgir das cinzas” duas orientações de investigação produzidas no final do século XIX, no auge da discussão sobre a “epidemia” de enfermidades físicas e mentais associadas ao trabalho industrial: a) a orientação pela qual não há uma teoria específica sobre a etiologia das enfermidades, mas fatores multicausais de largo espectro relacionados às condições sociais de vida e trabalho; b) da necessidade de desenvolver abordagens que produzam estudos epidemiológicos e métodos mais precisos que auxiliem a investigação de fatores psicossociais do trabalho e suas repercussões sobre a saúde mental dos trabalhadores.

Sob variadas denominações tem se procurado investigar os problemas psicossociais e psicopatológicos associados ao trabalho: estresse laboral, tensão decorrente da vida laboral, fadiga mental, fadiga patológica, *burnout*, síndrome neurótica do trabalho, neurose do trabalho. Se são variadas as denominações e contribuições teóricas, o problema principal consiste em dimensionar o papel histórico que o trabalho tem desempenhado no processo saúde-doença mental. É assim que, por exemplo, LE GUILLANT e BEGOIN (1957) postularam uma neurose específica de trabalho (neurose das telefonistas), LAURELL e NORIEGA (1989) consideram o processo de trabalho uma produção do desgaste físico e psíquico dos trabalhadores e WISNER (1994), DEJOURS (1987), SELIGMAN-SILVA,(1994) ; CODO e SAMPAIO, (1995) situam o trabalho e sua sobrecarga como fator

desencadeante do sofrimento mental, embora através de perspectivas diferentes de análise.

Uma questão difícil de ser evitada, diante de um estudo situado no campo das psicopatologias do trabalho, parece ser a seguinte: o que justifica investigar a presença de transtornos psicológicos em síndromes dolorosas crônicas, na compreensão da etiologia das doenças relacionadas ao trabalho?

A resposta para esta questão passa necessariamente pela identificação de um certo consenso entre os pesquisadores do campo de investigação da saúde mental no trabalho. A maioria dos estudos, segundo BERGENUDD e NILSSON (1988) e HELFENSTEIN (1998) parece chegar a uma conclusão comum: a sucessão de traumas físicos, provocados pelas exigências posturais, de desempenho e produtividade, estariam na gênese do adoecimento físico e mental. Além disso, de acordo com SELIGMANN-SILVA (1994) e PITTA (1992), as pesquisas no campo da saúde mental apontam sistematicamente para uma mesma direção: os fatores ligados à organização do trabalho atingem mais diretamente o funcionamento psíquico, enquanto os fatores ligados ao processo de trabalho têm essencialmente o corpo como alvo.

Para DEJOURS (1987), de forma similar a LAUREL E NORIEGA (1989), as síndromes dolorosas crônicas representam o efeito mais visível e marcante do sofrimento físico e psicológico no trabalho. A grande dificuldade reside, porém, em recorrer a delineamentos de pesquisa que, ao mesmo tempo, descrevam e avaliem a dimensão, a intensidade e prevalência dos

distúrbios músculo-esqueléticos. Este empreendimento tem sido objeto de trabalho dos pesquisadores que têm se concentrado nos estudos epidemiológicos e nas pesquisas interseccionais, fazendo cruzamento de dados entre subconjuntos populacionais com as mesmas características normativas e sintomatológicas.

Os estudos epidemiológicos sobre a relação entre variáveis psicossociais e doenças músculo-esqueléticas são heterogêneos, tanto do ponto de vista da natureza do estudo, quanto das medidas utilizadas e das variáveis psicossociais consideradas (BONGERS, WINTER, KOMPIER & HILDEBRANDT, 1993; BERGENUDD & NILSSON, 1988). Estes estudos traduzem, originalmente, três diferentes tradições de pesquisa:

- a) estudos sobre a relação entre estresse/fatores estressores relacionados ao trabalho (*work-related*);
- b) estudos epidemiológicos sobre os determinantes fisiológicos e ocupacionais das doenças músculo-esqueléticas;
- c) estudos sobre transtornos psicológicos e psiquiátricos em pacientes portadores de dores crônicas.

A primeira tradição de pesquisa tende a considerar o estresse ou os fatores estressantes como inibidores, eliciadores ou moduladores do estado geral de saúde das pessoas. Características pessoais como idade, gênero, experiência, nível de ambição, necessidades e estilo de personalidade influenciam na capacidade de enfrentamento e gerenciamento do estresse. De acordo com KARASECK, GARDEL e LINDEL (1987), pressões e conflitos estão entre as mais relevantes características do processo de adoecimento

no trabalho, juntamente com o estresse. Os efeitos dessas variáveis tendem a ser controlados pela redução do grau de perspectivas no trabalho, pelo incremento de cargas cognitivas e responsabilidades e pelos frágeis suportes sociais (vínculos sociais e afetivos empobrecidos).

Na segunda tradição de pesquisas epidemiológicas sobre distúrbios músculo-esqueléticos, os fatores individuais têm sido interpretados como fatores físicos (*physical capacity*), tais como, por exemplo, tônus muscular e limites de movimentos, com pouca atenção dada aos fatores psicológicos, à capacidade de controle do estresse (*coping capacity*) ou à interação entre carga de trabalho e estresse. Nesse tipo de tradição de pesquisa, os fatores mecânicos do trabalho (postura) são os principais aspectos a serem investigados.

A terceira tradição de pesquisa busca estabelecer correlações entre personalidade, problemas psicológicos e síndromes dolorosas músculo-esqueléticas. Segundo BONGERS, WINTER, KOMPIER & HILDEBRANDT (1993), essas correlações normalmente são avaliadas a partir de situações clínicas, onde o controle das variáveis envolvidas nem sempre é estabelecido de forma apropriada. Uma das áreas mais promissoras e em pleno desenvolvimento é a pesquisa sobre as características psicológicas ou fatores individuais associados aos quadros de dor crônica, particularmente aqueles que podem ser consideradas exarcebadores ou mantenedores dos sintomas e que, portanto, podem contribuir no desenvolvimento do quadro diagnóstico. Grande parte de nossas preocupações e a estratégia de planejamento deste estudo se situa nesta tradição de pesquisa.

Quando estas três tradições de pesquisas são avaliadas do ponto de vista de suas características de investigação, podemos deduzir um associação entre fatores psicossociais, estresse, características individuais e distúrbios músculo-esqueléticos, tal como demonstrado na **Figura 1**.

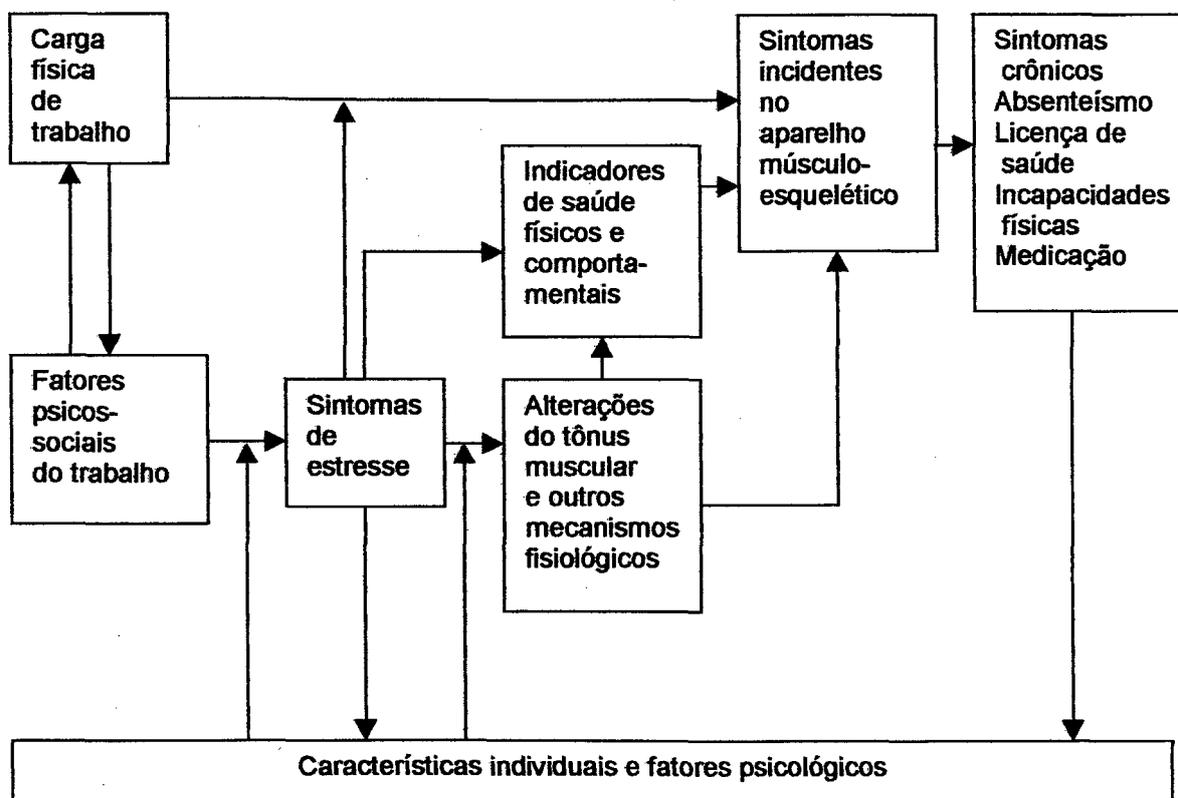


Figura 1. Possíveis associações entre fatores psicossociais no trabalho com estresse, fatores psicológicos individuais e doenças músculo-esqueléticas, com base nas contribuições de BONGERS, WINTER, KOMPIER & HILDEBRANDT (1993) e PHEASANT (1994).

A associação entre os fatores psicossociais do trabalho, cargas físicas e sintomas no aparelho músculo-esquelético pode ser compreendida, através da **Figura 1**, como um resultado relativamente conhecido do processo de trabalho: uma das grandes dificuldades na pesquisa sobre as psicopatologias relacionadas ao trabalho reside, entretanto, na compreensão das influências das características individuais e dos fatores psicológicos (estados

emocionais, transtornos neuróticos) na modulação da intensidade e da exacerbação das síndromes dolorosas de origem músculo-esquelética. De uma forma ou de outra, prevalece a noção de que a análise da situação de trabalho, assim como uma avaliação crítica dos mecanismos de enfrentamento das exigências e das condições através das quais o trabalho é exercido, é o caminho necessário para a compreensão da manifestação das psicopatologias relacionadas ao trabalho.

A revisão da literatura de ANDERSON (1999), assim como a de BONGERS, WINTER, KOMPIER & HILDEBRANDT (1993), mostram um grande espectro de estudos transversais que indicam uma associação entre variáveis psicológicas, exigências funcionais e dor lombar: ansiedade, depressão, percepção de responsabilidade, insatisfação com o trabalho e tensão mental no trabalho mostram-se associados ao trabalho monótono, pressão de tempo, pouca satisfação profissional e elevada demanda de trabalho, confirmando os estudos sobre cargas de trabalho realizados no México por LAURELL e NORIEGA (1989).

No Brasil, podemos afirmar que, atualmente, há inúmeras iniciativas de pesquisadores voltadas à análise das implicações das condições de trabalho e psicopatologias associada ao trabalho, apesar de só termos avançado nesta área a partir dos anos 1980-1983, com o estudo exploratório realizado por Edith Seligmann-Silva, Rosa Maria Gouveia e Agda Aparecida Delía sobre a repercussão das condições de trabalho na saúde mental dos trabalhadores industriais de Cubatão e dos metalúrgicos em São Paulo-SP. Este estudo, referência para os trabalhos posteriores, investigou os

afastamentos do trabalho por problemas de saúde (denominados de "nervosismos"), identificando mecanismos de *desgaste mental* e da utilização, por parte dos trabalhadores, de *defesas* contra o sofrimento, provavelmente já influenciado pela obra de Christophe Dejours – "A loucura do trabalho – estudo de psicopatologia do trabalho", editado na França em 1980, mas só traduzido para o português em 1987.

Entre 1984-1986, alguns estudos também serviram de referência à produção teórica sobre o assunto: a) os estudos realizados pelo DIESAT-SP, coordenados por Edith Seligmann-Silva e Leni Sato, sobre o adoecimento ocupacional entre bancários e sobre os problemas de saúde entre funcionários da área operativa do Metrô de São Paulo-SP; b) o estudo sobre a prevalência de desordens mentais entre trabalhadores de uma área industrial da região metropolitana de Salvador-BA, realizado por Naomar de Almeida Filho. A partir de então, surgiram novos estudos sobre o adoecimento físico e psicológicos em diversas categorias profissionais, destacando-se os bancários, enfermeiros e professores.

Desde então, o desenvolvimento das pesquisas no campo da Psicologia do Trabalho e da Ergonomia no Brasil proporcionaram uma crescente produção de informações sobre a avaliação dos fatores de riscos ocupacionais e ambientais, sobre as exigências das tarefas e da atividade, sobre as cargas mentais e as variáveis prevaletentes na incidência das doenças relacionadas ao trabalho. Entretanto, e avaliando de forma similar a PITTA (1992), carecemos neste momento de aprofundar testes de hipóteses, medidas de associação entre as exigências do trabalho e da vida social e o

desenvolvimento de transtornos psicológicos entre os trabalhadores de uma forma geral.

A questão mais difícil normalmente é definir por qual estratégia começar, estratégia que sinalize para o pesquisador a melhor maneira de investigar (variáveis e instrumentais escolhidos), porque ajuda a organizar e a sistematizar o conhecimento, no sentido de avançar as condições teóricas e metodológicas. Ao mesmo tempo, ter condições de disponibilizar aos sujeitos da investigação e aos profissionais envolvidos na temática (supostamente os mais interessados), um volume de informações atualizadas que possam contribuir nas lutas específicas por melhorias nas condições de saúde e trabalho.

O objetivo deste estudo é desenvolver um método de investigação dos transtornos ~~de~~ psicológicos em síndromes dolorosas músculo-esqueléticas. Para tanto escolhemos um delineamento de pesquisa lastreado pela combinação de métodos psicológicos, psicométrico e projetivo, operacionalizados através do uso de dois instrumentos, o teste SCL-90-R (de natureza psicométrica) e a técnica de Rorschach (de natureza projetiva), e associados à uma anamnese clínico-ocupacional criada para este fim. Ambos os instrumentos possuem amplo espectro de validação científica no mundo, embora não possuam no Brasil, até onde investigamos, um produto científico significativo na investigação dos transtornos psicológicos associados aos distúrbios músculo-esqueléticos, muito menos validação.

Foram objeto de análise trabalhadores que apresentam diagnóstico de síndromes dolorosas crônicas associadas à lombalgias, fibromialgias e

cervicalgias, síndromes genericamente diagnosticadas como doenças músculo-esqueléticas, e consideradas, em seu conjunto, como as principais ocorrências de adoecimento relacionadas ao trabalho na atualidade.

O termo transtorno psicológico será utilizado neste estudo em substituição às expressões distúrbios de personalidade, doenças mentais ou transtornos mentais, no sentido de evitar qualquer reducionismo psicopatológico. A diferenciação físico e mental em doenças mentais, por exemplo, tende a expressar o dualismo corpo/mente, da mesma forma que distúrbios de personalidade tende a expressar uma disfunção de etiologia individual, os seja, tende a classificar "tipos" de pessoas, ao invés de descrever o fenômeno em si, que *ocorre* nas pessoas.

Infelizmente, como dizem os organizadores do DSM-IV, "o problema criado pela expressão 'transtornos mentais' persiste no título da DSM-IV, porque ainda não encontramos um substituto apropriado"(DSM-IV, 1995: xx). Contudo, o DSM-IV, ao descrever os limites conceituais e as condições sócio-culturais que sustentam a noção de transtorno mental ou neurótico, apresenta uma definição de transtorno mental que mais se adequa às nossas pretensões de trabalho:

"Síndrome ou padrão de comportamento, clinicamente importante, que ocorre em um indivíduo e que está associado com sofrimento (sintoma doloroso) ou incapacitação (prejuízo em uma ou mais áreas de funcionamento) ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento atual, morte, dor, deficiência ou a perda importante da liberdade" (DSM-IV, 1995: xxi).

As considerações conceituais acima delimitaram a nossa forma de organizar as contribuições oriundas da literatura especializada em diagnóstico psicológico, psicopatologia e síndromes dolorosas crônicas, que serviram para sistematizar os dados necessários ao desenvolvimento deste estudo.

1.2 JUSTIFICATIVA, RELEVÂNCIA E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Há uma profunda complexidade na etiologia e na manifestação de fenômenos dolorosos, dado o caráter multidimensional de sua incidência. De início, um dos desafios dos pesquisadores, em especial para os psicólogos, reside na dificuldade de poder descrever e mensurar os fatores psicológicos implicados na instalação e manifestação de síndromes dolorosas. Mesmo compreendendo essas dificuldades e limitações, mas necessitando obter diagnósticos mais precisos, os profissionais de saúde têm recorrido, de forma crescente, ao uso de instrumentos de medida psicológica.

Existe, hoje, uma busca, às vezes cientificamente pouco cuidadosa, em avaliar os aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais que possam estar associados às síndromes dolorosas. A literatura especializada sobre este tema é relativamente recente, datando basicamente da década de 50. Atualmente, o Canadá e os Estados Unidos são os grandes centros de referência na investigação de fatores psicológicos associados a dor. Ainda assim, nesses países, as instituições e universidades de referência para o assunto, são em pequeno número, contando com um quadro de profissionais especializados reduzido.

Em relação à pesquisa no Brasil, uma das principais dificuldades no estudo das síndromes dolorosas é dificuldade de obter recursos econômicos e pessoal qualificado para construir e validar instrumentos compatíveis com a realidade brasileira. Afora isso, tradicionalmente não têm sido traduzidos os manuais e livros especializados (os chamados *handbooks*), fato que limita ainda mais o acesso à bibliografia existente. Essas barreiras, evidentemente, dificultam e inibem o pleno desenvolvimento desse tipo de pesquisa no Brasil.

Especificamente em relação aos instrumentos de diagnóstico psicológico que serão utilizados nesta pesquisa, a combinação de duas técnicas de qualidade de investigação diferenciadas (o SCL-90-R é um auto-inventário, baseado em proposições objetivas e a técnica de Rorschach baseia-se na estimulação verbal dos perceptos atribuídos pelo sujeito aos estímulos-padrão), supõe um controle metodológico considerável sobre as variáveis de estudo e as possíveis associações de dados, tendo em vista a natureza diferenciada dos instrumentos. Podemos considerar como vantagem, contudo, o fato de que ambos os instrumentos, isoladamente e em estudos de correlação com outras técnicas psicométricas e projetivas no Brasil e no cenário internacional, têm apresentado resultados animadores, ainda que em estudos genéricos sobre a avaliação de fatores psicológicos associados a síndromes dolorosas morfo-funcionais.

O fato de termos uma população escolhida e delimitada por nossas condições operacionais pode ser considerado um fator limitante à produção de resultados de maior porte. A expectativa é de que estudos com esse tipo de corte transversal gere novas investigações de aperfeiçoamento de

diagnósticos de transtornos psicológicos em síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho.

1.3 OBJETIVO GERAL

Avaliar o desempenho do teste SCL-90-R e da técnica de Rorschach no diagnóstico de síndromes dolorosas crônicas músculo-esqueléticas entre trabalhadores atendidos no NIDI – Neurociências (Clínica de Dor) e no Serviço de Atendimento Psicológico da Universidade Federal de Santa Catarina.

1.3.1 Objetivos Específicos

- Avaliar a relação entre o perfil clínico-ocupacional dos trabalhadores (variáveis preditivas) e a escala dos padrões de sintomas psicológicos do teste SCL-90-R (variáveis de critério);
- Verificar as possíveis correlações entre o teste SCL-90-R e a técnica de Rorschach na avaliação de transtornos psicológicos;
- Analisar as vantagens e as desvantagens da combinação de duas técnicas psicológicas (psicométrica e projetiva) na estruturação de um psicodiagnóstico voltado aos estudos das síndromes dolorosas relacionadas ao trabalho.

2. REVISÃO DA LITERATURA

PARTE I

2.1. O SOFRIMENTO PSICOLÓGICO E AS PSICOPATOLOGIAS DO TRABALHO

A Psicologia do Trabalho e a Ergonomia se situam como disciplinas científicas de um mesmo campo de estudos: o trabalho humano. Em torno desse campo se construiu um *modus operandi*, gerador de vínculos metodológicos importantes em torno da análise do trabalho, subsidiados pelas diversas perspectivas teóricas geradas pela interface entre as duas disciplinas¹. Atualmente, parte dos empreendimentos gerados por esta interface têm sido canalizadas para a compreensão do processo saúde-doença no trabalho, particularmente em função das aproximações teóricas sucessivas com a Fisiologia do Trabalho, a Medicina do Trabalho e a Epidemiologia.

SELIGMANN-SILVA (1994), ao abordar os conceitos de saúde mental e trabalho, demonstra o quanto os campos disciplinas que se ocupam em analisar as questões do trabalho humano expressam determinações sócio-históricas, políticas, econômicas e culturais, com espectro de análise desde o contexto macrossocial até os processos e situações de trabalho no interior

¹ Para um maior aprofundamento deste tema, ver o texto "Ergonomia e Psicologia do trabalho: interfaces teóricas e metodológicas", no ANEXOS II.

das organizações. Num espectro suplementar, se alinham campos disciplinares que se direcionam para o estudo da saúde dos trabalhadores quando submetidos a diferentes condições de trabalho.

A discussão sobre as implicações entre saúde e trabalho não é porém um assunto recente. Se nos detivermos na produção científica da era industrial, identificamos, já em 1828, uma menção de Halliday ao papel das condições de trabalho e o adoecimento mental dos trabalhadores: “a loucura ocorre pelo superesforço da mente que faz trabalhar em excesso seus instrumentos até debilitá-los...e também pelo esforço das faculdades corporais e o transtorno das funções vitais que provocam uma reação no cérebro e desequilibra suas atividades” (citado por SANTANA, 1989: 23). Chardwick, em 1842, procurava sensibilizar as autoridades e o mundo científico para as condições de trabalho nas fábricas, que deveriam ser investigadas suspeitando de sua influência nas deploráveis condições de saúde da população da Grã-Bretanha” (PITA, 1992). Hawkes, em 1857, chegou a propor medidas preventivas para a proteção da saúde mental da classe trabalhadora, através da permissão de períodos adequados de descanso e diversão, sem os quais os homens se converteriam numa máquina (SANTANA, 1989). Rosen (citado por PITTA, 1992), ao estudar o grande avanço das ciências e da medicina na primeira metade do século XIX, atribui a Virchow, e seus seguidores, a construção de uma teoria sócio-política sobre as enfermidades, marcada por um forte conteúdo reformista e idéias de transformação social. Sua análise das “epidemias psíquicas” no processo de produção civilizatório e industrial, desencadeou o que

atualmente se constitui o campo da psiquiatria social. Mesmo aquelas enfermidades tidas como de natureza biológica, como a paralisia geral e progressiva, teriam, entre outros fatores, o "esgotamento em consequência do trabalho" como elemento complicador do diagnóstico clínico.

Porém, com o surgimento da teoria da multicausalidade como resposta à etiologia das enfermidades, desenvolvida a partir dos fins do século XIX, o interesse pelas questões "sociais", suscitados até então, foi paulatinamente perdendo terreno pela busca do agente patogênico único, independente das múltiplas determinações oriundas da estrutura das condições sociais de vida e trabalho.

As inquietações dos pesquisadores em torno do binômio saúde/doença mental irá perpassar todo o século XX, época do desenvolvimento de um conjunto de abordagens voltadas ao exame das condições epidemiológicas através das quais as doenças do trabalho são derivadas. Em termos de saúde no trabalho, com o considerável desenvolvimento do setor de serviços nas décadas de 40 e 60, e as conquistas dos trabalhadores no plano sindical, o foco das reivindicações sobre a "exploração do corpo" pouco a pouco se deslocam para as problemas nem sempre percebidos entre os trabalhadores das atividades administrativas e de escritório. A esse respeito, afirma DEJOURS (1987: 23):

"Reputadas como isentas de exigências físicas graves, as tarefas de escritório tornam-se cada vez mais numerosas, na medida do desenvolvimento do setor terciário. A sensibilidade às cargas

intelectuais e psicossensoriais de trabalho preparam terreno para as preocupações com a saúde mental. O mesmo se dá com os operários que têm uma fraca carga física, que são operadores de indústrias de processo (petroquímica, nuclear, cimenteiras, etc). O desenvolvimento destas indústrias confronta os operários a novas condições de trabalho e fazendo-os experimentar sofrimentos insuspeitos”.

Durante as décadas de 60 e 70, um novo fôlego de pesquisas sobre a saúde mental dos trabalhadores é revelado através do termo de estresse, que nasce sob um espectro conceitual diversificado, com ênfase, ora no evento ambiental estressor (certos eventos são normalmente estressantes), ora sobre o estado orgânico das pessoas (predomínio anátomo-funcional), ora na interação indivíduo com o meio ambiente (predomínio psicológico). Neste último caso, no chamado estresse psicológico, a interação indivíduo-meio ambiente é avaliada através dos excessos de mecanismos ou recursos pessoais usados ^{para} se proteger ou evitar o mal-estar.²

Uma contribuição inegável, no campo da saúde do trabalhador, pode ser atribuída ao estudo feito por Asa Cristina Laurell e Mariano Noriega, na década de 70, intitulado *Processo de produção e saúde*, publicado no Brasil, em 1978, através da *Revista Saúde e Debate*. Laurell e Noriega elaboram uma proposta teórico-metodológica da abordagem das condições de saúde e doença no âmbito do que eles próprios ajudam a definir como “epidemiologia

² Para maiores detalhes sobre o conceito de estresse e suas formas de manejo, ver: LAZARUS, R.S., FOLKMAN, S. *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer Publishing Co., 1984.

social". Ancorados num estudo empírico realizada com mais de 4.000 trabalhadores, distribuídos em 16 áreas de trabalho de uma siderúrgica estatal mexicana, Laurell e Noriega fazem uma descrição detalhada das estratégias de enfrentamento das questões que vão do individual ao coletivo, do biopsíquico ao social, da investigação acadêmica ao envolvimento sindical. Para tanto, lançam mão de múltiplas estratégias metodológicas de investigação do *processo de desgaste do trabalhador*: a enquete coletiva fora do ambiente de trabalho, a análise dos arquivos médicos (exames periódicos e acidentes de trabalho), as visitas de inspeção à fábrica baseadas no *Método Lest* (da ergonomia francesa), e no conceito de *carga de trabalho* do Modelo Operário Italiano.

No estudo das relações entre saúde mental e trabalho, certamente cabe reconhecer as contribuições das pesquisas produzidas pela disciplina Psicodinâmica do Trabalho, que vem se impondo pela qualidade e inovação em suas produções teórico-metodológicas, reunidas em torno de seu principal expoente, o psiquiatra e psicanalista Christophe Dejours, pesquisador do Laboratório de Psicologia do Trabalho, do CNAM, na França. Originada a partir dos estudos da escola da Psicopatologia do Trabalho, fundada por um grupo de pesquisadores reunidos em torno de Louis de Le Guillant, ao final da Segunda Guerra Mundial, a Psicodinâmica do Trabalho tem se constituído numa resposta significativa às grandes questões situadas na análise do sofrimento humano no trabalho, ou de acordo com a compreensão de Dejours, "nos possíveis destinos do sofrimento no trabalho" (DEJOURS, 1999: 16).

A produção teórica da Psicodinâmica do Trabalho articula saberes originários de diversos campos do conhecimento humano, com ênfase especial nas reflexões alicerçadas em epistemologia do conhecimento sobre saúde e normalidade. Crítico das abordagens tradicionais da medicina do trabalho e da clínica psicanalítica, Dejours desafia os modelos centrados no sofrimento mental a oxigenarem sua práticas clínicas na direção aos problemas humanos no trabalho e suas implicações sobre a dinâmica psíquica.

O objeto da Psicodinâmica do Trabalho, segundo DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET (1994), deve ser construído em torno daquilo que os trabalhadores têm a dizer sobre o seu próprio sofrimento no trabalho. Do ponto de vista metodológico, suas preocupações estão centradas na gênese e nas transformações do sofrimento vinculados à racionalidade técnica do trabalho.

2.2. AS ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS E OS TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS

A reestruturação das empresas, facilitada pela tecnologia da informação e a concorrência em nível mundial, está provocando uma mudança fundamental na organização do trabalho: a individualização do trabalhador perante o processo de trabalho (CASTELS, 1997: 294). Esta organização do trabalho se manifesta entre os trabalhadores diluindo as

diferenças entre os mesmos, criando o anonimato e o intercâmbio, enquanto individualiza os homens perante ao sofrimento (DEJOURS, 1987).

Para SELIGMANN-SILVA (1994), de uma forma ou de outra, o estudo da saúde psicossocial, quando abordado em relação ao trabalho, tende a focar aspectos que dizem respeito à constituição do desgaste mental³ e à construção de defesas e resistências perante os fenômenos de dominação, tal como percebido por Dejours.

A concepção de sujeito subjacente nesta abordagem é a de que não existe um homem que trabalhe separado de um homem que vive socialmente, é dizer, estamos falando de um homem inteiro, condicionado pelo comportamento produtivo. As manifestações do desgaste mental são marcadas por cansaço, dor, alta irritabilidade, desânimo e sono perturbado, caracterizando a fadiga patológica e podendo levar a crises mentais agudas. É também possível observar como extensas jornadas e o trabalho em turnos alternados, provocam irritabilidade e desânimo, ^{deteriorando} determinando o convívio familiar (DEJOURS, 1987, 1994).
???

DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET (1994) alegam que o sofrimento mental se inicia quando as pessoas já não conseguem transformar seu trabalho, no sentido de buscar uma maior adequação do mesmo às suas necessidades psíquicas e fisiológicas. E sugere que apenas uma flexibilidade na organização do trabalho é capaz de possibilitar a economia psicossomática a fim de evitar adoecimentos – reações externalizadas,

³Segundo SELIGMANN SILVA, "o desgaste pode ser entendido a partir da experiências que se constróem, diacronicamente, ao longo das experiências da vida laboral e extralaboral dos indivíduos." (1994: 80).

resultantes da agressão sofrida no contexto organizacional. E comenta: "A livre organização do trabalho é apenas uma estruturação do modo operatório, que leva em consideração, as atitudes individuais, as necessidades da personalidade, onde cada gesto harmoniza-se espontaneamente com as defesas comportamentais e caricaturais (...) a mesma torna-se uma peça essencial do equilíbrio psicossomático e da satisfação". (p. 127-128).

Em torno dessas preocupações, é erigido o que podemos chamar da pedra angular dos conceitos básicos implicados na análise do sofrimento humano no trabalho, o conceito de *estratégia de defesa*, mecanismo psicológico, ao mesmo tempo individual e coletivo, "graças aos quais os homens e mulheres podem lutar contra os efeitos patogênicos dos riscos do trabalho" (p. 8).

Os trabalhadores não somente padecem, fisicamente, o desgaste do trabalho, também manifestam sofrimento mental. Este último é decorrente da *organização do trabalho*, que consiste na "divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade, etc." (DEJOURS, 1987: 25). Do enfrentamento entre o sujeito, detentor de uma história personalizada, com a organização do trabalho, que possui uma "injunção despersonalizante", emerge o sofrimento mental que se constrói como um intermediário necessário à submissão do corpo (DEJOURS, 1987: 42). Simultaneamente, os trabalhadores são, muitas vezes, separados e enfrentados uns com os outros como consequência da

divisão social e política do trabalho (SELIGMANN-SILVA, 1986). Nas palavras de DEJOURS, (1987:40):

“(...) a individualização, mesmo se ela é antes de tudo uniformizante, porque ela apaga as iniciativas espontâneas, porque ela quebra as responsabilidades e o saber, porque ela anula as defesas coletivas, a individualização conduz, paradoxalmente a uma diferenciação do sofrimento de um trabalhador e de outro. Por causa do fracionamento da coletividade operária, o sofrimento que a organização do trabalho engendra exige respostas defensivas fortemente personalizadas”.

A organização do trabalho pode causar uma fragilização somática no sujeito, na medida em que ela pode bloquear os esforços do trabalhador para adequar o modo operatório às necessidades de sua estrutura mental. A certeza de que o nível de insatisfação atingido não pode mais diminuir marca o começo do sofrimento. Há que se considerar que todo trabalho é investido de afetividade por parte do indivíduo que o realiza. A afetividade é a base do psiquismo, elemento fundamental na conduta e reações individuais. LEONTIEV (citado por LANE, 1994) considera as emoções e os sentimentos de extrema importância, pois estão presentes no sistema motivacional que levando à ação e atividade irão constituir características próprias que identificam a individualidade. HELLER, nesse mesmo artigo, corrobora dizendo: “Os afetos significam que uma pessoa está implicada com algo ou

alguém e este fato pode se constituir desde emoções simples até sentimentos mais complexos que caracterizam a própria personalidade da pessoa” (p. 4).

Ao penetrar nos demais aspectos da vida psíquica, a afetividade influenciará e será influenciada pela percepção, a memória, o pensamento, a vontade e a inteligência, caracterizando-se, como componente essencial do equilíbrio da personalidade.

Segundo CODD (1999), a palavra afeto deriva do latim *affectu*, que significa afetar, tocar. O afeto é, portanto, o elemento primordial da afetividade, a qual é definida nos termos de um “conjunto de fenômenos psíquicos que se manifestam sob a forma de emoções, sentimentos e paixões, acompanhados sempre da impressão de dor ou prazer, de satisfação ou insatisfação, de agrado ou desagrado, de alegria ou tristeza” (p.51). Enfatiza que na lógica capitalista, em que o trabalho está permeado por mediadores como salário, normas, hierarquia, cronograma e burocracia, a objetivação da atividade se torna imprescindível. Nesse sentido, a organização científica do trabalho expulsou o afeto das relações de trabalho para que a objetividade no trabalho prevalecesse. HELLER (citada por LANE, 1994) acrescenta: “(...) O campo de ação permitido pela sociedade atual, e o pensamento determinado por ela, produzem e fixam sentimentos particularistas, perpetuam e reproduzem a alienação dos sentimentos, o caráter irrestringível de certos afetos. O homem está unificado, porém a personalidade está cindida” (p. 4).

De acordo com DEJOURS (1987), a organização do trabalho, que anula os comportamentos livres e criativos, empobrece a atividade mental e

expõe o corpo a conversões somáticas e a sofrimento psíquico. Estes decorrem da ausência de proteção do aparelho mental que media as necessidades internas e as exigências do meio. Dessa forma, percebe-se que a execução de uma tarefa prescrita, isto é, sem investimento material ou afetivo, exige a produção de esforço e vontade, as quais sobrecarregam a atividade psíquica do trabalhador. A prática organizacional evidencia ainda, que diante do avanço tecnológico, cada vez mais o suporte afetivo aparece como fator decisivo no processo laboral, uma vez que possibilita a criação de vínculo.

O conceito de vínculo pressupõe a noção de relação. No que tange aos aspectos presentes na relação homem-trabalho, uma vez que este último é investido de afeto, há que se ter presente que o trabalhador necessita de um retorno deste investimento.

CODO (1999) afirma que os mediadores desta relação (tais como os citados acima) impedem o retorno do afeto direcionado à atividade na proporção investida. Sendo assim, o ciclo afetivo se quebra, uma vez que estratégias defensivas são necessárias para manter a integridade psíquica do trabalhador. O autor acrescenta que o uso de alguns mecanismos são utilizados com sucesso, garantindo a saúde mental. Contrariamente, outros não são suficientes para garantir o equilíbrio psíquico, no qual o conflito vincular-se X não vincular-se afetivamente atingiu uma dimensão incapaz de disponibilizar alternativas ao trabalhador, levando-o ao adoecimento.

Tendo em vista as contribuições feitas até o presente momento no campo da psicopatologia do trabalho, torna-se indispensável a discussão do

seguinte questionamento: "Por que algumas pessoas adoecem e outras não, estando elas submetidas a uma mesma organização do trabalho?"

Estudos como os de MENDES (1995) e COUTO (1995) mostram que os indivíduos reagem de forma diferente às dificuldades das situações de trabalho e chegam ao mesmo com a sua história de vida. E é neste contexto que se instalam as relações conflituosas. De um lado, encontra-se a pessoa e a sua necessidade de bem-estar e prazer; e do outro, a organização que tende a modelar o trabalhador às características de execução da tarefa.

FREUD (1976), em "O Mal Estar da Civilização", já lançava a teoria de que a atividade do homem caminha em duas direções: busca de ausência de sofrimento e desprazer, e de experiência intensa de prazer. O sofrimento apareceria como decorrência das sensações desagradáveis provenientes da não satisfação de necessidades. E acrescentou: "(...) o sofrimento ameaça o sujeito em três direções: a do próprio corpo, do mundo externo e dos relacionamentos com os outros homens. Assim sendo, o sofrimento não é originado na realidade exterior, mas sim, nas relações que o sujeito estabelece com esta realidade" (p. 125).

Os trabalhadores, individual ou coletivamente, elaboram ou constróem defesas para evitar ou tornar suportável o sofrimento, numa atitude de não provocar transformações. Já quando eles se enfrentam às condições ou situações determinantes do sofrimento, com atitudes conscientes de mudança das situações que originam o sofrimento pode-se dizer que constróem *resistências* relacionadas a organização do trabalho (DEJOURS, 1987). Assim, "as estratégias defensivas podem contribuir para tornar

aceitável aquilo que não deveria sê-lo” (DEJOURS, 1999: 37). Um papel paradoxal desempenhado pelas mesmas estratégias defensivas, pois ao permitirem suportar o sofrimento do trabalho, ao mesmo tempo fazem com que seja suportado e não enfrentado.

As *estratégias individuais de defesa* no trabalho perigoso servem para neutralizar o medo, enquanto que em outras situações servem para tornar suportável o trabalho tedioso. DEJOURS (1987) observa que as *estratégias coletivas de defesa* funcionam inteiramente desvinculadas de qualquer perspectiva libertadora e respondem unicamente à necessidade de suportar a penosidade do trabalho e, acima de tudo, o medo e a ansiedade. Estas estratégias coletivas defensivas estão voltadas para a negação coletiva dos riscos, favorecendo a continuidade da dominação e a exploração.

Por estratégias coletivas defensivas entendemos os mecanismos socialmente construídos ativados para enfrentar o sofrimento no trabalho dominado, com a possibilidade iminente de instalação de doenças psicossociais e de psicopatologias (SELIGMANN-SILVA, 1994). Estas, operam principalmente através de dois mecanismos: inversão e eufemização. O primeiro consiste no desafio ao perigo ao invés de se sentir ameaçado por ele. A eufemização percebe-se através da diminuição e/ou ridicularização do perigo presente no trabalho. (SELIGMANN-SILVA, 1994; DEJOURS, ABDOUCHELI & JAYET, 1994).

Perante a necessidade efetiva de enfrentar a organização do trabalho, os trabalhadores constroem socialmente uma série de idéias e fórmulas como corolário das estratégias defensivas, às quais DEJOURS (1987) chama de

ideologias defensivas, têm por objetivo mascarar, conter e ocultar uma ansiedade particularmente grave para lutar contra um perigo e riscos reais. Este conjunto de sentenças, conformadas como ideologias defensivas, torna-se uma defesa coletiva que amortece os efeitos nocivos sobre a saúde mental dos trabalhadores, permitindo diminuir e exorcizar o sofrimento.

As condutas perigosas aparecem como desafio ao risco e também como uma tentativa de domínio simbólico do medo ou ao trabalho tedioso. Elas também, provavelmente, funcionam como um sistema de seleção pela exclusão dos vacilantes. Em contrapartida, para todos os outros que delas participam, cria uma intensa coesão, um clima de cumplicidade protetora: “Nas situações em que a exploração se encontra mais elevada, crescem os riscos de sofrimento mental e se intensificam as defesas psicológicas contra ele” (SELIGMANN-SILVA, 1994: 251).

As estratégias de defesa sinalizam a maneira pela qual se desenvolvem condutas particulares e coletivas de resistência e, ao mesmo tempo, de alienação do sofrimento no trabalho. A natureza subjetiva do sofrimento, contudo, implica em sua representação concreta na vida dos trabalhadores, ainda que a vivência do sofrimento não se mostre totalmente consciente. Dejours nos afirma, “o sofrimento é uma experiência vivenciada, indissolúvel da corporeidade ... o sofrimento humano no trabalho é sempre, antes de tudo, um sofrimento do corpo, engajado no mundo e nas relações com os outros” (DEJOURS, 1999: 19).

As estratégias de defesa utilizadas pelos indivíduos tornam o sofrimento mais dissimulado, embora caracterize uma sintomatologia própria

à algumas profissões expostas ao risco. Vale ressaltar, segundo DEJOURS (1987), que a vida psíquica é um patamar de integração do funcionamento do organismo; logo, a dissociação entre as exigências do trabalho e as necessidades psicofisiológicas do indivíduo produzem eventos psicossomáticos. As chamadas psicopatologias do trabalho sinalizam a vivência de um drama pessoal; registra a luta daquilo que foi ao mesmo tempo estruturante e patogênico para as pessoas. Um drama que apesar de singularidade, se estrutura em torno das experiências da situação de trabalho. O que está implicado no sofrimento humano no trabalho é antes de tudo o corpo, lugar da percepção do sofrimento e de restrição de condutas; é através dele que identificamos talvez a medida do sofrimento, seja na lesão, na dor, na incapacitação de movimentos, na auto-agressão, na vivência do estresse e da fadiga.

2.3 CARGAS DE TRABALHO, SÍNDROMES DOLOROSAS E DISTÚRBIOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS

As doenças psicossociais inscrevem-se num espaço no qual o objeto central da análise, neste campo interdisciplinar, é a inter-relação entre o trabalho e os processos saúde/doença "cuja dinâmica se inscreve mais marcadamente nos fenômenos mentais, mesmo quando sua natureza seja eminentemente social" (SELIGMANN-SILVA, 1994: 51).

A ocorrência de síndromes dolorosas associadas às condições ocupacionais estão relacionadas, em grande medida, a determinadas formas de organização da produção e do trabalho, bem como às condições físicas e objetivas em que este trabalho é executado (MORAES, MARQUES, KILIMNIK, LADEIRA, 1995). As atuais transformações no mundo do trabalho e os impactos da reestruturação produtiva parecem ter aumentado as proporções destas implicações sobre a saúde dos trabalhadores, ampliando e tornando mais complexa a avaliação dos sintomas de dor e desconforto físico e psicológico. Para WISNER (1994: 28), "dentre as doenças ligadas ao trabalho, um das mais graves é a lombociática dos condutores de máquinas da construção civil. Essa doença pode, entretanto, atingir qualquer pessoa, qualquer que seja seu emprego".

Estudos epidemiológicos recentes apontam verdadeiras epidemias das chamadas doenças profissionais ou doenças relacionadas ao trabalho⁴. Para MENDES e DIAS (1994: 391), diferenciam-se as doenças profissionais das doenças relacionadas ao trabalho por aquelas não serem consideradas "específicas" do trabalho, ou seja, são doenças cuja incidência ou prevalência ocorre em determinadas categorias de trabalhadores. Já as doenças relacionadas ao trabalho são definidas a partir de estudos epidemiológicos e geralmente são aquelas onde as condições de trabalho constituem um *fator de risco adicional*.

⁴ Um exame dos dados disponíveis desses estudos pode ser visto na coletânea "De que adoecem e morrem os trabalhadores", organizada por LACAZ e RIBEIRO e publicada pelo Departamento Inter-sindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), em 1994.

As doenças relacionadas ao trabalho vêm se tornando cada vez mais incidentes num mundo cada vez mais industrializado. Nos EUA, o *National Institute of Occupational Safety and Health* - NIOSH, prevê que para o ano 2000, as doenças relacionadas ao trabalho atinjam 50% da população trabalhadora daquele país (LACAZ & RIBEIRO, 1984).

A investigação sobre as doenças relacionadas ao trabalho, porém, não são recentes. No século XVI, George Bauer apresenta um estudo sobre doenças e acidentes de trabalho em mineiros. Foram descritas, também, no início do século XVII, pelo médico Bernardino Ramazzini, em seu livro intitulado *As Doenças dos Trabalhadores*. Nesta obra, o autor descreve com minuciosidade cerca de 50 doenças de origem ocupacional, provenientes de movimentos repetitivos e irregulares e posturas inadequadas nas atividades laborais, inclusive aquelas denominadas “doenças dos Escribas”. Considerado o Pai da Medicina do Trabalho, foi ele quem introduziu na consulta médica a pergunta: Qual a sua ocupação? (CHEREN, 1998).

Nos países europeus industrializados, as chamadas doenças ocupacionais concentraram-se no final do século XIX até a metade do século XX, quer pela gravidade real do problema, quer pelas necessidades de criação de sistemas de seguro (MENDES, & DIAS 1994). Em 1891, Fritz De Quervain descreve a tenossinovite do polegar como a “entorse da lavadeira”, até hoje conhecida como tenossinovite estenosante ou síndrome de De Quervain⁵.

⁵ Para maiores detalhes sobre os DORTs, ver o texto em Anexos II: “Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORTs): noções básicas”.

Durante o século XX, entre as décadas de 50 e 60, no Japão, começam a surgir epidemias de doenças relacionadas aos esforços repetitivos em perfuradores de cartão, operadores de caixa registradora e em datilógrafos. Na década de 70, a Austrália é marcada por um acentuado aumento nos benefícios pagos por doenças do trabalho a digitadores, operadores de linhas de montagem e embaladores. Entre os anos de 1984/1985, começam a ser descritos, no Brasil, os primeiros casos deste tipo de adoecimento, com maior incidência entre os digitadores, devido a alta velocidade do trabalho e dos incentivos à produção, com pagamentos adicionais de produtividade (LACAZ & RIBEIRO, 1984).

FACCHINI (1993) chama a atenção para as formulações teóricas da epidemiologia que estão ancoradas no modelo de determinação social da doença. Nessas, a questão da saúde do trabalhador tem permitido evidenciar a potencialidade de categorias intermediárias de análise, como por exemplo, o conceito de carga de trabalho, no estudo do impacto dos componentes do processo de trabalho agindo sobre a saúde do trabalhador. As cargas de trabalho, vistas como fator de exposição próprio do trabalho, são classificadas segundo sua natureza em cargas físicas, químicas, orgânicas, mecânicas, fisiológicas, psíquicas. Cada tipo de carga pode ser analisado a partir das condições de trabalho da seguinte forma:

a) Carga física compreende os níveis de ruído, vibração, temperatura, iluminação, atividade muscular e postura corporal;

b) Carga cognitiva refere-se à tomada de decisão, uso da memória e percepção;

c) Carga psíquica configura-se pela realização do trabalho sob pressão (de tempo ou de quantidade), por problemas de ordem afetiva e relacional (insatisfação, monotonia, desprazer) - que envolvem aspectos psicodinâmicos do trabalho (WISNER, 1987 e 1994; DEJOURS, ABDOUCHELI & JAYET, 1994).

No campo da Medicina do Trabalho, o estudo das agressões pelo trabalho (cargas) é visto a partir das suas condições, identificadas em agentes de risco físicos, químicos e biológicos que estão presentes no ambiente profissional. Quando não são tomadas medidas de controle, esses fatores de risco podem levar, dentre outros transtornos, a comprometimentos orgânicos para o trabalhador, como as doenças ocupacionais próprias a cada agente de exposição. No âmbito da Psicologia do Trabalho, da Psicodinâmica do Trabalho e da Ergonomia, a carga de trabalho é analisada a partir da especificidade das exigências das tarefas e das condições de trabalho.

A carga física é o primeiro problema tratado pela Fisiologia do Trabalho e, para medi-la, utilizam-se métodos laboratoriais de avaliação da carga física geral, pela medida da frequência cardíaca, a mais usada, ou do consumo de oxigênio e de avaliação da carga física local (na musculatura), através da eletromiografia (WISNER, 1987). O autor adverte que existem certos aspectos como vibrações, choques e más posturas que influenciam pouco ou em nada a frequência cardíaca ou o consumo de oxigênio que, no entanto, podem ser agentes importantes numa investigação de cargas. Além dos recursos laboratoriais, pode-se operar com a percepção dos trabalhadores, ou

com os recursos da observação que, muitas vezes, apresentam maior aplicabilidade pelo menor custo e praticidade na execução.

Segundo PHEASANT (1994), muitas lesões que as pessoas experimentam, ou as condições em que desenvolvem, provêm de padrões de carga músculo-esquelética - tais como a postura para a realização da tarefa, como a exigência de força e movimentos corporais - vinculado às tarefas do trabalho. A autora afirma que uma lesão ergonômica (*injury ergonomic*) é resultado de uma desproporção entre a demanda física, e às vezes, mental, da tarefa do trabalho e a capacidade do trabalhador em satisfazer esta demanda. Tal situação ocorre como resultado de um simples episódio de sobrecarga ou pode ocorrer insidiosamente como resultado de um trauma cumulativo. As enfermidades surgem no estágio de esgotamento da capacidade do indivíduo em responder ao trabalho de forma saudável. As dores lombares podem estar relacionadas ao trabalho que gera sobrecargas. Nesta ótica, avalia-se que os distúrbios músculo-esqueléticos podem ser considerados como uma lesão de natureza ergonômica.

Do ponto de vista do diagnóstico das doenças músculo-esqueléticas podemos dizer que elas se apresentam através de um quadro doloroso inespecífico, com dificuldade de diagnóstico devido à subjetividade do sintoma da dor. Faz parte de sua etiopatologia: a sobrecarga músculo-esquelética (dinâmica e estática) e a sobrecarga mental. Seus fatores de risco ocupacionais são: ergonômicos, organizacionais e psicossociais e os fatores de risco individuais estão associados aos antecedentes mórbidos,

traços de personalidade, aspectos afetivos-emocionais e hábitos de conduta no trabalho e em casa (HELFENSTEIN, 1998; LECH, 1998).

De acordo com os indicadores apresentados por MENDES e DIAS (1994: 392), as doenças músculo-esqueléticas estão ao lado das doenças classificadas como "nervosas", tais como o estresse e afecções do trato digestivos, além de serem mais referidas e freqüentes junto a Previdência Social, reflexo cada vez mais atual dos conflitos entre a força de trabalho e a realidade do processo produtivo.

As dores lombares são o segundo sintoma de maior incidência nos Estados Unidos, superado apenas por problemas respiratórios. Segundo uma estimativa recente, os custos da remuneração de inválidos e da perda de produtividade podem chegar a 100 bilhões de dólares anuais (BOORSOOK, LE BEL, MC PEEL, 1996). No Brasil, apesar de não termos dados precisos, percebemos entre os profissionais de saúde, particularmente os neurologistas e fisioterapeutas, a avaliação de um quadro endêmico de pessoas que apresentam queixas de lombalgia e lombociática.

Pode se conceituar lombalgia como dor muscular manifestada na região lombar da coluna vertebral e lombociática como a uma dor lombar com irradiação para o nervo ciático, provocando dor e desconforto nos membros inferiores. As intervenções medicamentosas, cirurgias e microintervenções são os procedimentos mais freqüentemente utilizados nesses casos, embora exista um consenso de que é necessário produzir mais conhecimento sobre a etiologia das dores lombares para que intervenções mais efetivas possam ser realizadas. A Comissão de Avaliação de Instituições de Reabilitação dos

Estados Unidos, a Sociedade Americana de Dor e a Agência para Políticas de Saúde têm sugerido avaliações psicológicas como parte, não somente do diagnóstico, mas também do tratamento de síndromes dolorosas.

As chamadas Lesões por Esforço Repetitivo (LER) foram reconhecidas como doença do trabalho no Brasil, em 1987. Em julho de 1997, o Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS, publicou no Diário Oficial da União, uma minuta para a atualização da Normas Técnicas sobre estas lesões que, a partir de então, passaram a ser denominadas Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT.

A sigla DORT engloba os problemas de coluna como as lombalgias ou dorsalgias, popularmente conhecidas como "dor nas costas"; as dores e queixas crônicas relacionadas com a coluna vertebral constituem um complexo desafio para a saúde ocupacional, e são importantes em virtude de sua frequência e dos efeitos incapacitantes.

Atualmente, observam-se problemas de coluna em determinadas categorias profissionais como motoristas de ônibus, operadores de máquinas pesadas na construção civil, estando associadas especialmente a fatores traumáticos e ergonômicos. Organizações internacionais e grupos de pesquisa destacam os trabalhadores da enfermagem como grupo de risco e de maior incidência dos DORT, ao lado dos operadores de computador e dos caixas de banco (LACAZ & RIBEIRO, 1984).

A implementação de mudanças ergonômicas nos postos ergonômicos tende a melhorar as condições de trabalho dos trabalhadores. Entretanto, nos estudos sobre os DORT, é comum atribuir uma multicausalidade ao

aparecimento da doença. Neste sentido, SOUZA aconselha considerar o aspecto psicossomático e subjetivo do portador de LER; entre estes últimos detecta "a existência sempre, de uma história familiar e/ou pessoal de muitos conflitos e frustrações profissionais e pessoais" e a "falta de responsabilização individual da doença" (SOUZA, 1997: 163).

O aparecimento dos DORT pode ser um indicador valioso para os gerentes e dirigentes de empresa detectarem falhas na organização do trabalho, pois além das dores musculares, ela normalmente está associada à quedas de produtividade e de desempenho. Para o trabalhador, ser portador de DORT, além das dores musculares e dificuldade de movimentos, significa uma baixa na sua auto-estima, desânimo e ser objeto de discriminação por parte dos próprios colegas que não compreendem a gravidade da doença.⁶

⁶ Para maiores detalhes sobre os DORT, ver o texto em Anexos II: "Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT): teoria e desempenho".

PARTE II

2.4 O PSICODIAGNÓSTICO: TEORIA E CIENTIFICISMO

"Diagnóstico", em sentido etimológico significa, "conhecer através de". Para TRINCA (1984), "Diagnosticar quer dizer discernir em um fenômeno aspectos, características e relações que compõem um todo, o conhecimento do fenômeno; este conhecimento é atingido através de processos de observações, avaliações, interpretações que se baseiam em nossas percepções, experiências, informações adquiridas e formas de pensamento" (p. 35).

Quando se fala em psicodiagnóstico estamos nos referindo genericamente a um procedimento de avaliação das condições psicológicas das pessoas. Na verdade, podemos afirmar que o procedimento psicodiagnóstico, a partir da definição do fenômeno psicológico a ser estudado, se organiza em função da abordagem teórico-metodológica, ao mesmo tempo em que delimita o campo da competência do psicólogo. Porém, há muitas maneiras de definir "psicodiagnóstico". Vejamos o que há de comum entre elas:

Para CUNHA, FREITAS e RAYMUNDO (1993), "Psicodiagnóstico é uma avaliação psicológica feita com propósitos clínicos (...), um processo científico, porque deve partir de um levantamento prévio de hipóteses (...),

onde a testagem é um de seus principais recursos” (p. 3). Afirmam, também os autores:

"O psicodiagnóstico é um processo científico, limitado no tempo, que utiliza métodos e técnicas psicológicas (*inputs*), individualmente ou não, entendendo (...) os problemas, identificando e avaliando aspectos específicos, classificando o caso e prevendo seu curso possível, para comunicar resultados (*outputs*).” (p. 9).

OCAMPO (1981) caracteriza o psicodiagnóstico como uma prática bem delimitada, cujo objetivo é "...obter uma descrição e compreensão o mais profunda e completa possível da personalidade do paciente ou do grupo familiar. (...) Abarca os aspectos pretéritos, presentes (diagnóstico) e futuros (prognóstico) dessa personalidade. (...) Uma vez obtido um panorama preciso e completo do caso, incluindo os aspectos patológicos e os adaptativos, trataremos de formular recomendações terapêuticas adequadas".

De uma maneira geral, os principais autores na área da avaliação psicológica no Brasil (CUNHA, FREITAS & RAYMUNDO, 1993; WECHSLER & GUZZO, 1999) concordam que o psicodiagnóstico comporta geralmente uma série de elementos, dentre os quais:

- *O contrato de trabalho*: definição de responsabilidades entre cliente ou responsável e o psicólogo, estabelecendo os objetivos e o processo de psicodiagnóstico;

- *A duração do trabalho*: no contrato deve ser dada uma estimativa do tempo (número aproximado de sessões) que a avaliação vai exigir;
- *instrumentos*: testes que serão utilizados no processo de avaliação;
- *O historial clínico*: levantamento da história clínica e detalhamento da queixa que gerou o processo de avaliação;
- *As hipóteses*: no final da avaliação, o psicólogo deve chegar a estabelecer hipóteses explicativas sobre o problema avaliado, de sorte que possa dar encaminhamento e sugestões de intervenção para o caso;
- *prognóstico*: o psicólogo deve dar uma previsão de possível curso que o caso vai tomar;
- *comunicação dos resultados*: informação sobre os resultados alcançados, que podem ser formatadas em laudo ou pareceres profissionais.

Dentre os principais finalidades do psicodiagnóstico, podemos encontrar o seguinte elenco:

- *Descritiva*: consiste no perito (psicólogo, psiquiatra) detalhar a presença ou não de sinais de distúrbios psicopatológicos (não precisa fazer uso de testes, necessariamente);
- *Classificatória simples*: consiste em dar o perfil psicológico do sujeito que resulta da aplicação dos testes, interpretados segundo normas dos mesmos;
- *Avaliativa*: consiste em identificar problemáticas psicopatológicas através de uma metodologia mais sofisticada. Esta avaliação é

tipicamente feita por psicólogos e psiquiatras e visa um possível tratamento psicoterápico do caso;

- *Preventiva*: consiste na identificação precoce de problemas psicológicos no sujeito, fazendo uma avaliação dos aspectos positivos e negativos relacionados ao enfrentamento dos sintomas, dificuldades ou conflitos específicos por parte do sujeito (é chamada correntemente de triagem);
- *Entendimento dinâmico*: com base na teoria psicológica da personalidade, identificar problemas psicopatológicos;
- *Classificatória nosológica*: consiste na avaliação da incidência de descompensações psicopatológicas, objetivando classificá-las dentro de uma tabela de classificação psiquiátrica (por exemplo, o DMS);
- *Forense*: consiste na avaliação psicológica para fins judiciais, geralmente para determinar níveis de sanidade ou insanidade mental de réus;
- *Prognóstica*: avaliação psicológica para determinar o curso possível de um caso clínico.

Realizar um psicodiagnóstico é, de certo modo, obter um certo conhecimento, porém não em seu sentido social, como conhecemos as pessoas em situações informais. Além de supor naturalmente um "enquadre" mínimo (definido pela metodologia de acesso aos sujeitos, mediante um "contrato" entre a demanda por avaliação psicológica de uma parte e a oferta

de um serviço especializado, de outra), o psicodiagnóstico, enquanto procedimento de avaliação psicológica, supõe o agrupamento coerente entre teoria, método e técnica, ou seja, trata-se de um conhecimento cientificamente orientado sobre o ser humano.

Uma das características básicas do conhecimento científico é o esforço em não se restringir à descrição de fatos separados e isolados, mas tentar apresentá-los sob o estatuto do contexto e do estado da arte das pesquisas relacionadas. O psicodiagnóstico presume a possibilidade de enriquecimento da nossa percepção sobre os problemas individuais, desde que lastreado cientificamente pelas exigências de investigação de fenômenos psicológicos experienciados coletivamente.

O conhecimento obtido pelo psicodiagnóstico é um conhecimento orientado pelas teorias psicológicas. Teoria entendida em seu sentido como o "conjunto organizado e coerente que integra um grande número de fatos e leis (...) mediante certas regras de combinação e dedução" (Granger, citado por RUSSELL, 1969: 292).

As teorias psicológicas são sistemas conceituais que podem nos ajudar a encontrar a inteligibilidade dos fenômenos do psicodiagnóstico, entendendo e interpretando, articulando e organizando, sintetizando e universalizando nossa experiência. Para isto é preciso contar com esta outra linguagem, diferente da linguagem comum. A linguagem comum é decisiva na organização de nossas experiências, e como em toda linguagem, implica que a diversidade dos fenômenos desapareça sob nomes que designam semelhanças aparentes. A linguagem comum agrupa os fenômenos a partir

de semelhanças aparentes, enquanto a linguagem da ciência não procura nos fenômenos apenas a similitude, mas fundamentalmente a ordem: um dos elementos inerentes e indispensáveis da ciência é a criação de uma terminologia sistemática coerente:

"O que é feito inconscientemente na linguagem é conscientemente pretendido e metodicamente realizado no processo científico. A criação de uma terminologia sistemática e coerente não é, de modo algum, um aspecto acessório da ciência, e sim um de seus elementos inerentes e indispensáveis. Quando Lineu criou sua *Philosophia botanica*, teve de enfrentar a objeção de que se tratava apenas de um sistema artificial, não natural. Mas todos os sistemas classificatórios são artificiais. A natureza, como tal, contém apenas fenômenos individuais e diversificados. Se colocarmos esses fenômenos em conceitos de classe e leis gerais, não estaremos descrevendo factos da natureza. Todo sistema é uma obra de arte - resultado da ação criativa consciente" (CASSIRER, 1994: 297).

Elaborar um sistema conceitual cuja ordem e coerência corresponda completamente à ordem da natureza é um velho sonho humano, sendo a ciência o limiar expressivo deste esforço milenar. Tentar conciliar a palavra e a coisa equivale à busca da verdade, no sentido filosófico, algo que nunca se atinge, mas para o qual se orienta permanentemente o conhecimento humano.

Em todas as ciências, como na Psicologia, são criados modelos abstratos, formulações lógico-hipotéticas, que unem-se em uma relação de analogia com os objetos do conhecimento. Historicamente, um dos primeiros modelos de que se serviu o psicólogo para orientar a atividade psicodiagnóstica foi o modelo médico. A medicina, aliás, é a área de origem onde surgiu o termo "diagnóstico", tal como assinala SEMINÉRIO (1977):

"Em sua área de origem, a medicina, o sentido de diagnóstico liga-se sistematicamente à explicação de manifestações patológicas, à qual se chega "através de" sintomas observáveis (diagnóstico) que, por sua vez, permitem prever evolução e conseqüências (prognóstico)" (p. 55).

De forma moderna, o modelo de diagnóstico médico é definido por DOR (1991) da seguinte maneira:

"Na clínica médica, o diagnóstico é, antes de tudo, um ato que obedece a duas funções. Trata-se, em primeiro lugar, de efetuar uma discriminação baseada na observação de certos sinais específicos (semiologia). Em segundo, trata-se de pôr em perspectiva o estado patológico assim especificado, em relação a uma classificação devidamente codificada (nosografia). (...) o arsenal de investigação que se desdobra simultaneamente em duas orientações complementares: uma investigação anamnésica destinada a recolher os fatos comemorativos da enfermidade; uma investigação "montada" centrada

sobre o exame direto do paciente por meio de mediadores instrumentais, técnicos, biológicos, etc. Essa dupla investigação colige o conjunto das informações necessárias para definir o perfil especificamente isolável da afecção patológica"(p. 49).

Ao situar o modelo do psicodiagnóstico ao longo da história da Psicologia, OCAMPO (1981) afirma:

"O psicólogo trabalhou durante muito tempo com um modelo similar ao do médico clínico que, para proceder com eficiência e objetividade toma a maior distância possível em relação a seu paciente a fim de estabelecer um vínculo afetivo que não lhe impedisse de trabalhar com a tranquilidade e a objetividade necessárias" (p. 14).

Tradicionalmente, o processo psicodiagnóstico era considerado "a partir de fora", como uma situação em que o psicólogo atuava como alguém que aprendera o melhor possível a aplicar testes psicológicos. De outro ponto de vista, "a partir de dentro", o psicólogo sentia sua tarefa como o cumprimento de uma solicitação com as características de uma demanda a ser satisfeita seguindo os passos e utilizando os instrumentos indicados por outros (psiquiatra, psicanalista, pediatra, neurologista, etc).

Grande parte dos problemas relacionados à carência de instrumentos psicológicos válidos em nossa realidade se deve a essa postura de cumpridor de tarefas por parte dos psicólogos. A história da avaliação psicológica no

Brasil nos mostra que, fora algumas exceções, o psicólogo manteve uma distância acentuada da pesquisa e do tratamento adequado das informações geradas pelos diversos tipos de psicodiagnóstico realizados.

O psicodiagnóstico, ao se apoiar em dados empíricos, embora nem sempre controláveis, resulta de uma avaliação objetiva, de acordo com o sistema de representação conceitual que se trabalha (relação linguagem-teoria). Diferentemente do modelo médico, a atribuição de causalidade psíquica aos sintomas procede de outras vias que não necessariamente as cadeias habituais de causas e efeitos (doença orgânica, variações químicas do organismo), ainda que se possa identificar e prever a evolução de uma patologia. Porém, em psicologia, é difícil verificar uma organização estável entre a natureza das causas e a dos efeitos.

A identificação de "elementos estáveis" no curso de um psicodiagnóstico requer o concurso de alguma orientação teórica através da qual a diversidade das manifestações dos sintomas do sujeito é percebida mediante certa ordem. Dito de outro modo, o examinador deverá "apoiar-se em certos princípios e procurar os fatos", sendo que os eventos por ele observados devem ser concebidos não como uma realidade intuída, que se oferece imediatamente à percepção, mas como realidade instruída, identificada a partir de um modelo que, como uma "rede", é aplicada pelo especialista sobre os eventos, revelando-se alguma inteligibilidade, a possibilidade de um sentido.

A noção de *estrutura*, por exemplo, é útil para fazermos distinções. Pode-se considerá-la um instrumento do pensamento com o qual organizar a

percepção (e descrição) do que se passa num processo diagnóstico. Com esta *chave*, podemos antecipar, sob a expressão *diagnóstico estrutural* a noção de que constitui uma totalidade, em que as partes formam um sistema de relações interdependentes.

O conjunto das respostas numa prova do Rorschach, por exemplo, pode e deve ser considerada sistematicamente. Não são apenas palavras aleatórias, casuais; devem ser reconhecidas formando redes discursivas. O sentido que pode emergir das possibilidades combinatórias traduz uma síntese de uma totalidade (personalidade), da dinâmica dos processos associativos imediatamente ligados à realidade interna e externa ao sujeito, tal como a noção de estrutura faz supor. Por isso que, nos testes de personalidade, o sentido das respostas está na organização da rede de significados da qual pertencem outros sujeitos, com percepção e atribuição de significados semelhantes ou bastante diferenciados.

Quando consideramos o conteúdo da própria interpretação do especialista, sua síntese diagnóstica, (tal como sugere o termo *síntese*), também não pode contemplar apenas aspectos parciais da personalidade do sujeito. A percepção do psicólogo deve se orientar para o jogo de oposições, equilíbrios, compensações - os *dinamismos* - da personalidade. Um item de agressividade deve despertar a atenção do intérprete para seu contrário, os momentos em que o sujeito sugeriu o uso de mecanismos defensivos, recuperando o controle. Uma possível polarização assim reconhecida deve ser confrontada com outras semelhantes, - e não apenas com base no registro das respostas do sujeito, mas considerando-se as indicações de

outros níveis da relação com o intérprete, sua postura, seu comportamento verbal, sua história clínica, a forma que estabelece seus contatos sociais, etc. A síntese de um psicodiagnóstico espelha a sensibilidade do intérprete; é um desafio em que a habilidade em retratar o sujeito humano desempenha um papel vital. Dispor de inclinações intelectuais voltadas para o assunto é uma condição fundamental para o bom intérprete.

2.5 AS MEDIDAS PSICOMÉTRICAS E OS RECURSOS DE TESTAGEM

Quando nos referimos a psicodiagnóstico, necessariamente nos reportamos às técnicas e aos procedimentos de diagnóstico psicológico criados ao longo do processo de construção da ciência psicológica.

Quais são essas técnicas? Em que enfoques teóricos se sustentam? Como se incorporaram ao processo de construção do conhecimento dos fenômenos psicológico?

Os testes psicológicos são as técnicas mais conhecidas de diagnóstico psicológico, embora não sejam as únicas. Existem, ainda, a entrevista psicológica, os inventários de personalidade, as escalas e os questionários de avaliação, as técnicas projetivas e situacionais, a dinâmica de grupo, dentre as mais empregadas.

Quando os testes são tomados unicamente pelo ângulo instrumental, eles parecem enganosamente simples. Não sem motivos, a simplificação do manuseio constitui um objetivo básico da própria construção dos testes.

Qualquer um que conheça pela primeira vez um teste pode achar que é capaz de aplicá-lo para obter um diagnóstico instantaneamente. Esta simplicidade, no entanto, desaparece quando ampliamos o foco do instrumento para a situação global de exame, movimento em que os testes aparecem então como parte de um *processo psicodiagnóstico*. A falsa segurança que a simplicidade de manuseio dos testes pode fazer supor é a mesma que pode levar a equívocos de avaliação de problemáticas psicológicas, muitas vezes de graves conseqüências sociais. Enganos menos graves são cometidos se se considera que as técnicas não têm sentido separadas das teorias e métodos, tal como percebe (HORNSTEIN, 1989):

"Uma técnica que não esteja baseada em um conhecimento teórico daquilo que pretende transformar gera uma prática cega que se esteriliza. Da mesma forma, uma teoria que não tenha método e técnica não tem campo de confrontação, já que através da aplicação técnica surgem novos materiais que permitem retificar, reelaborar e ampliar o campo teórico. (...) Assim como uma ciência contém um sistema conceitual teórico no qual é pensado seu objeto, contém também um método que expressa a relação que a teoria, em sua aplicação, tem com seu objeto" (p. 45).

Podemos afirmar, de forma simplista que os testes psicológicos, separados da teoria psicológica não são muito diferentes dos "testes" que são publicados nas revistas informativas. As tarefas de construção, validação e

sistematização de resultados dos testes psicológicos exigem um conjunto significativos de considerações de caráter teórico e metodológico. O tema do psicodiagnóstico, tema ao qual estão diretamente associadas as técnicas psicológicas, é a referência e o registro no qual os testes podem ser reconhecidos em sua dimensão complexa, para além da simplicidade que engana.

A palavra *teste*, em ciência, está associada com medidas, registros, estatísticas, normas, padronizações, amostras; um termo impregnado pelo modelo científico de conhecimento da realidade.

A definição primeira que encontramos de testes psicológicos, definição que identifica os testes científicos de modo geral, não reconhece diferenças fundamentais entre medir características materiais ou pessoais, sugerindo uma relação de objetivação, de separação, entre quem pergunta (estimula, provoca) e outro que responde (reage), sendo avaliado. Este sentido de relação sujeito-objeto acompanha os testes mentais desde o surgimento da Psicologia. Como a ciência psicológica, os psicotestes foram criados seguindo as regras metodológicas das ciências naturais e, por isso, trazem as marcas do realismo científico, que confere para tudo o que existe (inclusive o comportamento humano) existe em certa quantidade e pode, portanto, ser medido.

2.6 A TÉCNICA DE RORSCHACH E A VALIDADE DAS TÉCNICAS PROJETIVAS

Estos cuadros de los infiernos
Tan negros e espantosos
(Fantasmas son, aunque de poca monta)
Se han hecho ellos mismos,
Sin mi intervención, para asustarme
Pero... sólo son manchas de tinta.

J.Kerner – *Klecksographie*

Hermann Rorschach (1884-1921), criador da técnica que leva seu nome, nasceu em Zurique, na Suíça. Filho mais velho de um pintor e professor de desenho, perde seu pai em 1903, época inicia sua preparação para os estudos universitários junto ao famoso biólogo Haeckel, que o ajuda a decidir pela carreira médica (ANZIEU, 1981). Especializa-se em psiquiatria, na clínica dirigida por Eugène Bleuler, após trabalhar em hospitais-colônia na Rússia, na Alemanha e na Suíça.

Contemporâneo de muitos intelectuais do estruturalismo europeu, Rorschach dedica-se a uma variedade de estudos em clínica médica, com especial atenção aos estudos sobre as alucinações, a imaginação e suas relações com a estrutura de personalidade. Em 1921, Rorschach publicaria sua mais famosa obra, o *Psychodiagnostik*, na qual formula uma técnica de avaliação da personalidade, baseada em quadros de manchas de tinta construídas e testadas em variadas populações psiquiátricas e não-psiquiátrica durante quase dez anos.

A idéia de utilização das manchas de tinta como prova psicológica não é originalmente de Rorschach, mas surgiu na segunda metade do século passado, quando Binet, Henri e Kerner tentaram usá-las para o estudos da

imaginação e para avaliação de material psicológico (ADRADOS, 1987). A originalidade de Rorschach foi de ter construído e validado uma técnica de avaliação da personalidade, composta por um conjunto de códigos de localização e classificação das respostas, dos atributos das manchas responsáveis pela imagem percebida (forma, movimento e cor) e dos conteúdos evocados (humano, anatomia, animal, natureza, etc).

Além disso, em seu *Psychodiagnostik*, Rorschach evidenciava o potencial do método por ele criado para ser utilizado com fins diagnóstico, particularmente nas áreas das psicopatologias, na sua capacidade de detectar traços ou estilos de personalidade (CHABERT, 1993; ADRADOS, 1987).

A técnica de Rorschach possui uma gama de estudos internacionais na área neuropsicológica ou orgânico-cerebrais, não na investigação da etiologia dos sintomas, mas para caracterizar aspectos da personalidade individual em problemáticas dessa ordem (CUNHA, 1993). Trata-se de uma técnica que possui hoje variados sistemas de cotação de dados, resultados da proliferação significativa de pesquisas em torno de suas propriedades básicas. Atualmente os sistemas mais em voga são os de Klopfer, o de Ombredane-Canivet e o de Exner (TRAUBENBERG, 1998). Para VAZ (1997), o sistema de interpretação de Klopfer, criador do Instituto Rorschach de Nova Iorque em 1939, de ampla utilização, inclusive no Brasil, fornece critérios muito bem definidos para a classificação das respostas.

A técnica de Rorschach se impôs na comunidade francesa logo após a Segunda Guerra Mundial, graças a influência de Marguerite Loosli-Usteri-

(natural de Genebra), de sua aluna parisiense Nella Canivet e de André Ombredane, tradutor francês do Psychodiagnostik, este último, responsável pela divulgação da técnica do Rorschach no Brasil e nos países latinos. O sistema de Ombredane-Canivet integra as inovações de Klopfer e as pesquisas posteriores feitas por Binder e Rappaport. O sistema Exner, criado nos Estados Unidos na década de 70, e chamado de *sistema compreensivo*, possui qualidades psicométricas indiscutíveis, embora seja considerado um sistema ainda visto com alguma reserva entre os rorschachistas devido a introdução de novos enfoques que atendessem aos critérios de validade e de fidedignidade. Sua vantagem é incorporar “o melhor do Rorschach”, já que, além das contribuições dos sistemas anteriores, introduz variáveis comparativas com os outros sistemas (ANZIEU, 1981; CHABERT, 1993).

No Brasil, os principais psicólogos rorschachistas, Izabel Adrados, Monique Augras, Cícero Vaz, Christiano de Sousa, André Jaquemin, dentre outros, criadores dos manuais de referência de normas locais para a técnica de Rorschach, herdaram a formação básica nos diferentes sistemas (com predomínio do sistema de Klopfer), o que torna a compreensão e utilização dos manuais técnicos da prova de Rorschach um exercício suplementar para os pesquisadores mais recentes, dado tratar-se de uma técnica notoriamente reconhecida por sua complexidade de tratamento e interpretação de dados.

A base teórica da proposta de Rorschach para o desenvolvimento de uma técnica de avaliação da personalidade, se assenta no conceito de projeção. O termo *projeção* advém do verbo latino *projicio*, que quer dizer *lançar para a frente* ou *lançar para fora*. Dentro dos estudos matemáticos,

atribui-se ao termo *projeção* a propriedade de representar a correspondência entre um ponto ou um conjunto de pontos do espaço e um outro ponto ou conjunto de pontos. Trata-se portanto de inter-relação, do tipo correspondência biunívoca entre objetos diferentes. Na Física, a *projeção* caracteriza-se como uma ação física concreta, como no caso de lançamento de um projétil. Também se desenvolve, durante o século XIX, o sentido *ótico* de projeção, explicitando a noção de envio de raios ou radiações sobre uma superfície, a partir de um foco. Surge a noção de iluminação de um campo a partir de áreas inicialmente restritas (focos) ou não aparentes.

Para ANZIEU (1981), historicamente a Psicologia toma o termo *projeção* sob os três ângulos apontados: inicialmente, apenas com um sentido de descarga de impulsos e ações, como externalizações de elementos internamente intoleráveis (sentido físico, de ação concreta). Depois concebe-se a projeção como um simples desconhecimento (e não mais a expulsão) de desejos e emoções não aceitos internamente pelo indivíduo, tendendo este a atribuir a origem das vivências à realidade externa. Dessa noção básica, que se relaciona com o sentido matemático da projeção, emerge a possibilidade teórica de estabelecimento de correspondência estrutural entre a personalidade e suas manifestações individuais. Admitida esta correspondência (entre as expressões comportamentais e a organização psíquica do indivíduo) é que os testes psicológicos podem ser um estímulo e uma superfície onde as respostas emitidas pelos indivíduos avaliados constituem-se em projeções sinalizadoras do funcionamento psíquico. Por fim, pode-se associar também o sentido ótico de projeção, isto é, a idéia de

que um foco (respostas ao teste psicológico) venha iluminar uma ampla superfície, trazendo à mostra muitos elementos da personalidade antes obscuros e restritos em sua possibilidade de compreensão.

O uso do termo projeção em Psicologia pode ser atribuído a FREUD (1976), ao explicar o funcionamento e as características das psiconeuroses de defesa, em um texto de 1896. A idéia básica da projeção como sistema de defesa num sentido de eliminação do que parece prejudicial ao ego (elementos incompatíveis entre si) constitui o primeiro sentido atribuído ao conceito e data dos estudos anteriores ao desenvolvimento da própria psicanálise.

Posteriormente, o próprio Freud - aprofundando sua análise dos princípios e funcionamento mental a partir de casos clínicos e dos costumes e comportamentos dos povos primitivos - revê a sua idéia da *projeção* como um mecanismo puramente patológico, mas uma condição para a manutenção de um estado de adaptação à realidade. Dito de outra maneira, a projeção, para Freud, não representaria apenas um mecanismo de defesa, mas também representaria uma *maneira de organização e adaptação do indivíduo à realidade externa*. O processo projetivo passa a implicar numa atribuição de características pessoais aos estímulos da realidade e, nesse sentido, pode enriquecer a qualidade da interação com aquele contexto ambiental.

As definições sobre projeção se referem sempre à marca pessoal que o indivíduo imprime na sua apreensão do mundo exterior a partir do processo perceptivo. Daí decorre a noção de que a percepção do mundo exterior é sempre subjetiva; já que toda percepção de estímulos atuais sofre a

influência das experiências perceptivas anteriores. Esse é o princípio de onde parte a construção das técnicas projetivas ou as chamadas técnicas de avaliação da personalidade.

O desenvolvimento das técnicas projetivas teve outra *démarche*, mais lenta, em relação aos testes psicológicos, pois não encontraram de início a mesma franca aceitação institucional. Desde a idealização dos primeiros instrumentos projetivos, no começo do século XX, foram considerados instrumentos de exame clínico, por vezes descritos como estímulos precariamente estruturados. São exemplos de técnicas projetivas as manchas de tinta de Rorschach e de Zulliger, ou figuras ambíguas, sombreadas, como as do TAT ou de Van Lenep. Estas técnicas consistem em expor figuras ou manchas ao sujeito, em uma seqüência determinada, solicitando que as interprete livremente. As provas projetivas apresentam o material de tal maneira que, ao organizá-lo, interpretá-lo e elaborá-lo, o indivíduo termina por projetar conteúdos psicológicos. Algumas técnicas projetivas, a exemplo do Rorschach, apresentam uma estruturação numericamente formalizadas das respostas do sujeito, o chamado psicograma, o que lhe confere um lugar especial entre as técnicas projetivas.

A entrada das técnicas projetivas no cenário da história dos testes mentais foi paulatina, a partir do uso em situações clínicas específicas, demorando para serem reconhecidas e valorizadas. A propósito, a própria expressão *técnicas projetivas* só foi cunhada em 1938, pelo psicólogo americano Lawrence Frank, que reuniu sob uma mesma definição três instrumentos anteriormente criados: o Teste de Associação de Palavras de

Jung, de 1905, o Psicodiagnóstico de Rorschach, de 1920, e o Teste de Apercepção Temática de Murray, de 1935. Instrumentos como estes, embora criados ao mesmo tempo que alguns dos principais testes psicológicos, levaram algum tempo até que fossem assimilados pelos pesquisadores e profissionais. Enquanto os testes de desempenho intelectual, impulsionados por grandes demandas institucionais, encontraram franca aceitação já nos anos 20-30 - até ao ponto de certa vulgarização -, as técnicas projetivas só foram definitivamente incorporadas ao instrumental psicológico nos anos 50. De modo semelhante, a fundamentação teórica que sustenta uma e outra destas técnicas datam de épocas diferentes. Os instrumentos psicométricos surgiram lastreados nos métodos usados pelas ciências naturais (métodos basicamente lógico-matemáticos), enquanto as técnicas projetivas só viriam a ser melhor compreendidas sob iluminação gestáltica e psicanalítica, isto é, produções do conhecimento relativamente recentes.

ANDERSON e ANDERSON (1967) estudaram a validade das técnicas projetivas considerando três aportes tradicionais - o experimental, o estatístico e o clínico - assinalando as divergências metodológicas entre eles. O método experimental, classicamente, consiste basicamente em fazer variar uma das condições mantendo o mais constante possível outra, e observar as variações concomitantes que se manifestam em uma variável dependente. A necessidade de isolar, controlar e descobrir variáveis tem por fim permitir que outros investigadores possam repetir e contrastar o experimento:

"Em uma palavra, tanto os métodos como os resultados devem ser absolutamente independentes do sujeito que realiza o experimento., daí a necessidade fundamental que existam objetividade e possibilidade de repetição, e de que se adote a linguagem precisa da matemática quantitativa para explicar a natureza das concomitâncias descobertas" (p. 45).

No enfoque estatístico, em que também são procuradas concomitâncias funcionais entre variáveis previamente abstraídas, repetindo-se a mesma preocupação com a objetividade e com a busca em se expressar matematicamente as relações, empregam além disso grandes contingentes de sujeitos procurando isolar variáveis intervenientes daquelas que se pretende estudar. Este enfoque descobriu, além das variações interpessoais, as variações intrapessoais (oscilações no desempenho de uma tarefa entre teste e reteste), colocando relevo na necessidade de comprovar e avaliar a eficácia dos testes no que respeita à sua capacidade para proporcionar estimativas estáveis e reproduzíveis.

A investigação clínica adotou uma orientação que não procede da ciência enquanto tal, mas do intento em aplicar o conhecimento, os conceitos e métodos científicos ao indivíduo, criando, por outro lado, seus próprios métodos e conceitos. Nesse caso, a idéia de uma variável isolada não tem valor senão como de obstáculo à compreensão da dinâmica da personalidade. Para o clínico, todas as situações da vida se mostram pluridimensionais, com múltiplas variáveis em constante interação. A

repetibilidade tal como a entendem os experimentalistas, não é possível: só se poderia, no máximo, distribuir os casos em grupos de síndromes, congruência ou personalidade semelhante. Mas para isso não bastam apenas os dados, tendo-se que recorrer a um processo de seleção e síntese interpretativa.

Uma das maneiras de tentar mostrar a validade das técnicas projetivas foi utilizada de modo exemplar por Hermann Rorschach. Contando com a colaboração de seu colega Oberholzer, ensinou-o a aplicar seu teste, mas não a avaliá-lo. Oberholzer então usou-o com uma de suas pacientes, que atendia há tempos, e passou seu protocolo para Rorschach, que jamais teria contato com ela. Cada um por sua vez elaborou um diagnóstico: Rorschach apenas a partir dos dados registrados no protocolo e, Oberholzer, com base em sua experiência clínica com a paciente. A seguir, apresentaram suas conclusões publicamente, mostrando que os diagnósticos eram semelhantes em seus traços principais. Este tipo de comparação entre os resultados de um sujeito obtidos através da técnica com um diagnóstico sobre a personalidade formulado diretamente por outro especialista (a chamada *análise cega*) é até hoje empregada. Mas as coincidências do diagnóstico encontradas deste modo não dependem só dos resultados da avaliação do protocolo, mas muito da competência dos psicólogos em questão.

Para percebermos o valor das técnicas projetivas é preciso um aporte teórico diferenciado, desenvolvido paralelamente à psicologia científica. Miguel Siguán (citado por ANDERSON e ANDERSON, 1967) faz as seguintes considerações preliminares a esse respeito:

"Efetivamente há exames nos quais só são utilizados os resultados numéricos dos testes psicométricos (...) Mas o exame tipicamente psicológico não é este, mas aquele que tem como objeto um *sujeito individual*, como ocorre no exame de orientação profissional ou em um diagnóstico clínico. Em um exame deste tipo, inclusive quando não são utilizados testes projetivos, os resultados dos testes psicométricos são tomados como dados que o psicólogo integra com outros dados obtidos por outros caminhos (exame médico, história familiar ou escolar, entrevista, etc.) e que são interpretados em função de uma situação pessoal e social. É na formulação desta *interpretação* e não nos dados numéricos que consiste propriamente o diagnóstico psicológico. Os dados oferecidos pelos testes psicométricos são mais precisos e mais objetivos, mas são ordenados em uma interpretação diagnóstica ou clínica que está mais próxima dos testes projetivos. Dito de outro modo, há duas técnicas de obtenção de dados acerca da personalidade: a psicométrica e a projetiva, mas uma só maneira de aproveitá-los, o motivo clínico, no marco de uma relação pessoal". (p. 33).

PARTE III

2.7 A DOR E A AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DE SÍNDROMES DOLOROSAS

A dor, como um fenômeno humano, é uma expressão de sofrimento físico e psíquico. Etimologicamente, na linhagem dos termos latinos, dor (*dolor*) significa sofrimento. A vivência da dor é uma experiência ao mesmo tempo individual e coletiva e informa diferentes níveis de interpretação:

- a) como um sofrimento moral, mágoa, pesar, castigo;
- b) como um desconforto, uma sensação desagradável;
- c) como um alerta sobre um perigo potencial ou real. Em todos esse níveis de interpretação, há um sistema de relações de variáveis que condicionam diferentes conseqüências para a avaliação da dimensão da dor. O componente psicológico, por exemplo, é reconhecidamente uma variável incidente sobre os diferentes tipos de dor.

Para BONGERS e col. (1993), a correlação entre personalidade, problemas psicológicos e grau de cronicidade de dores músculo-esqueléticas é aspecto considerado fundamental, hoje, à investigação dos quadros diagnósticos em saúde no trabalho. Os fatores psicossociais no trabalho associados à capacidade pessoal de controle desses fatores podem influenciar no aparecimento dos sintomas do estresse e, conseqüentemente,

produzir alterações no tônus muscular acompanhadas de outras alterações fisiológicas (hormonais, por exemplo) e sintomas músculo-esqueléticos propriamente dito.

Em muitos diagnósticos de síndromes dolorosas, e a nossa pesquisa demonstrou isso em parte, é relativamente comum se apresentar um quadro de dor em que há claramente associado um quadro de "descompensação psicológica", termo empregado por DEJOURS e col. (1994) para se referir ao desequilíbrio de funções psíquicas sinalizadoras de um estado geral de desprazer e desconforto.

Para BORSOOK, LE BEL e MC PEEL, (1996), a primeira estratégia para lidar com a dor é a identificação de causas orgânicas ou metabólicas, embora seja mais comum não encontrar tão facilmente estas causas. O próximo passo, então, é considerar a associação com estados emocionais alterados.

Para CRAIG (1994), assim como para FIGUEIRÓ (1999), do ponto de vista da intervenção, a medicação via uso de analgésicos é recorrente, e significa, na maioria da vezes, a primeira forma de alívio do desconforto ou do sofrimento experimentado, não muito raro acompanhada de indicação de medicação para controle de transtornos psicológicos.

À par da tradição ocidental inaugurada por Hipócrates, patrono da Medicina, e no âmbito mais moderno por Descartes, os primeiros estudos psiquiátricos e psicológicos sobre as relações entre emoções e manifestações somáticas foram sintetizados por Wundt (através do paralelismo psicofísico), Chacort (através do estudo da hipnose como

tratamento do fenômeno histérico) e Freud (com a criação da teoria e do método psicanalíticos), no final do século XIX. O século XX disseminaria um conjunto de teorias anátomo-fisiológicas e psicológicas explicativas acerca da natureza do sofrimento através da dor: fisiologia das emoções, distúrbios emocionais, caracteriologia das emoções, fisiopatologia da dor, psicopatologias.

MERSKEY e SPEAR (1967) sustentaram uma das primeiras grandes sínteses sobre o conceito de dor, ao descrevê-la, ao mesmo tempo, como uma experiência desagradável associada à danos teciduais. Em 1979, a IASP (*International Association for the Study of Pain*), "... dor é uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada com lesão real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos dessa lesão" (IASP, 1979: 250). Para TURK e MELZACK (1992) e TOLLISON e HINNANT (1996), há apenas algumas décadas, a literatura especializada passou a apontar evidências das relações existentes entre estados emocionais e distúrbios somáticos.

Uma das principais contribuições teóricas ao estudo da dor é a Teoria do Portal (*Gate Control Theory*), de MELZACK e WALL (1965), que enfatiza a incidência de aspectos emocionais nos processos dolorosos (percepção da dor). A Teoria do Portal descreve a percepção da dor como um tipo de modulação realizada pela espinha medular, sistema nervoso central e hipotálamo (em função de estimulação sensorial) sobre processos e estímulos dolorosos (inibindo ou estimulando as respostas de dor).

Fatores psicológicos, tais como experiências passadas, nível de atenção e outros aspectos cognitivos e emocionais são variáveis que atuam

sobre o mecanismo espinhal de forma a suprimir ou potencializar o registro de dor no cérebro. De forma similar, TURK e MELZACK (1992:97) sugerem, de forma analógica, que "existe um sistema de portal no sistema nervoso central que se abre e fecha, deixando passar ou bloqueando as mensagens de dor até o cérebro".

Em uma pesquisa brasileira conduzida por SARDÁ Jr., KUPEK e CRUZ (2000), são descritos e mensurados níveis de ansiedade, depressão e somatização em um grupo de pacientes portadores de lombalgia e lombociática, reafirmando a modulação, realizada pelo sistema nervoso central sobre a percepção da dor, através da manifestação de descompensações emocionais e somáticas.

LOOSER e MELSAK (1999) descrevem, a partir de uma atualização clínica dos aspectos anatômicos, fisiológicos e psicológicos, quatro categorias gerais em que se enquadram os diferentes tipos de dor:

- a) nociceção, relativa à detecção de dano nos tecidos responsáveis pela transmissão do estímulo doloroso da medula até o sistema nervoso central;
- b) percepção de dor, relativa à descrição de uma resposta produzida por um estímulo nocivo, por doença ou mesmo por lesão no sistema nervoso central ou periférico;
- c) sofrimento, relativa a uma resposta negativa à dor, induzida através do cérebro ou através de estados psicológicos aversivos, como o medo, a tensão nervosa, o estresse.

d) comportamento de dor, relativa às formas de comunicação do estado de dor, através de verbalizações, gestos, sons, etc.

Essa forma de classificação em categorias de dor ainda nos permite distinguir duas modalidades em que a dor se manifesta e que tem implicações importantes sobre a avaliação do processo doloroso: as modalidades aguda e crônica. Essa divisão está associada inicialmente à duração do processo doloroso. Para LOOSER e MELZACK (1999), a dor aguda perdura por horas, dias ou poucas semanas e a crônica ultrapassa os 4 meses e pode prosseguir por vários anos. A dor aguda acompanha a instalação da lesão e a dor crônica persiste além do tempo esperado para a cura da lesão tecidual ou é resultado de processos patológicos.

Existem, porém, diferentes formas de categorização e classificação de síndromes dolorosas. Em sua maioria, a etiologia destes sintomas é classificada de acordo com a localização ou origem do(s) estímulo(s) e duração dos sintomas.

O **Quadro 1** apresenta uma forma de classificação de síndromes dolorosas, segundo TEIXEIRA (1999: 80).

Quadro 1. Classificação de síndromes dolorosas

CRITÉRIO	CATEGORIA	TIPO
ORIGEM	DOR POR NOCICEPÇÃO (ocorre por acometimento de estruturas somáticas superficiais e profundas; de estruturas do aparelho locomotor e vísceras).	<ul style="list-style-type: none"> • Dor somática superficial • Dor somática visceral • Dor músculo-esquelética
	DOR POR DESAFERENTÇÃO (decorrente de lesão ou disfunção de estruturas neurais periféricas e centrais).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neuropatias periféricas, radiculares, plexulares, tronculares • Síndromes polineuropáticas • Síndromes dolorosas de órgão amputado. • Neuropatias centrais, medulares, encefálicas. • Neoplasias.
	DOR MISTA (resultante de ambos mecanismos).	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome da distrofia simpaticoreflexa
	DOR PSICOGÊNICA (quando não há evidências orgânicas e suspeita de etiologia comportamental e/ou psicológica).	<ul style="list-style-type: none"> • Transtornos somatoformes
DURAÇÃO	Aguda	<ul style="list-style-type: none"> • Duração de minutos, horas, dias ou semanas.
	Crônica	<ul style="list-style-type: none"> • Ultrapassa 4 a 6 meses e até anos
	Dor episódica	<ul style="list-style-type: none"> • Reicidivante ou recorrente.

TURK e MELZACK (1992), assim como SARDÁ Jr., KUPEK e CRUZ (2000), avaliam que existem evidências sinalizadoras da participação de variáveis psicológicas na manifestação e instalação do circuito crônico da dor, dentre as principais:

- a) a influência de pensamentos e emoções sobre respostas fisiológicas, tais como, tônus muscular, fluxo sanguíneo, níveis de substâncias na corrente sanguínea e no cérebro;
- b) a participação dos neurotransmissores nos processos dolorosos;

- c) a influência da valoração de eventos dolorosos na qualidade emocional da dor;
- d) a possibilidade de ansiedade, depressão, raiva e outros estados emocionais provocarem alterações viscerais, autonômicas e músculo-esqueléticas.

Além dessas evidências, outros estudos (CRAIG, 1994; MARTINEZ & CASTRO, 1992; TOLLISON & HINNANT, 1996) apontam para uma associação entre depressão e ansiedade e a instalação ou manifestação de dores crônicas ou agudas. No caso de dores contínuas ou crônicas, as alterações comportamentais mostram-se mais visíveis. Ansiedade e depressão, por exemplo, são típicos estados emocionais encontrados em síndromes dolorosas, particularmente, quando verificada sua cronicidade (MELZACK & WALL, 1994).

MELZACK e LOESER (1999), por sua vez, afirmam que estados depressivos tendem a intensificar dores, dado às confirmações científicas de que a ansiedade, a depressão, a raiva e outras emoções provocam alterações viscerais, autônomas e músculo-esqueléticas. Essa interação, denominada às vezes de ciclo vicioso, tem sido freqüentemente observada em desordens envolvendo o sistema músculo-esquelético. Independente da conceituação, há um certo consenso entre a existência mútua de componentes emocionais e fisiológicos da dor.

2.8. EM BUSCA DE UM PSICODIAGNÓSTICO: PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS

A avaliação da dimensão psicológica das síndromes dolorosas é um terreno de muitas possibilidades técnicas, seja na construção e validação de técnicas psicométricas, seja na organização de métodos de investigação acerca da natureza subjetiva da dor. Atualmente, dentre as mais diferentes técnicas e os mais recentes métodos de investigação da dor, têm se destacado os instrumentos psicológicos e as técnicas de manejo da dor, em função, ao nosso ver, das recentes descobertas acerca do caráter multidimensional de interpretação das síndromes dolorosas.

De um modo geral, a compreensão da etiologia e manifestação fisiopatológica das doenças ocupacionais é, sem dúvida, o primeiro aspecto a ser abordado. Para BORSOOK, LE BEL e MC PEEL (1996: 43) "...o diagnóstico de síndromes dolorosas pode ser muito difícil, frustrante e tomar muito tempo. É importante tratar o paciente como um todo, e não apenas como um local dolorido.

Em diversos centros de referência dedicados ao tratamento de síndromes dolorosas relacionadas a diversas fisiopatologias, as avaliações psicológicas já fazem parte do procedimento de rotina para determinadas doenças ou síndromes. A Comissão de Avaliação de Instituições de Reabilitação dos Estados Unidos, a Sociedade Americana de Dor e a Agência para Políticas de Saúde e Pesquisa dos EUA, têm indicado o uso de avaliações psicológicas em centros de reabilitação e clínicas de dor

(ANDERSSON, 1999). No Brasil, esta prática é bastante recente, restringindo-se a alguns centros de excelência, como o Hospital das Clínicas de São Paulo e, nos últimos anos, no NIDI-Neurociências, em Florianópolis.

Os avanços científicos e clínicos recentes têm revolucionado o campo de intervenção e manejo de síndromes dolorosas. Atualmente, reconhece-se que "dores crônicas não tratadas podem provocar alterações permanentes no sistema nervoso central e periférico, resultar em eventos estressantes e provocar alterações no sistema vegetativo e imunológico" (BORSOOK, LEBEL & MC PEEL, 1996:2).

Para TEIXEIRA (1999), as síndromes dolorosas associadas às doenças ocupacionais ocupam lugar predominante na categoria dor por nocicepção. O fenômeno da somatização, talvez seja um dos principais aspectos atribuídos a incidência músculo-esquelética da dor entre os trabalhadores. O diagnóstico de lesão, porém só pode ser verificado a partir de um certo estágio do adoecimento, o que dificulta descrever o circuito alimentador da doença entre os fatores provenientes da organização do trabalho, dado o estado de descompensação psicológica já vivenciado pelo trabalhador. Por outro lado, em relação especificamente às síndromes dolorosas de natureza psicogênica, LOBATO (1992) afirma:

"(...) em essência, um quadro clínico em que predomina dor, mas esse sintoma é inconsistente com a sistematização neuroanatômica e após um exame acurado nenhuma doença orgânica é achada nem existe mecanismo fisiopatológico que explique a queixa. No caso de haver

problema orgânico, a intensidade do sintoma da dor ultrapassa de longe o que se pode inferir dos resultados do exame físico. Há óbvia relação com fatores psicológicos e essa associação pode ser evidenciada pela relação temporal entre um estímulo ambiental, que aparentemente está ligado a um conflito – uma necessidade psíquica – e o início ou exacerbação da dor"(p. 174-175).

Ranjan Roy (citado por LOBATO, 1992), em um artigo intitulado "As múltiplas faces da depressão em pacientes com dor crônica", chama a atenção para as dificuldades de diagnóstico desse tipo de paciente. Uma revisão cuidadosa dos casos diagnosticados como depressão dentro de um quadro de síndromes dolorosas mostra que, em muitos casos, o humor disfórico em vários pacientes pode ser atribuído às circunstâncias psicossociais difíceis, onde o afeto é problematizado.

As síndromes dolorosas permanecem, contudo, como uma forma genérica de expressar a dor percebida e diagnosticada em quadros que concorrem variados fatores: suporte psicossocial, condutas laborais, sintomas estressores, indicadores orgânicos. No caso dos distúrbios músculo-esqueléticos, a correlação entre fatores individuais, personalidade, problemas psicológicos e cronicidade da dor têm sido destacados na literatura internacional (BONGERS & WINTER, 1992: 298).

É relevante ressaltar que, embora haja um número razoável de instrumentos utilizados na avaliação psicológica de síndromes dolorosas,

existem diferenças significativas quanto a sua: a) fundamentação teórica; b) metodologia; c) padronização.

Investigar a eficácia, aplicabilidade e validade desses instrumentos, em diferentes ambientes culturais e amostras populacionais, mostra-se imprescindível para o avanço científico da pesquisa, desde que se compreendam os alcances teóricos e metodológicos desenvolvidos até então. Na busca por uma classificação para a função do psicodiagnóstico do paciente com dor, pensamos que este pode ser definido como um psicodiagnóstico, voltado para um propósito específico.

CUNHA, FREITAS e RAIMUNDO (1993:9) ao descreverem, de forma bastante sucinta, os passos que compreendem o processo psicodiagnóstico, salientam que eles podem servir, também, à avaliação psicológica de aspectos emocionais e comportamentais dos pacientes com dor, através dos seguintes procedimentos:

- a) levantamento de perguntas relacionadas com os motivos da consulta e definição de hipóteses iniciais;
- b) seleção e utilização de instrumentos de exame psicológico;
- c) levantamento quantitativo e qualitativo dos dados;
- d) formulação de inferências pela integração dos dados, tendo como pontos de referência as hipóteses iniciais e os objetivos do exame;
- e) comunicação de resultados e encerramento do processo.

Diversos autores preconizam a utilização da avaliação psicológica para identificar aspectos emocionais e comportamentais envolvidos na dor. Segundo FIGUEIRÓ (1999), esta avaliação deve incluir:

“A história da dor e da experiência dolorosa subjetiva atual, modelo da dor do paciente e cônjuge, expectativas e objetivos de ambos, respostas aos tratamentos prévios, uso de drogas e álcool, fatores sociais e ambientais reforçadores, aprendizado de evitação, desativações, avaliação vocacional, aspectos de litígio e compensação, história do desenvolvimento e familiar, fatores culturais, estresse de vida recente e disfunções psicológicas” (p. 148).

Para PIMENTA (1999: 44), os objetivos da avaliação da experiência dolorosa são: “estabelecer os elementos determinantes ou contribuintes para o quadro fisiopatológico, aquilatar as limitações e sofrimentos advindos da dor, nortear a escolha das intervenções implementadas”. Segundo e TOLLISSON e HINNANT (1996), os propósitos da avaliação psicológica em pacientes com dor são: a) detectar fatores emocionais/comportamentais que possam estar associados à síndrome dolorosa; b) identificar distúrbios afetivos e cognitivos; c) colaborar para a implementação de tratamentos adequados.

Da mesma forma como é realizada uma avaliação da dor, existem, similarmente, diversos instrumentos que avaliam as dimensões psicológicas da dor. Dentre os instrumentos psicológicos mais utilizados estão os testes, os inventários e os perfis (de natureza psicométrica), além das técnicas projetivas. Mesmo com a existência de diversos instrumentos de avaliação disponíveis, é necessário uma análise prévia criteriosa quanto a validade dos

testes e a sua aplicabilidade na avaliação de aspectos emocionais e comportamentais relacionados à dor.

TOLLISON e HINNANT (1996: 122), em uma revisão dos instrumentos utilizados com este fim, apresentam 13 (treze) instrumentos psicométricos descritos por seus objetivos e procedimentos na avaliação de pacientes com dor, conforme apresentados no **Quadro 2**.

Quadro 2. Testes psicométricos usados na avaliação de pacientes com dor

TESTE	DESCRIÇÃO	FONTE
MMPI	O Inventário Multifásico de Personalidade Minnesota foi normatizado para populações psiquiátricas com idade superior a 18 anos. Possui 12 escalas: histeria, depressão, hipochondria, masculinidade-feminilidade, psicastenia, paranóia, fobia, mania, introversão. Distribuídas em 567 itens, em papel ou computador. O MMPI-2 contém versões para pacientes com dor. Diversos autores se contrapõem ao uso desse para avaliações de pacientes com dor	NCS
P-3	O Pain Patient Profile- Perfil do Paciente com Dor, é um instrumento multidimensional com fortes características psicométricas. Desenvolvido para pacientes com dor, com idade superior a 17 anos. Visa identificar estresse associado a dor, graus de estresse e a influência de aspectos psicológicos na dor. Possui 3 escalas, depressão, ansiedade e somatização. É composto de 44 itens em papel ou computador.	NCS
MPI	O West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory, é um inventário de dor, baseado no modelo cognitivo comportamental. É composto de 50 itens, distribuídos em 12 escalas. Foi desenvolvido para medir o impacto da dor na vida do paciente e comunicar a experiência do paciente. Indicado para maiores de 17 anos, formato papel. Deve ser usado associado a outros instrumentos.	UP
BAP	O Behavioral Assessment of Pain, foi desenvolvido a partir do modelo biopsicossocial. Possui 17 itens, formando 9 escalas: demográfica, evitação, interferência em atividades, influência familiar, influência e qualidade física, crenças sobre a dor, conseqüências percebidas, estratégias de enfrentamento. Foi desenvolvido para populações com mais de 17 anos. Disponível em papel.	PI
16-PF	O Sixteen Personality Factor Questionary é um instrumento multidimensional composto de 16 itens, em papel ou computador. Avalia estados emocionais, recursos individuais e características de personalidade. Idade: 16 anos e acima.	NCS
BDI	O Beck Depression Inventory, foi desenvolvido para diagnosticar depressão em pacientes psiquiátricos e outras populações, com idade superior a 18 anos. Possui 32 itens, disponível em papel ou computador	TPC
MBHI	O auto-inventário Million Behavioral Health Inventory, desenvolvido para pessoas com problemas de saúde. Possui 150 itens, distribuídos em 4 escalas: estilo de estratégias de enfrentamento, atitudes psicogênicas, correlatos psicossomáticos e prognósticos. Indicado para maiores de 18 anos. Disponível em papel ou computador.	NCS
MPQ	O McGill Pain Questionary, compreende 78 palavras distribuídas em 20 escalas, descreve dimensões sensoriais, afetivas e avaliativas da dor, formando um índice de dor. Indicado para maiores de 20 anos. Disponível em papel.	MGU
CPB	Instrumento multidimensional, o The Chronic Pain Battery, foi desenvolvido para pacientes com câncer. Possui 200 itens e inclui informações médicas, social e funcional. Idade não referida, disponível em papel.	PRC
SCL-90-R	O Symptom Checklist, Inventário de sintomas, desenvolvido para identificar sintomas psicológicos e psicopatologias. Composto de 90 itens, em papel ou computador, distribuídos em 9 escalas, para pacientes psiquiátricos internados e não internados, adultos e adolescentes.	NCS
CQA	O Clinical Analysis Questionary, é um auto-inventário, com 271 itens, disponível em papel. Foi desenvolvido para diagnóstico clínico, avaliação de intervenções e orientação vocacional. Acessa traços de personalidade em maiores de 16 anos.	NCS
PAI	Teste multidimensional de personalidade, o Personality Assessment Inventory, é composto de 344 itens, formando 22 escalas. Desenvolvido para acessar síndromes psicopatológicas. Indicado para maiores de 18 anos. Não possui grupo normativo de pacientes com dor. Disponível em papel.	PA
CRI	O Coping Responses Inventory, foi desenvolvido para identificar e monitorar respostas cognitivas e comportamentais em indivíduos com idade superior a 12 anos com problemas ou situações estressantes. Possui 58 itens, distribuídos em 8 escalas. Não possui grupo normativo de pacientes com dor. Disponível em papel.	PA

A partir da revisão de testes mais utilizados, SARDA Jr. (1999) constata que há o emprego de testes psicológicos em síndromes dolorosas com base em três tipos de formas de investigação: a) testes empregados no sentido de mensurar o impacto da dor e suas conseqüências na vida do paciente, como é o caso do MPI, BAP, MPQ e do CPB; b) testes empregados para avaliar os ^{interiores} emocionais associados à sintomatologia dolorosa, como é o caso do P-3 e do CRI; c) testes empregados para avaliar traços de personalidade identificados com os padrões de sintomas psicológicos e psicopatológicos associados a dor, como é o caso do MMPI, SCL 90-R, 16-PF e ~~do~~ PAI.

O cenário nacional de construção de instrumentos psicométricos é de escassez, além de constatarmos deficiência metodológica de elaboração de itens e definição de atributos. Percebe-se, também, uma pequena produção de novos instrumentos nacionais e o predomínio de validações, com critérios científicos questionáveis, de instrumentos importados. Nesse contexto, ANDRIOLA (1994) salienta a importância de observarmos alguns aspectos necessários para que esta situação seja superada, a saber: revisão dos instrumentos mais usados no país e capacitação de recursos humanos na área; desenvolvimento de tecnologia nacional.

Quanto ao uso ou desenvolvimento de testes específicos relacionados à avaliação de síndromes dolorosas, o quadro é ainda mais alarmante. Em um levantamento realizado em diversas bases de dados (Lilacs, Medline, IASP, PsycINFO, Psyclite), e considerando as mais recentes pesquisas nos

últimos dez anos, encontramos um número muito reduzido de publicações especializadas, apresentadas no **Quadro 3**:

Quadro 3. Instrumentos usados no Brasil na avaliação de pacientes com dor

TÍTULO	INSTRUMENTO(s)	AUTOR(es)	ANO	LOCAL
Dores crônicas na coluna e depressão	MMPI; Escala Hamilton e Zung	KNOPLICK, J.	1989	São Paulo
Avaliação de pacientes com síndromes dolorosas	MMPI	LI, S.M.	1991	Sorocaba
Aspectos psicológicos em mulheres com fibromialgia	Escala Hamilton	MARTINEZ, J.E. e col.	1992	São Paulo
Proposta de adaptação para língua portuguesa	Questionário de dor McGill	PIMENTA, C.A.M. TEIXEIRA, M. J.	1997	São Paulo
Avaliação psicológica de síndromes dolorosas	P-3 SCL-90-R	SARDÁ Jr. J.J. KUPEK, E. CRUZ, R.M.	1999	Florianópolis
Psicodiagnóstico de síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho	SCL-90-R Rorschach	CRUZ, R.M.	2000	Florianópolis

Infelizmente, o Brasil carece de instrumentos específicos para pacientes com dor, salvo o trabalho de Pimenta e de um grupo seleto e reduzido de profissionais. O desenvolvimento e a utilização desse tipo de testes viria a colaborar significativamente para a compreensão do quadro clínico das síndromes dolorosas no contexto nacional. E, como podemos ver no **Quadro 3**, há uma ausência de pesquisas que combinem técnicas psicométricas e projetivas, ou mesmo que utilizem técnicas projetivas isoladamente, em se tratando de síndromes dolorosas.

3. MÉTODO

3.1. NATUREZA E PRESSUPOSTOS

Partimos do pressuposto de que toda pesquisa científica se constitui num sistema organizado de informações sobre fenômenos e objetos, sejam eles cotidianos ou não, na tentativa de justificar e aperfeiçoar a habilidade humana em conhecer a realidade. Para THIOLENT (1994), a pesquisa científica existe como produto e como estratégia de conhecimento, pois ao mesmo tempo em que possibilita distinguir o essencial do transitório, o geral do particular aprimora os instrumentos da racionalidade.

O poder explicativo e demonstrativo da pesquisa científica resulta de proposições sustentadas nos fatos, suscetíveis aos efeitos das variáveis, às características dos subconjuntos populacionais, aos diferentes graus e responsabilidades que envolvem a tomada de decisão do próprio pesquisador.

A especificação do método de pesquisa é particularmente importante no processo de pesquisa. Consideramos que o método em Ciência significa uma orientação geral através do qual o processo de conhecer especifica o trabalho desenvolvido pelo pesquisador e não apenas a descrição das técnicas e instrumentos utilizados. Um método de pesquisa não descreve apenas a forma pela qual se obtém os dados ou a coleta de informações, mas demonstra o processo necessário de conhecimento do fenômeno sob

análise. A disponibilidade de casos e eventos, a descrição de variáveis, características e correlações permite ao pesquisador demonstrar implicações, nexos causais e analisar o papel das variáveis intervenientes.

Segundo BABBIE (1999), se é próprio do método científico trabalhar com dados empiricamente verificáveis, muitas vezes submetidos a um sistema complexo de variáveis, é também da sua natureza ser intersubjetivo, isto é, ser capaz de se expor à crítica, fator essencial à abertura e a produção dele mesmo. Para BOTOMÉ (1993), um cuidado especial é não confundir método da Ciência (controle de variáveis que interferem no processo de conhecer) com técnicas e instrumentos particulares de operacionalização deste método. O uso de balanceamentos estatísticos, de questionários, de instrumentos de observação direta, não fazem em si com que um trabalho de pesquisa seja científico. O grau de cientificidade depende diretamente do grau de controle exercido sobre as variáveis que interferem no processo de conhecer o fenômeno estudado.

Este estudo busca, com base nesses pressupostos, situar, descrever e esclarecer os elementos fundamentais que caracterizam e especificam o processo de pesquisa realizado. Pretendemos demonstrar, mais do que uma relação entre transtornos psicológicos e o grau de severidade dos distúrbios músculo-esqueléticos, o processo através do qual foi possível aferir essa relação, através do controle sistemático de um conjunto de variáveis da situação de coleta de dados, do uso dos instrumentos e da interpretação dos resultados.

Consideramos, também, que o estágio atual de conhecimento dos transtornos psicológicos entre portadores de síndromes dolorosas músculo-esqueléticas exige a produção de métodos que acessem, de maneira mais precisa, os indicadores de saúde mental intervenientes no processo de adoecimento dos trabalhadores.

Há uma necessidade atual da integração entre pesquisa básica e diagnósticos clínicos realizados, de forma a aperfeiçoar nossa capacidade de análise de dados sobre as alterações, incidências e tendências dos transtornos psicológicos e somáticos em nossa população, atendida nas empresas, nos ambulatórios hospitalares e nos consultórios médico-psicológicos especializados.

3.2 PROCEDIMENTO DE ESTUDO : AS FONTES BIBLIOGRÁFICAS

Atualizar o conhecimento para poder avançar não somente no campo da investigação, mas também na aplicação estratégica desses conhecimentos, supõe estar ciente daquilo que se publica nos livros e revistas do mundo inteiro e do que se comunica nos diferentes congressos que se convocam periodicamente em torno da temática proposta. Nossa pesquisa às fontes bibliográficas recorreu evidentemente aos manuais, *handbooks*, teses, livros e artigos especializados em relação aos assuntos tratados neste trabalho. Apesar da literatura da Psicologia e da Ergonomia ter avançado na interpretação dos muitos aspectos que envolvem a relação

saúde-trabalho, carecemos, particularmente na literatura nacional, de obras especializadas em métodos de avaliação.

A maioria das informações é obtida em consulta às bases de dados internacionais, que cada vez mais vão se confirmando em fontes básicas de informação ao empreendimento de uma tese. Há, porém, muitas dificuldades de acesso aos textos integrais (*full text*), pela necessidade de dispor de tempo e recursos financeiros. A maior parte de informações disponíveis gratuitamente permanecem em forma condensada (*abstracts*) ou em CD-ROMs disponíveis em bibliotecas universitárias.

3.2.1 A consulta às bases de dados

Grande parte de nosso trabalho de pesquisa bibliográfica foi realizado com base em consulta às principais bases de dados eletrônicas internacionais e nacionais. As bases de dados consultadas foram:

- a) *Medline – Medicine on line*, uma das maiores bases de dados internacionais, especializada em artigos médicos, biológicos e epidemiológicos;
- b) *Lilacs – Literatura e Periódicos Latino-Americana e do Caribe*, é uma base de dados especializada em Ciências da Saúde;
- c) *Psycinfo – A base de dados da American Psychological Association*, a principal referência de busca de informações e pesquisas em Psicologia;

- d) *Web of Science* – Base de dados produzida pelo Instituto for Scientific Information (ISI), especializada em todas as áreas do conhecimento, com mais de 8.400 periódicos indexados;
- e) *BIREME/OPAS/WHOLIS/OMS* – Sistema integrado de informações do Centro Latino-Americano de Informações, que integra informações de bibliotecas virtuais em Ciências da Saúde e da Organização Mundial de Saúde;
- f) *HigWire Press* – sistema de informações e editora ligada à Universidade de Stanford, é considerada a segunda maior base de textos completos do mundo;
- g) *SciELO – Scientific Electronic Library Online*, produzida pela FAPESP-BIREME, reúne uma coleção de artigos científicos brasileiros de diversas áreas do conhecimento;
- h) *Index Psi* – base de dados produzida pelo Conselho Federal de Psicologia do Brasil-PUC Campinas, é a mais completa referência nacional para artigos científicos em psicologia;

Uma das áreas mais sensíveis e mais importantes no processo de sistematização do conhecimento produzido, foi, sem dúvida, a busca de estudos sobre distúrbios músculo esqueléticos (*musculoskeletal diseases, trouble muscle squelettique*) e dor crônica (*chronic pain*) que utilizaram o teste SCL-90-R e/ou a técnica de Rorschach. Os dados internacionais mostram que, desde a criação do teste SCL-90-R (1975) até o ano 2000, existem cerca de 900 estudos, dos quase 2.200, que utilizaram o teste na investigação de

padrões psicológicos e psicopatológicos em amostras populacionais psiquiátricas e não-psiquiátricas. Desse universo de 900, apenas 30 estudos foram encontrados sobre o uso do SCL-90-R na investigação de dores crônicas, 9 deles especificamente focando seu problema de investigação em cervicalgias ou problemas lombares.

No caso da técnica de Rorschach, foram encontrados 183 estudos com enfoque na investigação da dor, num período de tempo mais largo (1970-2000). Essa quantidade de pesquisa foi surpreendentemente menor em relação ao esperado, particularmente se considerarmos que, neste período, o universo de pesquisas com a técnica de Rorschach já ultrapassa os 5.000 artigos¹.

O rastreamento feito nas bases de dados brasileiras não nos mostrou nenhum estudo em que se destacasse o emprego do SCL-90-R e do Rorschach na avaliação de síndromes dolorosas músculo-esqueléticas, confirmando a carência de pesquisas nessa área².

Quanto ao emprego do Rorschach na avaliação de psicopatologias relacionadas ao trabalho foram encontrados alguns estudos parciais (estudos de caso), porém pouco representativos da realidade brasileira, apesar de demonstrarem, em seu conjunto, uma casuística referente a psicopatologias de uma forma geral.

¹ Dado estimado pela *International Society of Rorschach* (ISR) e corroborado pela Sociedade Brasileira de Rorschach e outros métodos projetivos (SBRo).

² A esse respeito, ver o *site* da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor - IASP (*Brazilian Chapter*) na URL: www.dor.org.br

3.3 POPULAÇÃO E CONTEXTO DE ESTUDO

Os sujeitos deste estudo pertencem ao grupo de indivíduos portadores de distúrbios músculo-esqueléticos, com perfil de população adulta, não-psiquiátrica e economicamente ativa, atendidos no Núcleo de Intervenção e Diagnóstico por Imagem (NIDI)³ e no Serviço de Atendimento Psicológico da Universidade Federal de Santa Catarina (SAPSI)⁴.

A característica específica desta população é a severidade dos sintomas, descritos em termos de dor constante, desconforto físico na região da coluna e pescoço, lesionados ou com limitações no exercício de determinados movimentos corporais, além alterações comportamentais. É uma população que se percebe prejudicada em suas atividades de trabalho, que busca diagnóstico e tratamento para o alívio dos sintomas. O encaminhamento para uma avaliação psicológica tem se tornado uma constante nos últimos anos, entre os especialistas da área da saúde, na busca de elementos clínicos que colaborem na identificação dos fatores psicológicos considerados como complicadores do diagnóstico.

A seleção dos sujeitos de pesquisa se deu inicialmente pela queixa de distúrbios músculo-esqueléticos, classificada como crônica e descrita em termos da severidade dos sintomas através de uma avaliação médica.

³ Clínica de diagnóstico e tratamento da dor, dirigida pelo médico neuroradiologista e clínico Dr. Marco Harbeck Modesto, localizada no Centro Executivo Casa do Barão, 412, Centro, Florianópolis.

⁴ Serviço público de atendimento psicológico, mantido pelo Departamento de Psicologia da UFSC, em Florianópolis, que oferece prestação de serviços em psicodiagnóstico, psicoterapia e orientação profissional.

Realizamos um estudo-piloto (*primer*) entre os meses de novembro de 1998 e março de 1999 junto a 28 indivíduos diagnosticados com síndrome dolorosa crônica associada à distúrbios músculo-esqueléticos. A finalidade do estudo-piloto era testar hipóteses iniciais, avaliar o desempenho e os dados fornecidos pelos instrumentos sem as informações clínicas prévias, além de auxiliar na tomada de decisão sobre a realização da pesquisa propriamente dita.

No período de abril de 1999 a maio de 2000, selecionamos outros 87 indivíduos com o mesmo diagnóstico. Destes, foram excluídos 17 indivíduos, de acordo com as *variáveis-critério* de exclusão definidas para o estudo, em função da necessidade de compor um conjunto de dados válidos para os propósitos da pesquisa e de aprimorar o controle das variáveis intervenientes detectados no estudo-piloto.

3.3.1 Variáveis-critério

Foram utilizadas variáveis-critério, denominadas de critérios de inclusão e exclusão, que tiveram por finalidade de garantir algum grau de organização e homogeneidade à coleta de dados:

a) inclusão

- Indivíduos que apresentaram indicação clínica (diagnóstico médico) referida às dorsalgias de forma geral, fibromialgias, lombalgias, lombociáticas e cervicalgias.

- Indivíduos que consentiram em colaborar espontaneamente com a pesquisa, após informação acerca dos propósitos da avaliação, dos testes utilizados e da pesquisa.
- Indivíduos que por sua ocupação, pertenciam a um grupo funcional que representasse pelo menos 10% do total da amostra pesquisada (para N=70), em razão da necessidade de obter subconjuntos de ocupações mais homogêneas para efeito de comparações com as demais variáveis de estudo;

b) exclusão

- Indivíduos que estavam afastados de suas atividades cotidianas de trabalho, ou com indicação prévia de internação ou cirurgia, dado a necessidade de averiguar as relações atualizadas entre cargas de trabalho e eventos sintomáticos prevaletes;
- Indivíduos que não participaram de toda a fase da avaliação psicológica ou que, embora cooperativos, não conseguiram completar todos os itens do inventário auto aplicado (SCL-90-R), seja por alguma dificuldade de entendimento das instruções, seja por algum tipo de desconforto no preenchimento;
- Indivíduos que apresentaram, na técnica de Rorschach, um número de respostas (R) < 14 e uma proporção de forma pura (Λ) > 0.99 (proporção de Forma pura - F - em relação ao total de respostas). Esse é um critério utilizado para evitar que protocolos com pouca quantidade de respostas e com excesso de respostas

denominadas de "forma pura" (ΣF) apresentem baixo grau de constância nas variáveis sob análise.

3.4 OS INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram os seguintes instrumentos de coleta de dados utilizados:

a) A anamnese clínico-ocupacional – questionário semi-estruturado construído para obter o perfil da população investigada e compreende aspectos sócio-demográficos, familiares, afetivos, laborais, condições e manifestação dos sintomas, fatores de riscos, carga de trabalho, estressores ambientais e sociais e condutas associadas. Foi aplicado individualmente antes da administração dos demais instrumentos.

b) O teste SCL-90-R (*Sympton Check List*) - inventário de sintomas desenvolvido por Derogatis, em 1975, visando identificar padrões de sintomas psicológicos. A tradução deste instrumento já foi realizada em estudo de correlação anterior⁵. É composto de 90 itens, organizados em forma de afirmativas, formando 9 escalas, a saber: somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide, psicoticismo (distúrbios afetivos). É composto, ainda, de 3 índices globais: severidade global, sintomas positivos estressantes e total de sintomas. As 90 afirmativas referem-se aos últimos 7

⁵ Estamos nos referindo à pesquisa "Diagnóstico de estados emocionais associados às síndromes dolorosas crônicas" (1998-1999) realizada através do Laboratório de Psicologia do Trabalho da UFSC. Essa pesquisa (n=120) produziu um estudo de correlação entre o inventário de sintomas, o SCL-90-R (*Sympton Check List*) e o perfil de pacientes com dor, o P-3 (*Pain Patient Profile*), comparando seus resultados com os apresentados na população norte-americana. É considerado um estudo pioneiro no sentido de proceder uma validação direta, no contexto brasileiro, de duas técnicas psicométricas de investigação de fatores emocionais e psiquiátricos associados à síndromes dolorosas crônicas.

dias, e são pontuados de 0 a 4 (escala tipo Likert), associadas as palavras: nunca, um pouco, moderadamente, freqüentemente, extremamente. O tempo de administração do instrumento é de aproximadamente 20 minutos. O SCL-90-R foi aplicado em mais de 2000 pessoas nos Estados Unidos e normatizado em 4 categorias: pacientes psiquiátricos internos, externos, população não psiquiátrica adulta e adolescente. O inventário, por sua característica de ser autoaplicável, foi respondido pelos sujeitos em seu próprio ambiente residencial.

c) a técnica de Rorschach – técnica desenvolvida pelo psiquiatra suíço Hermann Rorschach, em 1920, é considerado um dos instrumentos clínicos de maior prestígio entre os especialistas em transtornos de personalidade. Na técnica de Rorschach, o sujeito é convidado a interpretar livremente as figuras ambíguas borradas em 10 pranchas ou lâminas sequenciadas (estímulos-padrão). Classificando as formas e os conteúdos dos perceptos atribuídos pelo sujeito aos estímulos-padrão, os resultados do Rorschach são interpretados como indicadores de características da estrutura e da dinâmica da personalidade. A técnica de Rorschach não possui uma escala de sintomas, mas indicadores de maior ou menor severidade em relação aos aspectos patológicos relacionados à estrutura e à dinâmica da personalidade (parte deles na forma de percentuais em relação à população referência), de acordo com as seguintes dimensões de análise: autopercepção, funções e mediação cognitivas, traços e estados afetivos-emocionais, depressão, ansiedade, angústia, controle e tolerância ao estresse, além dos indicadores de produtividade e desempenho. Seu tempo

de realização é bastante elástico, em função da natureza do método, oscilando geralmente entre 30 e 50 minutos. Em Anexos I, e II, apresentados, respectivamente, o modelo de protocolo utilizado e um Manual construído para orientar o tratamento de dados do Rorschach.

3.4.1 Justificativa de uso dos instrumentos

Um dos aspectos principais dessa pesquisa é poder a aprimorar a habilidade para lidar com a instrumentação psicológica na investigação de transtornos psicológicos em trabalhadores com se encontram em estágios avançados de cronificação dos chamados distúrbios ou doenças músculo-esqueléticas.

Ao mesmo tempo, sabemos que os métodos psicométrico e projetivo, e seus respectivos instrumentos de investigação, têm aperfeiçoado objetivamente o conhecimento psicológico sobre as influências recíprocas entre os fatores de riscos social/ambiental e as chamadas enfermidades psicológicas. Percebemos que, apesar do conhecimento hoje produzido pela Psicologia e pela Ergonomia acerca das implicações entre riscos da atividade e problemas psicológicos, há uma dificuldade acentuada em viabilizar estudos contínuos (seccionais, longitudinais), dada a dificuldade de correlacionar métodos e instrumentos de investigação que superem a dicotomia enraizada na cultura científica entre estudos quantitativos e qualitativos.

Este trabalho se propõe a orientar seus propósitos em torno da produção de um método de trabalho que incorpore as qualidades psicométricas e projetivas de dois instrumentos psicológicos de eficiência científica comprovada (o SCL-90-R, no contexto internacional, e Rorschach, nos contextos internacional e nacional), na investigação da incidência de transtornos psicológicos em trabalhadores brasileiros portadores de distúrbios músculo-esqueléticos.

O desempenho do SCL-90-R nas pesquisas internacionais, com tradução e validação do instrumento já em dez países, nos anima a avaliar sua qualidade técnica e desempenho na realidade brasileira. Este trabalho faz parte de um projeto de validação de técnicas psicométricas de avaliação de padrões psicológicos em síndromes dolorosas iniciado em 1998. O SCL-90-R e o P-3 (*Pain Patient Profile*) estão sendo submetidos, aqui em Santa Catarina, através do Laboratório de Psicologia do Trabalho da UFSC, a um sistemático trabalho de pesquisa no intuito de viabilizar a validação de ambos para a realidade brasileira.

Uma publicação sobre avaliação psicológica de lombalgias e lombociáticas, elaborada por nossa equipe de trabalho, foi recentemente publicada na Revista de Ciências Humanas da UFSC⁶ e, dois outros artigos, sobre o estado da arte das pesquisas sobre instrumentos de avaliação psicológica de dor e sobre a o desempenho do P-3 em pacientes com dor

⁶ SARDÁ Jr, J., KUPEK, E., CRUZ, R. M. Aspectos psicológicos associados à lombalgia e à lombociática. *Revista de Ciências Humanas*. Florianópolis : EDUFSC, n.28, p.51-60, out./2000.

lombar, encontram-se no prelo para publicação este ano em revistas nacionais.

A ausência de estudos no Brasil com o SCL-90-R e com o P-3 na investigação de síndromes dolorosas crônicas nos coloca num certo pioneirismo que traz, como se sabe, um conjunto de dificuldades técnicas e orçamentárias. Além disso, o fato de estarmos alinhando em nossa pesquisa com o SCL-90-R a técnica do Rorschach também nos coloca em pleno desenvolvimento de confronto de parâmetros técnicos e modos de investigação.

A técnica de Rorschach no Brasil é bastante desenvolvida, com estudos numerosos, duas associações científicas (Sociedade Brasileira de Rorschach e outros métodos projetivos e Sociedade Rorschach de São Paulo) e um respeitável grupo de pesquisadores envolvidos. Entretanto, apesar de ser um instrumento com padrões científicos de validação no contexto brasileiro, carece de estudos voltados aos riscos ocupacionais, aos padrões sintomatológicos e estressantes relacionados à dor, à atividade e às doenças relacionadas ao trabalho.

3.5 DESENHO DA PESQUISA

Podemos enquadrar a natureza deste trabalho entre as chamadas pesquisas de desenvolvimento (CONTRANDRIOPOULOS, CHAMPAGNE, POTVIN, DENIS, BOYLE, 1997), já que se propõe a *“utilizar, de maneira sistemática, os conhecimentos já fundamentados, elaborando uma nova forma de intervenção ou melhorando consideravelmente uma intervenção existente, instrumento, dispositivo ou método de medição”* (p.41).

De forma mais específica, prosseguimos, em termos de desenho de trabalho, ao já experimentado em pesquisa anterior (1998-1999), que iniciou um processo de validação de escalas psicométricas no contexto brasileiro, através de um estudo sobre a modulação de estados emocionais entre 120 trabalhadores que apresentavam alterações de estados emocionais no quadro diagnóstico de síndromes dolorosas crônicas de variadas patologias⁷.

Seguimos, portanto, nesse estudo, o propósito de aprimorar métodos e instrumentos de avaliação de fatores psicológicos (transtornos psicológicos) associados ao grupo de doenças relacionadas ao trabalho (distúrbios músculo-esqueléticos). Para tal, realizamos um estudo de corte transversal e não-probabilístico (em razão da conveniência da escolha da população avaliada). Dito de outra forma, um estudo de desenho descritivo/explicativo de informações colhidas em um determinado período de tempo (de uma

⁷ Estes dados se referem à pesquisa citada anteriormente, ampliada na dissertação de mestrado intitulada “Avaliação psicológica de estados emocionais associados a síndromes dolorosas”, de Jamir João Sardá Jr., defendida em dezembro de 1999, junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSC. Nestes dois estudos foram aferidos níveis de severidade dos estados de estados emocionais (depressão, ansiedade e somatização) associados à síndromes dolorosas crônicas.

população selecionada) com a finalidade de estabelecer relações entre as variáveis intrínsecas ao estudo e às características da população, no mesmo período de tempo estudado. Os estudos transversais, para SKOVRON, MULVIHIL, STERLING, NORDIN e TOUGAS (1987), podem ser úteis como exploradores de uma hipótese, particularmente nos casos de investigação de desordens ou distúrbios de incidência comum (resultados) e fatores de risco relativamente identificáveis (determinantes).

3.6 ESTRATÉGIA E PROCEDIMENTO DE ANÁLISE

Elegemos como estratégia de trabalho a utilização combinada de dois métodos de trabalho da psicologia, através da escolha de dois instrumentos específicos, um de natureza psicométrica, outro de natureza projetiva, respectivamente o teste SCL-90-R e a técnica de Rorschach, associados à utilização de uma anamnese clínico-ocupacional.

O procedimento de análise dos dados levou em conta os aspectos inferenciais-quantitativos (ocorrência de eventos, frequência de casos, correlação entre as escalas do SCL-90-R e os indicadores psicométricos da técnica de Rorschach) e os aspectos interpretativos das categorias não-psicométricas da técnica de Rorschach e da anamnese clínico-ocupacional.

3.6.1 O estudo piloto - o diagnóstico duplo cego

No estudo piloto, como forma de garantir algum grau de controle sobre o subconjunto da população pesquisada, trabalhamos apenas com dois grupos funcionais que se destacavam (em termos de ocorrência de casos) entre os demais grupos triados durante este período – os caixas executivos de banco e os operadores de caixa de supermercado⁸. Não por coincidência, grupos funcionais que guardam alguma similaridade em termos de organização, fluxo de tarefas, postura e cargas de trabalho (horas de pico de trabalho específicas, movimentos posturais, cargas cognitivas) e uso de equipamentos informatizados.

Utilizamos o método do diagnóstico duplo cego, um tipo de procedimento adotado por pesquisadores do campo da clínica, que consiste em testar hipóteses através da comparação de resultados de uma técnica com outra, quando empregadas e avaliadas por intérpretes diferentes. É considerada uma forma de avaliar o grau de confiabilidade dos resultados obtidos, mas também de investigar a pertinência e a validade do emprego de cada técnica isoladamente ou agrupadas em forma de baterias de testes.

Para BOHM (1971), no caso específico da técnica de Rorschach, realizar o diagnóstico duplo cego é uma forma de demonstrar a eficácia do

⁸ Especificamente em relação aos operadores de caixa de supermercados realizamos uma pesquisa sobre as atividades e as formas de qualificação desses profissionais diante das mudanças tecnológicas, especificamente em relação à introdução do sistema de leitura ótica no *check out*. Essa pesquisa foi convidada a integrar um relatório técnico do DIEESE, publicado em 1999, foi discutida em uma comunicação no Congresso da ABERGO (1999), e também publicada com novos dados na Revista de Ciências Humanas (2000). Nas publicações nos Anexos III poderão ser encontrados o artigo mais recente.

método, no sentido de reduzir as desconfianças sobre o seu emprego e, ao mesmo tempo, avaliar seu desempenho através de comparações sucessivas com outros instrumentos ou com ele mesmo em replicações.

Para a realização do estudo piloto, seguimos os seguintes passos:

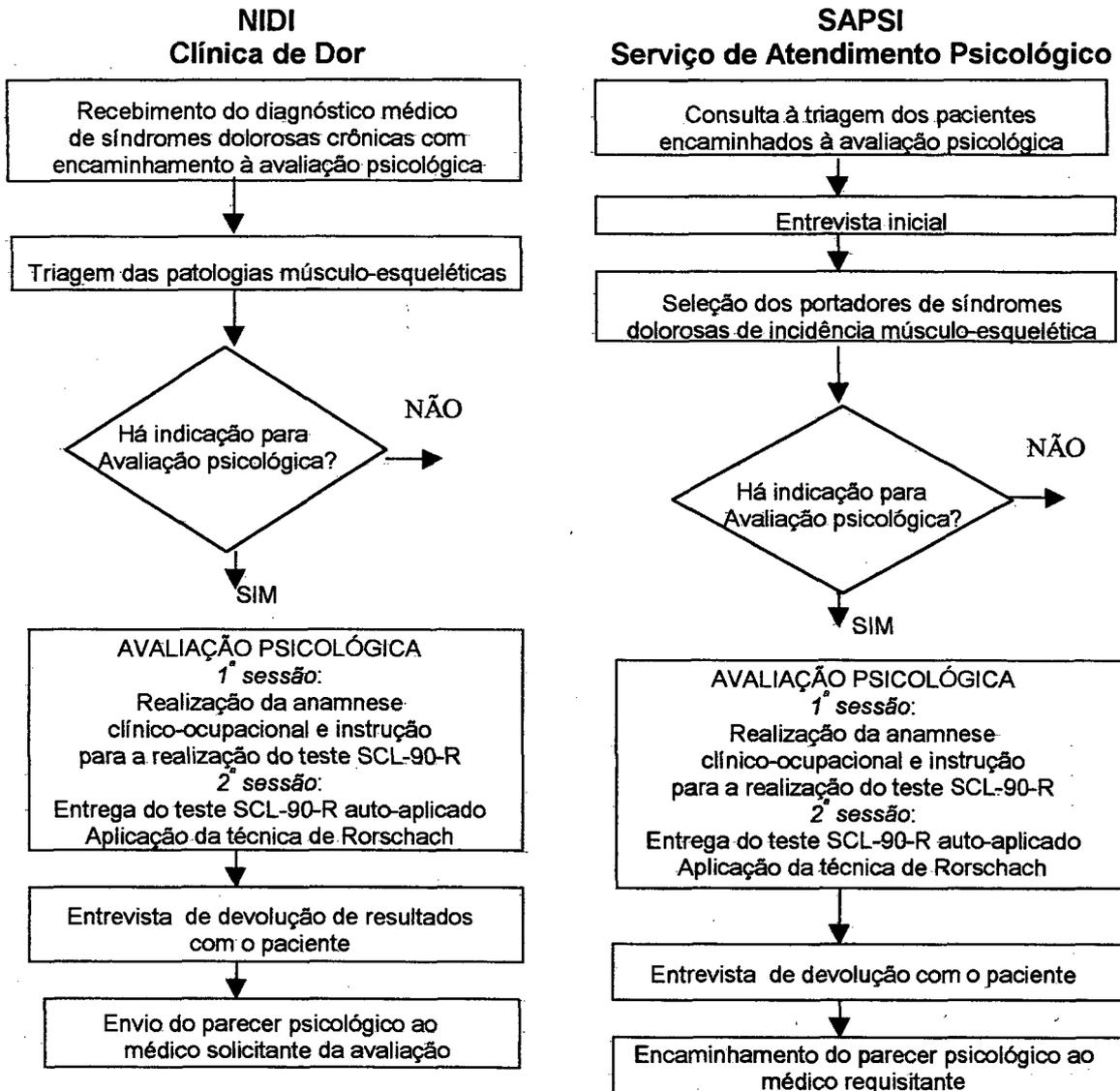
- a) Cada indivíduo que, após exame e diagnóstico médico, apresentava a queixa qualificada como síndrome dolorosa crônica de incidência músculo-esquelética, era encaminhado, através de uma solicitação formal médica, à avaliação psicológica, que consistia na realização de uma entrevista psicológica e da auto-aplicação do teste SCL-90-R por parte de um psicólogo especialista.
- b) No retorno do indivíduo para receber a devolução dos resultados da avaliação psicológica e, eventualmente, para novas orientações ou acompanhamento médico, foi aplicada a técnica de Rorschach por outro psicólogo especialista, que não tinha acesso às informações oriundas da devolução da avaliação psicológica e, portanto, dos resultados do SCL-90-R. Somente era aplicada a técnica de Rorschach com o consentimento dos indivíduos e com o compromisso de devolução em uma etapa posterior do seu tratamento. Aos indivíduos era dado o pleno conhecimento do uso experimental da técnica, embora informando sobre o seu mérito como instrumento científico de avaliação da personalidade;

- c) Os resultados do Rorschach foram apresentados ao médico solicitante na forma de diagnóstico das condições psicológicas dos indivíduos, tal como no SCL-90-R, e juntados à pasta do paciente;
- d) Para a realização desta pesquisa-piloto foi necessário estabelecer um acordo entre os interessados de que a devolução dos resultados do Rorschach se faria durante alguma das fases do tratamento médico, o que foi cumprido.

Os resultados do estudo-piloto e suas conseqüências para a pesquisa estão relatadas no capítulo **Tratamento e Análise dos Dados**.

3.6.2 A pesquisa e o procedimento de campo

A partir do estudo-piloto buscamos construir uma organização do fluxo de trabalho que sistematizasse os passos a serem desenvolvidos desde o acesso à demanda à devolução dos resultados aos participantes. A seguir, apresentamos um fluxograma dos procedimentos operacionalizados nos dois locais utilizados.



Foram realizadas as aplicações dos instrumentos em duas sessões, em dias diferenciados, junto a cada participante. Consideramos que este procedimento ampliou as condições de observação, reduzindo a possibilidade de cansaço do participante e favorecendo a execução dos passos do psicodiagnóstico.

4. ORGANIZAÇÃO E CONTROLE DAS VARIÁVEIS DE ESTUDO

O objetivo deste capítulo é esclarecer e orientar o leitor acerca dos procedimentos envolvidos na organização dos dados e no controle das variáveis da pesquisa.

4.1. VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Compreendem as variáveis que descrevem o perfil dos participantes, ao mesmo tempo em são utilizadas como normas, para efeito de comparação com outros estudos realizados em perfis populacionais semelhantes, e também para serem indicadores básicos de composição de tabelas amostrais. Em nossa pesquisa, trabalhamos com as seguintes variáveis sócio-demográficas: *idade, sexo, grau de instrução, estado civil e naturalidade.*

4.2. VARIÁVEIS CLÍNICAS

Compreendem as variáveis que situam e descrevem as condições do adoecimento e os fatores de risco associados à manifestação dos distúrbios músculo-esqueléticos e seus impactos na vida cotidiana, os sintomas ou transtornos associados e as alterações na conduta, os recursos de tratamento, os estressores ambientais e sociais, a vida afetiva-emocional.

Organizamos as variáveis clínicas em torno das seguintes dimensões de investigação:

- **Condição mórbida atual e progressa (MOR)**, compreendendo as seguintes variáveis: *indicação clínica (diagnóstico médico), período de manifestação dos sintomas, sintomas ou transtornos associados, recursos terapêuticos.*
- **Fatores de risco ou *triggers* (FRO)**: *percepção do adoecimento, eventos estressantes, presença de sintomas na família.*

4.3. VARIÁVEIS OCUPACIONAIS

Compreendem as variáveis que investigaram o papel e as influências da atividade de trabalho sobre a vida dos indivíduos e sua relação com a incidência de distúrbios músculo-esqueléticos. Foram investigadas as seguintes variáveis: *tempo na atividade, dupla atividade e cargas de trabalho.*

As variáveis sócio-demográficas, clínicas e ocupacionais foram investigadas através da anamnese clínico-ocupacional.

4.4. VARIÁVEIS INTERVENIENTES

As variáveis intervenientes compreendem aquelas que possuem um alto índice de probabilidade de influenciarem a situação de coleta de dados. A situação do psicodiagnóstico representa um compromisso de trabalho de características peculiares, no qual estão, examinando e examinador,

submetidos a uma grande número de variáveis associadas ao meio ambiente imediato e às motivações dos indivíduos, tais como as estimulações do local de trabalho, os testes em si, a disponibilidade em participar da pesquisa, o interesse nos resultados da avaliação, o grau de confiabilidade nos instrumentos e na interpretação. É evidente, portanto, que o pesquisador também é uma variável importante no estabelecimento do compromisso de trabalho em direção ao psicodiagnóstico.

O controle das variáveis intervenientes através da organização de um método de trabalho que assegure o bem estar e o conforto necessários, a atitude cooperativa e a maximização no retorno das informações provenientes dos instrumentos empregados esteve em permanente processo de verificação por parte do pesquisador. Além disso, consideramos também que o fato de estarmos consciente da necessidade de controle das variáveis intervenientes, de alguma forma diminuiu o impacto destas sobre o processo de construção da análise e interpretação dos dados.

Foram discriminadas as variáveis intervenientes em função da natureza de seu controle, assim denominadas:

4.4.1 Rendimento

Duas estratégias foram empregadas para a aplicação dos testes: o SCL-90-R foi administrado pelo próprio sujeito e o Rorschach pelo psicólogo especialista, em duas sessões distintas e separadas em média por uma semana.

O teste SCL-90-R, por ser auto-aplicável, foi instruído para ser administrado pelo indivíduo na própria residência, em uma situação favorável à resposta do inventário (conforto, ausência de ruído, tempo disponibilizado para respondê-lo). As explicações sobre as finalidades e a importância do teste, assim como as instruções para a sua realização, foram dadas aos indivíduos na primeira sessão da avaliação psicológica. Foi solicitado, também, do examinando que ele indicasse o tempo que levou para realizar o teste. O fato de ser auto-aplicado (forma original de administração do teste) e, conforme nossas pesquisas anteriores em pacientes com dor que utilizaram o SCL-90-R, não implicou em rebaixamento no rendimento no teste. Em circunstâncias normais (população economicamente ativa, perfil não-psiquiátrico, escolaridade média a superior), o SCL-90-R pode ser administrado entre 15 e 20 minutos (população norte-americana e brasileira). No caso desta pesquisa, todos os examinandos que utilizaram o SCL-90-R devolveram as escalas preenchidas integralmente em um tempo médio de 19,5 min.

O trabalho dos participantes da pesquisa, durante a fase da Avaliação Psicológica (fase das sessões de administração dos instrumentos) não deve ser pouco dimensionado. A realização da anamnese clínico-ocupacional e o registro na escala de 90 itens do teste SCL-90-R significou uma disponibilização de um período médio de 50 minutos por participante. Apesar de não haver relatos de desconforto durante esta fase, buscamos atuar de forma a obter de maneira objetiva e parcimoniosa as informações necessárias ao desenvolvimento do trabalho.

A aplicação da técnica de Rorschach possui uma grande variação de tempo esperada (o chamado tempo total - **T** -, de 20 a 50 minutos para 30-40 respostas). TRAUBENBERG (1998) considera que entre 20 e 30 minutos é possível obter um protocolo produtivo (30-40 respostas); ADRADOS (1987) demonstra, através de pesquisas realizada no Brasil, que um protocolo produtivo tem em média 35 minutos de duração (30-40 respostas). EXNER (1999) aponta que adultos escolarizados levam entre 40 e 60 minutos para fornecer um protocolo completo (30 respostas). Entre os rorschachistas, o tempo médio de produção de um protocolo só é considerado muito importante se houver um aumento ou uma redução significativa de respostas esperadas (entre 30 e 40).

Em nossa pesquisa, além do tempo total de produção do protocolo, o controle do rendimento foi avaliado através de dois outros fatores:

- *Tempo por resposta (T/R)*, que consiste na divisão do tempo total (obtido através do somatório dos tempos das lâminas) pelo número de respostas do protocolo. É consenso entre os rorschachistas que em um protocolo com 30-40 respostas um **T/R** não deve exceder 45-60 segundos; **T/R** rebaixados tendem a estar associados a protocolos rápidos, pouco associativos e **T/R** aumentados tendem a sinalizar inibição, lentidão no pensamento associativo. Em nosso estudo (N=70), constatamos **T/R** com limites mínimos e máximos ampliados entre 50 e 75 segundos) em relação ao esperado, influenciados pela redução da média de respostas por protocolo, que ficou em 18,7 (DP=4,2);

- *Tempo de reação (TR)*, que consiste no tempo entre a apresentação da lâmina e a primeira resposta dada pelo sujeito. Os **TRs** variam com as reações e aos modos de adaptação dos sujeitos às lâminas. Não há limites esperados para cotar **TRs**, embora 1-15 segundos seja considerada uma faixa de tempo razoavelmente satisfatória. O interesse na cotação do **TR**, porém está em sua variabilidade em um protocolo. **TRs** muito diferenciados em determinadas lâminas sinalizam choques, bloqueios ou fluidez associativas, estupor ou estados depressivos (devem ser avaliados sempre em conjunto com outros fatores do protocolo). Em nossa pesquisa, foram identificados **TRs** bastante aumentados e com grande variabilidade entre participantes. Foi observado que as lâminas IV e V e VIII apresentaram, na média geral, os maiores índices de **TR** (1min – 1min 35Seg).

4.4.2 Condições de aplicação dos testes

Se refere às condições exigidas para aplicação de testes psicológicos em geral. Os locais utilizados para o uso dos instrumentos de pesquisa foram diferenciados, em razão das estratégias de aplicação. Tanto na residência do examinando quanto na sala de aplicação no NIDI-Neurociências e no SAPSI-UFSC, o controle das condições de aplicação se referiram a três aspectos específicos:

- a) às condições de saúde do indivíduo no momento da testagem;

- b) à disposição do ambiente;
- c) à qualidade dos instrumentos utilizados.

No primeiro caso, foram observadas as condições físicas do examinando, verificando se não estaria cansado (muitos examinandos vinham de cidades distantes do interior do estado), sob efeito de medicação, tenso, alcoolizado ou mesmo com fome. Em alguns casos, houve necessidade de adiar a aplicação. Este aspecto foi objeto de avaliação junto ao examinando no momento da devolução do teste SCL-90-R, a fim de confrontar o rendimento do indivíduo com o rendimento médio dos demais participantes da pesquisa.

Do ponto de vista ambiental, a necessidade de escolha de um lugar tranquilo onde não houvesse interrupções, arejado, bem iluminado, facilitador da concentração. O uso de salas apropriadas ao atendimento psicológico no NIDI-Neurociências e no SAPSI-UFSC atenderam às condições esperadas, tendo em vista a avaliação positiva feita pelos próprios examinandos ao final da aplicação do Rorschach. Em relação ao terceiro aspecto, a qualidade dos instrumentos, buscamos utilizar as versões originais dos testes: no caso do SCL-90-R, a versão traduzida e pré-validada para a nossa realidade em estudo anterior com pacientes com dor; no caso do Rorschach, o uso do conjunto de lâminas originais produzidas pela Editora Stuttgart Bern, Hans Buber, Suíça, que são as lâminas utilizadas na pesquisa científica e na prática profissional.

4.4.3 Rapport

Em uma situação de psicodiagnóstico, o *rapport*, ou seja, a sensibilização ao processo de avaliação, tendo em vista os papéis estabelecidos de examinando e examinando, constitui muitas vezes numa variável decisiva para o sucesso ou o fracasso de um psicodiagnóstico. Produzir um *rapport* significa estimular, descontrair, ampliar o campo da percepção, de forma a estabelecer um vínculo mínimo de confiança e interesse em colaborar no processo de avaliação.

No caso do SCL-90-R, o fato de levá-lo para uma aplicação em sua própria casa tende a reduzir o grau de ansiedade emergente em situações de testagem de uma forma geral.

Em relação à técnica de Rorschach, o *rapport* se configura num evento diferenciado, porque não se aplica somente antes de iniciar uma avaliação psicológica, mas pode ocorrer durante o processo de testagem como forma de re-estimular o examinando. O tipo de estímulo (manchas de tintas dispostas) e a natureza ambígua das respostas (não há respostas consideradas certas ou erradas) podem ao mesmo tempo serem estimuladores e desmotivadores para os indivíduos. Não há como obter um bom protocolo de Rorschach sem uma colaboração efetiva do sujeito. Colaboração que depende inclusive do estado emocional no momento de sua realização.

Na técnica de Rorschach, há diferentes formas de reações imediatas quando os indivíduos se deparam com determinadas lâminas. ADRADOS

(1987), assim como TRAUBENBERG (1998) apontam, através de diferentes estudos, o quanto as reações dos sujeitos frente à apresentação de uma lâmina sinalizam manifestações do comportamento que podem ser percebidas durante o próprio *rapport* inicial, sinalizando, para o aplicador, a necessidade de ter que buscar uma atitude estimuladora durante o próprio processo de testagem.

Em nossa pesquisa, o *rapport* foi desenvolvido durante a realização da anamnese, construída para coletar uma série de dados pessoais, profissionais, familiares, afetivos, dentre outros. O convencimento dos participantes acerca da necessidade de avaliação, tendo em vista sua colaboração no diagnóstico dos sintomas apresentados, provavelmente foi um fator muito importante para o estabelecimento de um *rapport* mais facilitado. Dito de outra maneira, avaliamos que o controle do *rapport* partiu menos do pesquisador e mais do próprio examinando. Dos 17 (dezessete) protocolos não validados para esta pesquisa (para inicialmente N=87), 05 (cinco) foram eliminados em função dos indivíduos não terem conseguido produzir respostas em metade das lâminas, ainda que estimulados durante o processo de testagem

4.4.4 Dor na fase de testagem

A segunda sessão de avaliação, cuja tarefa seria produzir o protocolo de Rorschach, também envolveu um alto grau de desempenho dos participantes, em razão da peculiaridade do instrumento utilizado. O ato

projetivo realizado a partir dos estímulos-padrões da técnica, na fase da Associação Livre, a recorrência das verbalizações no Inquérito, juntamente com o registro na Folha de Localização foram operações que exigiram um esforço significativo, particularmente para aqueles que enfrentavam os sintomas dolorosos durante a realização da técnica.

Apesar de se constituir numa variável interveniente ao processo, não observamos, em nossa pesquisa, que ela tenha produzido maiores impactos sobre a quantidade de respostas do protocolo (na hipótese do indivíduo buscar reduzir o tempo de realização da técnica) ou mesmo sobre a qualidade das respostas (nenhum dos protocolos de indivíduos que relataram sentir dor durante a realização da prova mostrou redução na qualidade formal ou evolutiva das respostas). Há, ainda, outros aspectos que poderiam ser confrontados com esta variável (dor durante a testagem), mas que, no nosso modo de entender, não comprometeram os dados do protocolo, dado a disposição dos indivíduos em fazerem a avaliação.

Em nossa pesquisa, foi possível perceber duas situações específicas durante a realização do Rorschach, em que os examinandos verbalizaram incômodo pelo fato de estarem com dor no momento da testagem. O rendimento de um modo geral desses examinandos não diferiram dos demais.

4.5. CRITÉRIOS TÉCNICOS E VALIDADE DO TESTE SCL-90-R E DA TÉCNICA DE RORSCHACH

Este estudo não pretende aferir a validade do SCL-90-R e do Rorschach. A literatura científica sobre o assunto nos permite conferir um grande conjunto de estudos de validação desses instrumentos em populações distintas. No caso brasileiro, diferentemente do Rorschach, o SCL-90-R ainda não recebeu um tratamento estatístico e psicométrico (validade de construto) necessário ao procedimento de validação do teste, empreendimento este que pretendemos desenvolver em breve, através dos estudos que estamos realizando e do qual esta tese faz parte.

Porém, podemos afirmar que o que realizamos neste estudo foi avaliar a fidedignidade ou desempenho (*reliability*) do SCL-90-R em uma situação real de investigação. Fidedignidade se refere ao grau de consistência ou precisão com que um instrumento mede as características que estão sob controle ou observação. Normalmente é aferida de três maneiras: a) consistência interna; b) teste-reteste e c) correlação simples ou literal.

A consistência interna representa uma aferição do grau de homogeneidade dos itens selecionados para representar cada sintoma (critério). É primário avaliar a consistência interna de um instrumento no período em que o instrumento está sob intensivos testes experimentais com diferentes grupos e em diferentes intervalos de confiança, visando padronizar sua escala de avaliação. Já o teste-reteste consiste em realizar comparações sucessivas entre os mesmos grupos populacionais. Realizamos, portanto, a

chamada correlação simples ou literal, que consiste em testar hipóteses relacionadas ao uso do instrumento e fazer comparações entre grupos populacionais organizados em torno de normas e padrões técnicos similares (verificados através das tabelas normativas). Isso significa um controle adequado sobre as variáveis intervenientes no estudo.

Realizamos um análise das principais variáveis que avaliam o grau de pertencimento dos indivíduos à norma de seu grupo. Normalmente, nas pesquisas realizadas com a técnica de Rorschach, o único dado normativo comum aos mais variados estudos de validação é a idade do indivíduo. Para as finalidades deste estudo, além da idade, foi levado em consideração o item escolaridade como dado normativo, tendo em vista os níveis diferenciados de escolaridade formal entre os participantes da pesquisa.

Todos os dados normativos foram obtidos a partir de tabelas para pacientes não-psiquiátricos, com idades acima de 18 anos, de diferentes ocupações profissionais, padronizados para a realidade brasileira por ADRADOS (1987) e VAZ (1997). Eventualmente, para alguns protocolos que apresentavam situações limítrofes de enquadre neste critério, foram confirmados seus dados normativos através de pesquisas recentemente publicadas no Brasil.

Os protocolos considerados válidos (validade interpretativa) foram aqueles que ofereciam valores de $R > 14$ (acima de 14 respostas por protocolo) e $\Lambda < 0.99$ (proporção de respostas de Forma pura - F - menor que 99% das respostas dos protocolos). Esses critérios são utilizados, segundo EXNER (1999) para evitar que protocolos com pouca quantidade de

respostas e com excesso de respostas de forma pura apresentem baixo grau de constância nas variáveis sob análise e, ao mesmo tempo, demonstrem simplificação perceptiva (maior descrição do estímulo e reduzida projeção) e excesso de controle intelectual. Apesar de que, na prática psicológica, mesmo os registros simplificados obtidos em protocolos de Rorschach sinalizem fenômenos comportamentais que devem ser objetos de avaliação no psicodiagnóstico, normalmente dada a escassez de informação necessária à produção do diagnóstico.

Dada a complexidade dos sistemas de interpretação do método de Rorschach¹, organizamos um Manual² que contemplasse os principais itens de classificação e categorização das respostas dos protocolos, privilegiando indicadores nacionais e que possuem critérios estatisticamente confiáveis, a fim de sistematizar as contribuições dos principais autores e nos orientar no trabalho de codificação e interpretação dos protocolos pesquisados. A partir da sistematização desses itens, organizamos categorias que avaliassem alterações ou distúrbios psicopatológicos e de conduta descritas na casuística dos estudos especializados.

Baseamos essa organização nos trabalhos de EXNER (1983, 1999), responsável pela "psicometrização" de uma série de variáveis qualitativas do Rorschach e nos critérios diagnósticos do DSM-IV³. Embora a descrição dos transtornos neuróticos se mostre mais completa no DSM-III-R (terceira versão

¹ Sobre uma descrição e discussão dos principais métodos de interpretação do Rorschach, ver: SOUSA, C. C. de. *O método de Rorschach*. São Paulo : Vetor, 1971 e VAZ, C. E. *O Rorschach – teoria e desempenho*. São Paulo : Manole, 1997.

² Ver nos ANEXOS I.

³ DSM-IV *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4^a.ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.

revisada), há, no nosso modo de entender, um reducionismo em classificar os transtornos neuróticos de uma forma geral em transtornos de ansiedade e transtornos dissociativos, prendendo-se à nosologia psiquiátrica clássica de distinção entre neuroses de ansiedade e a neurose histérica. O DSM-IV, partindo da definição de transtornos mentais de uma forma geral, apresenta os limites conceituais e as condições sócio-culturais que sustentam a definição de transtorno mental ou neurótico, conforme inicialmente discutido na **Introdução** deste trabalho.

A seguir, apresentamos no **Quadro 4** a descrição das principais variáveis-critérios (sintomas) definidos pela escala de sintomas do SCL-90-R e, nos **Quadro 5, 6, 7 e 8**, os principais indicadores diagnósticos de padrões de sintomas do protocolo de Rorschach.

Quadro 4
Descrição dos sintomas e dos itens correspondentes
na escala do SCL-90-R

CÓDIGO	SINTOMAS	DIMENSÕES DE AVALIAÇÃO DO SINTOMA	Itens da escala
SOM	Somatização	Reflete uma condição de sofrimento causado por dor, adoecimento ou exaustão (distress) que reflete uma percepção intensificada pela percepção de disfunção de sistemas orgânicos (cardiovascular, gastrointestinal, respiratório e outros sistemas com forte mediação autônoma). São também componentes da somatização a dor e o desconforto muscular e ansiedades equivalentes	1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 56, 58.
O-C	Obsessão-compulsão	Inclui sintomas que são freqüentemente identificados com o sintoma padrão clínico de mesmo nome. Refere-se a pensamentos, impulsos e ações que são experienciadas como persistentes e irresistíveis, embora de natureza não-desejáveis. Comportamentos e experiências de déficits cognitivos são também incluídos nesta medida.	3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65.
I-S	Sensibilidade interpessoal	Avalia sentimentos de inadequação e inferioridade, particularmente em comparação com outras pessoas. Auto-depreciação, insegurança e desconforto nas interações com outras pessoas são manifestações características desta síndrome. Indivíduos com altos escores em I-S demonstram uma apurada consciência de si e expectativas negativas relacionadas com os outros e com a percepção deles.	6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73.
DEP	Depressão	Reflete um conjunto representativo de manifestações clínicas da depressão. Sintomas de humor e afeto disfóricos são representados como sinais de perda de interesse, de motivação e rebaixamento da energia vital. Sentimentos de desesperança, pensamentos suicidas e outros correlatos cognitivo e somático de depressão estão incluídos nesta dimensão.	5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79.
ANX	Ansiedade	Reflete sinais gerais de ansiedade, tais como o nervosismo, a tensão, a agitação, além de ataques de pânico, sentimentos de terror, apreensão e medo. Alguns correlatos somáticos de ansiedade são também incluídos nesta dimensão.	2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86.
HOS	Hostilidade	Reflete pensamentos, sentimentos e ações que são característicos de estados afetivos negativos e desprazerosos. A seleção de itens inclui qualidades tais como a agressão, a iritabilidade, a propensão à violência e o ressentimento.	11, 24, 63, 67, 74, 81.

PHOB	Fobia	Refere-se a um persistente medo de reação – à uma pessoa, lugar, objeto ou situação – que é irracional e desproporcional ao estímulo, ao mesmo tempo em que dirige o comportamento para a esquiva ou fuga. Se aproxima do conceito de ansiedade fóbica e agorafobia.	13, 25, 47, 50, 70, 75, 82.
PAR	Ideação paranóide	Reflete uma desordem do pensamento e do comportamento social. Suas características principais: pensamentos projetados, hostilidade, atitude de suspeita, grandiosidade, centralidade, medo de perda da autonomia e desilusões.	8, 18, 43, 68, 76, 83.
PSY	Distúrbio afetivo	Reflete experiências humanas de isolamento, pouca sociabilidade, estilo de vida esquizóide, que são incluídos como sintomas primário da esquizofrenia tal com as alucinações e controle do pensamento. Esta dimensão possui um gradiente que vai desde uma moderada alienação interpessoal até à psicose.	7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90.
GSI	Índice de severidade global	A função desta medida global é comunicar através de um escore o nível ou profundidade do estresse psicológico individual (distress).	-
PSDI	Índice de sintomas estressantes positivos	É uma medida de estilo de resposta de aumento ou atenuação dos sintomas estressantes. Reflete o nível médio de estresse reportado para os sintomas que foram endossados. Pode ser interpretado como uma medida de intensidade do sintoma.	-
PST	Total de sintomas positivos	É uma medida que reflete o número de sintomas endossados pelo respondente. Pode ser interpretado como uma medida da extensão do sintoma.	-

Quadro 5

Descrição dos itens de codificação das respostas segundo a sua localização

CÓDIGO	LOCALIZAÇÃO E CARACTERÍSTICAS
G	Resposta que abrange toda a figura
DG	Globais confabuladas, iniciadas por um detalhe e que aos poucos se configura numa global.
G/	Globais contaminadas
D	Resposta de detalhe maior
Dd	Resposta de detalhe incomum (ou detalhe menor)
Gs	Global com espaço em branco
Ds	Detalhe com espaço em branco
Dds	Detalhe incomum com espaço em branco

Quadro 6

Descrição dos itens de codificação das respostas segundo os seus determinantes

CÓDIGO	DETERMINANTES E CARACTERÍSTICAS
F+	Forma precisa e bem definida; forma de boa qualidade; pensamento lógico
F-	Forma duvidosa, de má qualidade, que não se adequa à mancha.
F.	Forma imprecisa. Conteúdo verbalizado pelo examinando que não permite a classificação de F+ nem de F-
ΣF	Somatório ou o total de F+, F- e F: capacidade de controle geral
M+	Movimento humano de boa qualidade. Pessoa inteira vista em ação vital de postura ou de locomoção
M-	Movimento humano de má performance. Detalhe humano ou humano descaracterizado visto em ação vital de postura ou de locomoção
FM	Movimento animal
Fm, mF, m	Movimento de forças da natureza, tendo o conteúdo forma bem definida, não bem definida e quando não é percebido com forma pelo examinando
Fk, kF, k	Sombreado de conteúdos radiográficos, de mapa geográfico ou de "negativos" com forma definida, com forma vaga, ou sem forma (conteúdos disfóricos)
Fc, cF, c	Sombreado de tipo "textura", com forma definida, não bem definida, ou sem forma
FC, C, F, C'	Conteúdo visto em área preta, cinza ou escura, percebido com essas mesmas características, com forma definida, com forma vaga ou sem forma
FC, CF, C	Cor "cromática" em que é percebido o conteúdo, com forma definida, vaga ou sem forma (resposta de cor pura)
C	Cor pura. Conteúdo sem forma visto como colorido
Csimb	Cor pura usada pelo examinando como símbolo
Cn	Cor nomeada, também um tipo de cor pura. O examinando apenas nomeia, ou enumera as cores percebidas em diapositivo pluricromático (II)
ΣC	Somatório de cores que se faz pela fórmula: $(FC + 2xCF + 3xtotal\ de\ C\ puras)/2$

Quadro 7
Descrição dos itens de codificação das respostas do Rorschach
segundo os seus conteúdos

CÓDIGO	CONTEÚDOS E DESCRIÇÃO
H	Humano: quando a figura humana é vista como pessoa autêntica, inteira
(H)	Humano descaracterizado: quando se trata de um conteúdo com características não autênticas de pessoa, ou seja, com conotações sobrenaturais, espirituais, mitológicas, legendárias, antropomórficas e extraterrestres.
Hd	Detalhe humano: membros externos do ser humano
(Hd)	Detalhe humano descaracterizado: detalhe humano com as características indicadas em (H)
A	Animal: quando o animal é visto por inteiro
(A)	Animal descaracterizado: animal com alguma característica de pessoa, sobrenatural ou mitológica
Ad	Detalhe animal: membros externos de animal
(Ad)	Detalhe animal descaracterizado: membro de animal com conotação humana, antropomórfica, mitológica ou extraterrestre
Obj	Objeto: objeto para uso geral
Anat	Anatômico: órgão interno do corpo humano ou animal, ossos e conteúdos radiológicos
Pl	Planta: conteúdos relacionados à flora
Nat	Natureza: astros, minérios, metais
Água	Água: convém este conteúdo ser classificado como uma categoria específica, dado o significado interpretativo como sinal de conflito
Arte	Arte: produto de elaboração ou criação artística
Geo	Geográfico: sempre que o conteúdo for visto em mapa geográfico
Arq	Arquitetônico: conteúdo relacionado à arquitetura
Sangue	Sangue
Sex	Sexo: parte do órgão ou o órgão com função sexual
Másc	Máscara
Expl	Explosão: qualquer conteúdo visto em explosão
Cena	Cena: conteúdos humanos ou animais em ação dentro de cenário ou pano de fundo

Quadro 8
Descrição das principais fórmulas de interpretação do Rorschach

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
TP	Tipo de percepção, expresso pela fórmula G:D:Dd
Tv = M: C	Tipo Vivencial, expresso pela fórmula M:C
Ir=G:M	Índice de realização
FM + m: Fc + c + C'	Segunda fórmula vivencial
VIII + IX + X / R	Fórmula dos afetos, expressa a percentagem de respostas dadas pelo sujeito nas lâminas totalmente coloridas. Serve para confirmar o choque de cor.
FK + F + Fc / R	Fórmula do controle geral

Com base nessas considerações e codificações técnicas, organizamos uma síntese comparativa dos principais padrões de sintomas psicológicos e psicopatológicos avaliados pelo Rorschach, de forma a poder permitir uma comparação direta com o padrão de sintomas de transtornos psicológicos da escala do SCL-90-R, conforme descrito no **Quadro 9**.

Quadro 9
Comparação de padrões de sintomas entre o teste SCL-90-R e o Rorschach

PADROES DE SINTOMAS	
SCL-90-R	Rorschach
Somatização	Organicidade Psiconeuroses Distúrbio emocional Hipocondria
Obsessão-compulsão	Traço patológico Obsessividade Perfeccionismo
Sensibilidade interpessoal	Relacionamento interpessoal Coartação Introversão Extratensão
Depressão	Traço patológico Depressão
Ansiedade	Ansiedade Angústia
Hostilidade	Agressividade Impulsividade Egocentrismo
Ansiedade fóbica	Fobia Angústia Ansiedade
Ideação paranóide	Paranóia
Psicoticismo (Distúrbio afetivo)	Transtorno afetivo Sobrecarga situacional Transtornos cognitivos

Os padrões de sintomas psicológicos e psicopatológicos avaliados pelo Rorschach, agrupados e associados à escala do SCL-90-R, nos permitiu deduzir os principais índices de transtornos psicológicos e psicopatológicos indicados pela literatura especializada, que foram agrupados conforme descrito no **Quadro 10**.

Quadro 10
Descrição das síndromes do Rorschach em comparação com a escala de sintomas do SCL-90-R

SINTOMAS	AGRUPAMENTO DE ÍNDICES DE TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS E PSICOPATOLÓGICOS (Síndromes)
Somatização	Aumento no número de respostas, fórmula vivencial extratensiva, presença de respostas C e CF, mas dificilmente FC, F+% abaixo da média, Confabulações, choque cromático, M<C.
Obsessão-compulsão	Aumento dos TRs, Fórmula vivencial ambigüal ou introversiva, M=C, tipo de percepção com Dd aumentado, respostas de conteúdo radiológico: Anat e kF, uso de descrições, tipo de sucessão rígido.
Sensibilidade interpessoal	Fórmula vivencial coartativa, Fórmula de Klopfer introversiva, Tp com G aumentado, FM> M, choque, aumento de respostas cF e c, respostas KF aumentada, Ad>A, aumento de P.
Depressão	Produtividade rebaixada, TR e t/R dilatados, F+% elevado, quase sempre próximo a 100, escasso número de respostas G, tipo de vivência coartado, escassas respostas de movimento e cor, A% elevado, Hd>H.
Ansiedade	Fórmula vivencial introversiva, percepção predominante global, Índice de realização aumentado em G, F+% inferior a 75%, ΣF inferior à 50 e aumento de respostas claro-escuro, principalmente K ou KF, C' ou CF', aumento de respostas S.
Hostilidade	Fórmula do controle geral rebaixada, m>M, F% aumentado, respostas Eqe e anatômicas aumentadas, aumento de respostas S, Hd>H, F%+ rebaixado, redução de respostas de movimento, P% rebaixado, respostas de crítica ao objeto e ao sujeito.
Fobia	Respostas DG, presença de k, KF e C', perseveração, respostas S, sucessão relaxada, F% aumentado, próximo

Ideação paranóide	a 100, excassas respostas de movimento e de cor, A% maior que 50, aumento de F-, respostas (H) e (A). TRs aumentados, G confabulatórias, Fórmula vivencial e de Klopfer contraditórias, G excessivamente aumentado, Dd>D, m>M, presença de respostas de conteúdo Sg, Abst e Geo, Índice de realização com G aumentado, respostas Eqa.
Distúrbio afetivo	Número de respostas inferior à 25, aumento do TR, M<1, FM>M, F% > 50, choque cromático e/ou acromático, rejeição de uma ou mais lâminas, A%>50, ausência de FC, respostas de claro-escuro em número elevado, aumento de S, redução da qualidade de G, sucessão desordenada.
Angústia	Fórmula vivencial ambigual ou introversiva, tipo de percepção com redução de G e aumento de Dd, F+ aumentado, F% acima de 50, aumento de S e de k, respostas de claro-escuro aumentadas, k, KF, C'F.
Transtornos cognitivos	F+% rebaixado, F- aumentado, M<1, G% rebaixado, sucessão desordenada, FM>M, P% aumentado, rejeição de lâminas, fracasso na elaboração de respostas.

O agrupamento dos índices, que preferimos denominar de síndromes, em razão de representarem, na verdade, um conjunto de sinais e sintomas que juntos indicam uma condição de alteração de conduta, delinearam o modo de interpretação dos resultados e as associações com a escala de sintomas do SCL-90-R. Incluímos os sintomas *angústia* e *transtornos cognitivos* em função da influência destes em alguns padrões de sintomas psicológicos e pela necessidade de diferenciação do quadro de ansiedade.

5. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Este capítulo trata da sistematização dos resultados produzidos pela pesquisa, através do tratamento e análise: a) das variáveis de estudos e intervenientes; b) das dimensões de investigação dos transtornos psicológicos oferecidos pelos instrumentos de coleta de dados; c) das correlações produzidas entre os resultados dos instrumentos.

Inicialmente, apresentamos um resumo dos dados produzidos pelo estudo-piloto e que serviu de base para o desenvolvimento da pesquisa propriamente dita.

5.1 RESUMO DOS DADOS DO ESTUDO-PILOTO

O desempenho do SCL-90-R e do Rorschach, administrados através do método do duplo cego, foi objeto de análise e interpretação de tendências e possíveis correlações, embora não tenha havido um controle prévio sobre as informações provenientes da anamnese. Genericamente, trabalhamos com a possibilidade de investigar possíveis transtornos de psicológicos e/ou psicopatológicos através da exploração da capacidade investigativa de ambos os testes. No estudo-piloto, trabalhamos com uma população com as seguintes características:

Tabela 1. Distribuição das características sócio-demográficas dos participantes do estudo-piloto (N=28)

Características		Caixa de banco	Caixa de supermercado
Sexo	Fem.	12	7
	Masc.	6	3
Idade	23 – 35	6	8
	36 – 47	12	2
Estado Civil	Solteiro	-	03
	Casado	16	07
	Separado	02	
Escolaridade	1º. Grau	-	02
	2º. Grau	08	08
	3º. Grau	10	-
Naturalidade	GF*	05	04
	Interior	08	03
	OE**	05	03
Total		18	10

* Grande Florianópolis

** Outros Estados

Após a análise dos resultados obtidos no estudo-piloto, foram realizados cruzamentos entre os escores da escala do SCL-90-R com os dados sócio-demográficos, porém não se mostraram eficientes, no sentido de apresentar tendências ou padrões correspondentes. Na verdade, em função do número reduzido de casos, a probabilidade de indicar tendências nas curvas era reduzida. Entretanto, nos chamou a atenção as médias dos escores obtidos na escala entre as duas categorias profissionais pesquisadas, conforme mostram as Figuras 2 e 3.

Figura 2
Distribuição dos escores médios obtidos na escala do SCL-90-R
entre os caixas de banco (N=18, DP=7,9)

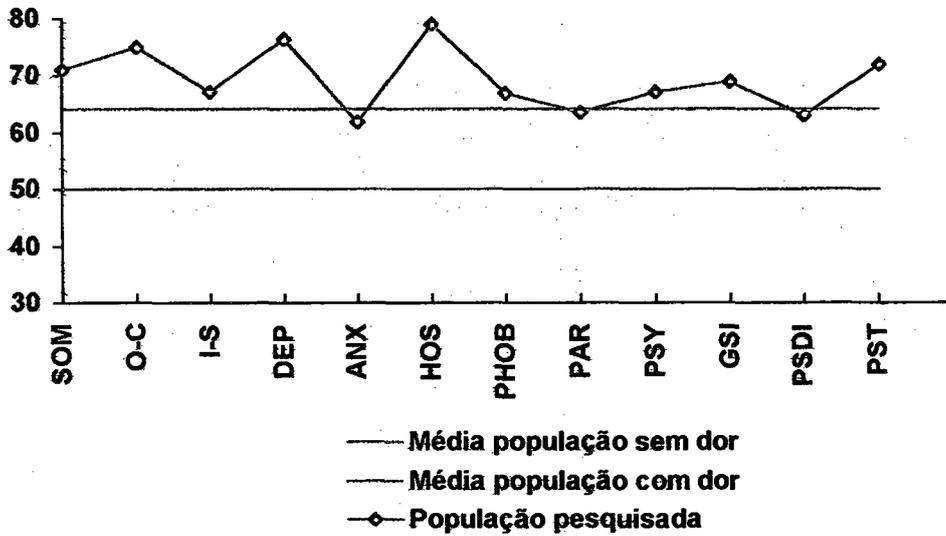
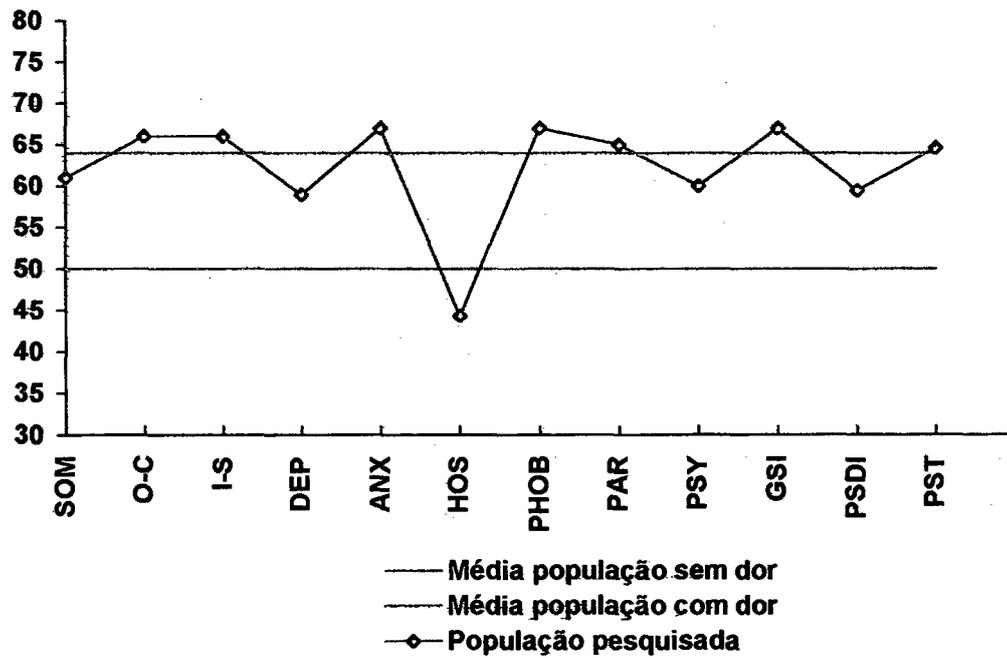


Figura 3
Distribuição dos escores médios obtidos na escala do SCL-90-R
entre os caixas de supermercado (N=10, DP= 6,8)



Fizemos uma análise da incidência dos escores encontrados comparando-os com as médias e os desvio-padrões correspondentes das tabelas normatizadas por DEROGATIS (1994) para populações com dor e populações sem dor. Alguns dados relevantes: a) ambos as curvas apresentaram uma tendência próximas à média da média de população com dor, embora com médias maiores entre os caixas de banco; b) os sintomas **DEP** e **HOS** apresentaram curvas similares, tendendo a afastar-se de ambas as médias da população com dor e sem dor e colocando-se em pólos opostos; c) os índices **PHOB** e **PAR** apresentaram escores médios similares.

O resultados da técnica de Rorschach foram confrontados com as informações quali-quantitativas obtidas entre os manuais brasileiros que apresentam pesquisas validadas para população adulta de um modo geral. Como não foram encontradas pesquisas sobre a validação do Rorschach em populações com dor, fizemos a análise dos protocolos baseados nos critérios estatísticos e nas tabelas normativas válidas para o contexto brasileiro. Fizemos a interpretação dos indicadores básicos de diagnóstico, buscando compor um conjunto de resultados passíveis de confrontação com os resultados da escala do SCL-90-R.

O diagnóstico dos transtornos psicológicos através da técnica de Rorschach revelou: a) incidência de transtornos psicológicos homogênea em todos os participantes, não diferenciando-se por idade, sexo ou estado civil. Quando comparamos os resultados dos protocolos de Rorschach com o grau de escolaridade, houve diferenças de diagnósticos entre os participantes. Entre os

mais escolarizados, os transtornos cognitivos foram mais evidenciados. Em contrapartida, entre os menos escolarizados o índice de fobia foi mais destacado.

Ao confrontarmos os resultados do SCL-90-R e do Rorschach com as indicações clínicas (previamente não sabidas), identificamos duas hipóteses: a) a hipótese dos *falsos negativos*, isto é, indivíduos que não foram detectados como portadores de transtornos psicológicos no teste SCL-90-R, mas que apresentaram esse diagnóstico na técnica de Rorschach e no diagnóstico clínico; b) de outra maneira, a hipótese dos *falsos positivos*, isto é, indivíduos (principalmente os com altos índices de escolarização) que, apesar de não apresentarem alterações psicológicas significativas no protocolo de Rorschach, mostravam indicadores psicopatológicos no SCL-90-R e no diagnóstico clínico. A partir dessas “pistas” seguimos com um novo procedimento de campo e um novo esforço em agrupar variáveis e índices possíveis de serem associados entre os instrumentos utilizados.

5.2 VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

A população pesquisada (N=70) apresentou as seguintes características sócio-demográficas: faixa etária entre 21 e 56 anos, média de idade = 37,6 (DP=8,9), predominância do sexo feminino (58,6%), a maior parte casados (67,1%) e com segundo grau completo (41,4%). Um percentual significativo dos indivíduos é natural do Estado de Santa Catarina (90%), com uma distribuição

homogênea entre os oriundos do interior do Estado e os da Grande Florianópolis, respectivamente, 45,7% e 44,3% e se enquadram em grupos ocupacionais com percentual válido acima de 10%, conforme discriminado na

Tabela 2.

Tabela 2
Distribuição das variáveis sócio-demográficas (N= 70)

Variáveis	Frequência	%N
Sexo		
Fem.	37	58,6
Masc.	33	41,4
Idade (anos)		
21 - 32	22	31,4
33 - 44	32	45,7
45 - 56	16	22,9
Estado Civil		
Solteiro (a)	47	67,1
Casado (a)/Coabitando	08	11,4
Separado(a)/Divorciado(a)		
Escolaridade		
1º. Grau completo e incompleto	15	21,4
2º. Grau completo	30	42,9
3º. Grau completo	18	25,7
Pós-graduação (mest./dout.)	07	10,0
Naturalidade		
Grande Florianópolis	32	45,7
Interior do Estado (SC)	31	44,3
Outros Estados	07	10,0
Profissão/ocupação		
Caixa executivo de banco	13	18,6
Caixa de supermercado	08	11,4
Operador de máquina industrial	08	11,4
Do lar	10	14,2
Policial militar	09	12,9
Carteiro	09	12,9
Professor	13	18,6

5.3 VARIÁVEIS CLÍNICAS

5.3.1 Condição mórbida atual e progressa (MOR)

A distribuição dos distúrbios músculo-esqueléticos (N=70), considerando as indicações clínicas coletadas na anamnese médica (diagnóstico inicial), está descrita na **Tabela 3**.

Tabela 3
Distribuição dos distúrbios músculo-esqueléticos, segundo a indicação clínica

Indicação clínica	Freqüência	Percentual	% acum.
Lombalgia	18	25,7	25,7
Lombociática	10	14,3	40,0
Fibromialgia	7	10,0	50,0
Cervicalgia	4	5,7	55,7
Combinação de duas	14	20,0	75,7
Combinação de três	11	15,7	91,4
Combinação de quatro	6	8,6	100,0
Total	70	100,0	

Apesar de 55,7% dos participantes estarem classificados em um dos quadros sintomatológicos clássicos (fibromialgia, lombociática, cervicalgia), 44,3% da população apresentou um quadro diagnóstico complexo, através da combinação dos quadros sintomatológicos, revelando a dificuldade técnica em proceder um diagnóstico diferencial dos distúrbios músculo-esqueléticos, ainda que dentro de parâmetros anátomo-funcionais.

A **Tabela 4** descreve o período de manifestação do(s) sintoma(s), isto é, a identificação prospectiva, por parte dos sujeitos, da manifestação contínua e

persistente dos sintomas dolorosos repercutidos no sistema músculo-esquelético.

Tabela 4
Distribuição do(s) sintoma(s) segundo o período de manifestação

Período	Freqüência	Percentual	% acum.
1-2 anos	21	30,0	30,0
3-5 anos	22	31,4	61,4
6-10 anos	21	30,0	91,4
> 11 anos	6	8,6	100,0
Total	70	100,0	

A maior parte dos participantes (61,4%) identificou uma manifestação contínua persistente dos sintomas nos últimos 5 anos, com um índice elevado (30%) na faixa até dois anos, indicando uma agudização e cronificação dos precoce dos sintomas.

O diagnóstico produzido a partir da avaliação da queixa dos indivíduos portadores de distúrbios músculo-esqueléticos, normalmente vem acompanhado da descrição do grau de severidade ou intensidade da dor e das principais sintomatologias associadas. Nessa descrição, encontramos uma variedade significativa de distúrbios ou transtornos associados a traços e estados emocionais. A Tabela 5 faz uma comparação entre o percentual de incidência dos principais sintomas associados à indicação clínica entre a população pesquisada e duas outras pesquisas de validação do SCL-90-R em população adulta, não-psiquiátrica e com sintomatologias físicas variadas. A amostra norte-americana (1983), conduzida pelo próprio criador do SCL-90-R, Leonard R. Derogaris, tinha por objetivo avaliar distúrbios de ansiedade e depressão serviu

como uma dos quatro grupos normativos no processo de validação da escala. Já a amostra argentina (1997), conduzida por pesquisadores da Fundação Oncológica Argentina (FUNDONAR), junto a 484 indivíduos sadios e fisicamente enfermos (pacientes com dor, 105 dos quais oncológicos), teve como preocupação principal testar e validar o SCL-90 (não-revisado) entre grupos de pacientes e não pacientes na província de La Plata. São dois estudos que se aproximam das características que pretendemos aferir neste trabalho, embora reconheçamos as diferenças de representatividade entre as amostras.

Tabela 5
Distribuição percentual de sintomatologias associadas à indicação clínica entre a população pesquisada, uma amostra norte americana e uma argentina

Sintomatologias	População pesquisada	Amostra norte-americana	Amostra argentina
	(N=70) %	(N=423) %	N=(484) %
Nevralgias/enxaquecas	37,2	39,3	35,4
Ansiedade	36,8	35,3	37,3
Fadiga/estresse	32,0	-	38,8
Depressão	↓22,1	29,9	31,7
Transtornos cognitivos	↑18,4	12,8	9,4
Nervosismo	16,3	24,7	-
Fobia	↑14,5	7,1	5,8
Hipocondria	13,2	9,7	-
Insônia	11,2	15,3	21,0
Obsessão-compulsão	10,3	14,3	12,3
Síndrome do pânico	9,0	-	4,5
Disfunções sexuais	↓8,3	17,2	14,6
Déficit de memória	8,3	-	-
Tremores	8,1	-	-
Angústia	8,0	5,9	5,7
Outros	13,9	18,3	23,1

Fontes: a) DEROGATIS, L.R. *SCL-90-R Symptom Checklist*. 3rd ed. Minneapolis, USA : NCS, 1983; b) BONICATTO, S., DEW, M.A., SORIA J.J., SEGHEZZO, M.E. Validity and reliability of symptom checklist (SCL90) in an argentine population sample. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. 32(6):332-8, 1997, aug.

(SCL90) in an argentine population sample. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. 32(6):332-8, 1997, aug.

A **Tabela 5** mostra que, ao comparar os três estudos, percebemos que as nevralgias/enxaquecas, ansiedade e fadiga/estresse se destacam entre os sintomas associados à indicação clínica, da mesma forma que o sintoma obsessão-compulsão. Depressão e disfunções sexuais apresentaram valores rebaixados em relação às amostras norte-americana e argentina, ao contrário dos sintomas transtornos cognitivos e fobia.

A **Tabela 6** descreve os tipos de recursos terapêuticos freqüentemente utilizados pelos sujeitos para manter controle sobre a dor, os incômodos e desconfortos experimentados cotidianamente. Há uma incidência destacada de medicações (30,0%), com destaque para os anti-inflamatórios, analgésicos e remédios caseiros, dentre outros.

Tabela 6
Distribuição dos recursos terapêuticos (N=70)

Recursos terapêuticos	Freqüência	Percentual	% acum.
Psicoterapia	4	5,7	5,7
Fisioterapia	7	10,0	15,7
Acupuntura	6	8,6	24,3
Medicação	21	30,0	54,3
Técnicas alternativas	4	5,7	60,0
Combinação de mais de um	11	15,7	75,7
Nenhum	17	24,3	100,0
Total	70	100,0	

Entre os recursos terapêuticos mais utilizados pelos sujeitos, destaca-se o uso da medicação, conforme mostra a **Tabela 6**. Os tipos de medicação mais comumente utilizadas são os analgésicos (35%), anti-inflamatórios (20%), anti-depressivos (11,4%) e ansiolíticos (5,7%). A utilização de remédios caseiros

alcançou um percentual de 15,7% entre os tipos de medicação utilizada.

5.3.2 Fatores de Risco ou *triggers* (FRO)

A Tabela 7 descreve os principais eventos estressantes percebidos e associados aos sintomas pelos participantes.

Tabela 7
Distribuição dos principais eventos estressantes (N=70)

Eventos estressantes	Percentual
Ambiente, distribuição do espaço e materiais de trabalho	4,4
Competição	10,3
Conflitos familiares	2,9
Doenças na família	4,3
Ganhos financeiros	35,7
Medo do desemprego	17,4
Responsabilidades, pressões e sobrecargas de trabalho	18,6
Insatisfação com o trabalho	15,4
Separação	4,3
Violência	5,7
Outros	7,1

A distribuição dos eventos estressantes entre os participantes revela uma predominância das preocupações com os ganhos financeiros (35,7%). Mostram-se destacados, também, as cargas psicológicas no trabalho, responsabilidades, pressões e sobrecargas de trabalho (18,6%), medo do desemprego (17,4%), insatisfação no trabalho (15,4%) e a competição (10,3%).

A Tabela 8 descreve a presença de síndromes dolorosas crônicas no meio familiar.

Tabela 8
Distribuição da presença de distúrbios músculo-esqueléticos no meio familiar

Presença de sintomas na família	Frequência	Percentual	% acum.
Sim	16	22,9	22,9
Não	48	68,6	91,4
Não sabe	6	8,6	100,0
Total	70	100,0	

Apenas 22,9% do total dos participantes relataram existir a presença de síndromes dolorosas crônicas no meio familiar de variadas patologias, corroborando estudo realizado anteriormente em nosso núcleo de pesquisa¹. Especificamente em relação à presença de distúrbios músculo-esqueléticos, houve menor precisão de respostas, aumentando o número dos que não sabiam responder.

As Tabelas 7 e 8 retratam, no nosso modo de entender, que os chamados *fatores psicossociais do trabalho*² são os principais moduladores (sintomas estressantes) capazes de influenciar decisivamente na instalação e manutenção das síndromes dolorosas crônicas músculo-esqueléticas. Não seria por menos, portanto, denominá-la de síndromes dolorosas relacionadas ao trabalho, em função dos impactos reduzidos dos fatores de risco individual ou mesmo familiar (fisiológicos e psicológicos).

¹ Estamos nos referindo à pesquisa "Avaliação Psicológica de Síndromes Dolorosas Crônicas", citada anteriormente, que detectou um percentual de 20% de incidência, no meio familiar, de síndromes dolorosas crônicas.

² Ver o artigo de BONGERS, P. M. Psychosocial factors at work musculoskeletal diseases. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, v. 19, p.297-312, 1993.

5.4 VARIÁVEIS OCUPACIONAIS

As Tabelas 9 e 10 descrevem as variáveis ocupacionais pesquisadas e suas implicações sobre as variáveis sócio-demográficas e clínicas.

Tabela 9
Distribuição do tempo na ocupação/atividade (N=70)

Tempo na ocupação/atividade	Frequência	Percentual	% acum.
3 meses a 1 ano	8	11,4	11,4
2 a 4 anos	16	22,9	34,3
5 a 10 anos	27	38,6	72,9
≥11 anos	19	27,1	100,0
Total	70	100,0	

Tabela 10
Cruzamento das variáveis período de manifestação dos sintomas e tempo de ocupação/atividade (N=70)

Tempo na ocupação/Atividade	Período de manifestação dos sintomas				Total
	1-2 anos	3-5 anos	6-10 anos	≥11 anos	
3 meses a 1 ano	7	1	-	-	8
2 a 4 anos	13	3	-	-	16
5 a 10 anos	10	14	3		27
≥11 anos	4	8	4	3	19
Total	34	26	7	3	70

Apesar de uma distribuição relativamente proporcional de tempo na ocupação/atividade entre as faixas pesquisadas, conforme a Tabela 9 descreve, o cruzamento desta variável com o período de manifestação dos sintomas (Tabela 10) nos mostra que há uma tendência de aparecimento dos sintomas já nos primeiros anos de atividade, e não ao longo do tempo, como se espera em relação à incidência de distúrbios músculo-esqueléticos na população trabalhadora em geral.

Tabela 11
Distribuição do período de manifestação do(s) sintoma(s)
segundo a idade, sexo, estado civil e grupo funcional para N=70

Variáveis sócio-demográficas		Período de manifestação do(s) sintoma(s)				Sub-totais
		1-2 anos	3-5 anos	6-10 anos	≥11 anos	
Idade	21-32 anos	19	3	-	-	22
	33-44 anos	14	16	2	-	32
	45-56 anos	1	7	5	3	16
Sexo	Feminino	20	15	2	1	38
	Masculino	14	11	5	2	32
Est.civil	Solteiro	10	4	1	-	15
	Casado	21	20	3	3	47
	Sep./Div.	3	2	3	-	8
Ocupação	Caixa de banco	7	3	3	-	13
	Caixa supermercado	7	1	-	-	8
	Op. de máq. Industrial	6	2	-	-	8
	Carteiro	7	2	-	-	9
	Professor	3	9	-	1	13
	PoliciaI militar	2	3	3	1	9
	Do lar	2	6	1	1	10

A **Tabela 11** mostra que os sintomas músculo-esqueléticos concentram-se entre a faixa de indivíduos mais jovens, tendendo a inverter esta situação ao longo do tempo (confirmando os dados da **Tabela 10**). A predominância dos sintomas entre as mulheres e os casados é proporcional ao números deles na amostra, embora seja essa a conclusão dos muitos estudos na área. Um outro aspecto nos parece evidente: o período de manifestação dos sintomas crônicos mostra-se precoce para a maior parte das categorias funcionais (caixas de banco, caixas de supermercado, operadores de máquinas industriais, carteiros). Entre os professores, policiais militares e as donas de casa, os sintomas tendem a aparecer em um período de tempo mais alongado.

Tabela 12
Distribuição de dupla atividade de trabalho (N=70)

Dupla atividade	Freqüência	Percentual	% acum.
Sim	29	41,4	41,4
Não	41	58,6	100,0
Total	70	100,0	

A avaliação da Tabela 12 nos mostra que, do total dos participantes da pesquisa, 41,4% possuem uma outra atividade que complementa financeiramente a ocupação, inclusive as donas de casa que atuam como diaristas em serviços gerais. Ao cruzarmos esta variável com o período de manifestação dos sintomas, constatamos que há uma distribuição homogênea dos sintomas entre as duas categorias (com dupla jornada e sem), revelando que o fato de acumular atividades é um fator significativo na prevalência dos sintomas.

O Quadro 11 apresenta a distribuição das cargas de trabalho de acordo com a percepção dos sujeitos e por ordem de maior prevalência entre as ocupações (descendente). A percepção das cargas de trabalho foi obtida através da anamnese clínico-ocupacional. As respostas foram agrupadas em grandes categorias, a partir da diferenciação entre cargas físicas, cognitivas e psicológicas referendados na revisão da literatura, de forma a realizar comparações sobre o maior grau de prevalência das cargas entre as ocupações.

Quadro 11
Distribuição das cargas de trabalho mais prevalentes entre as ocupações de acordo com a percepção dos participantes

CARGAS DE TRABALHO	OCUPAÇÕES
FÍSICAS	
Postura, movimentação e sobrecarga muscular	Operador de máq. industrial, Carteiro, PoliciaI militar, Caixa de supermercado, Do Iar.
Ambientes físico de trabalho (ruído, vibração, temperatura, iluminação)	Caixa de banco, Caixa de supermercado, Professor, Operador de máq. industrial, PoliciaI Militar Do Iar
Fadiga, exaustão física, sintomas físicos do estresse	Carteiro, Do Iar, Professor Operador de máq. industrial
COGNITIVAS E PSÍQUICAS	
Preocupação, tensão, ansiedade em cumprir tarefas	Professor, Carteiro, Operador de máq. industrial Caixa de supermercado, Caixa de banco, PoliciaI Militar
Alto grau de responsabilidade, tomadas de decisão, conduta constante de evitar erros, Atenção concentrada	PoliciaI militar Caixas de supermercado, Caixas de banco Professor Operador de máq. Industrial Do Iar
Percepção de estresse, coping	Professor, Carteiro, Caixa de banco Do Iar
Insatisfação com o trabalho, desprazer, monotonia.	PoliciaI Militar, Do Iar, Caixa de supermercado Caixa de banco

O **Quadro 11** nos mostra que as ocupações com maior percepção de prevalência de cargas físicas são os operadores de máquina indústria, os caixas de supermercado e os carteiros. Os policiais militares e os professores aparecem como as ocupações de maior prevalência de carga psicológica. Os carteiros e os operadores de caixa de supermercado aparecem como as ocupações que apresentam maior homogeneidade entre as cargas, isto é, os indivíduos percebem e relatam a prevalência significativa de ambas.

5.5 RESULTADOS DO SCL-90-R

A **Tabela 13** apresenta os escores médios (*raw score*) para N=70, comparando-os, através de uma correlação direta, com os escores médios obtidos na população norte-americana.

Tabela 13
Distribuição dos escores médios do SCL-90-R obtidos na pesquisa e em comparação com uma amostra norte-americana.

ITENS AVALIADOS	Somatização	Obsessão-compulsão	Sensibilidade interpessoal	Depressão	Ansiedade	Hostilidade	Fobia	Ideação paranóide	Distúrbio afetivo	Índice de severidade global
	SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	GSI
Raw Score Pesquisa	2,65	0,58	2,81	2,84	2,17	2,58	1,02	2,32	3,79	3,09
Raw score EUA*	2,32	1,28	2,60	3,14	1,97	3,54	2,77	2,95	2,52	3,17

*DEROGATIS, L. R. **SCL-90-R Symptom Checklist**. 3rd ed. Minneapolis, USA : NCS, 1994. Escala para população adulta, não-psiquiátrica, portadora de síndromes dolorosas (N= 423).

Tendência de médias baixas

Tendência de médias altas

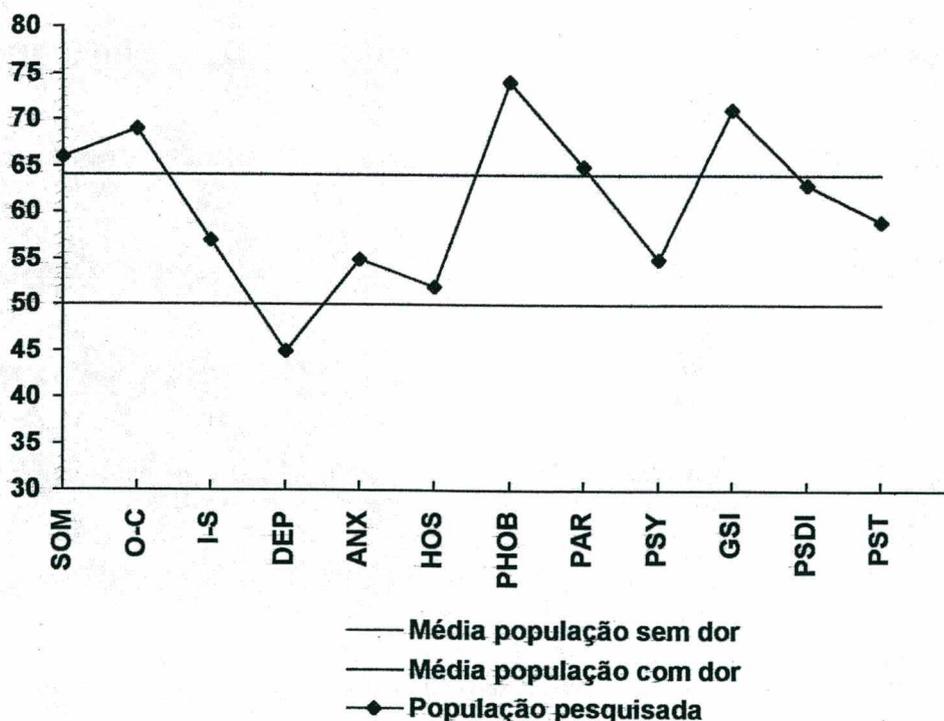
Raw Score – se refere às médias obtidas na escala de 0-4: nunca, um pouco, moderadamente, freqüentemente, extremamente em relação ao total de respostas.

Os resultados apresentados na pesquisa, em comparação com os da amostra norte-americana, nos revela: a) uma aproximação média entre os escores das duas amostras, com exceções para **O-C** e **PHOB**, que

apresentaram resultados além do desvio-padrão esperado ($DP=0,44$); b) o padrão **O-C** obteve escore mínimo em ambas as escalas, embora, da mesma forma que **PSY**, obteve escore fora do desvio-padrão; c) o índice de severidade global em ambas as escalas demonstram a gravidade dos transtornos psicológicos e o baixo controle do estresse.

Os padrões **PSDI** (Índice de sintomas estressantes positivos) e **PST** (total de sintomas positivos) não foram objeto de análise em função de expressarem, no momento, uma medida de difícil associação com as síndromes do Rorschach.

Figura 4
Distribuição percentual dos escores obtidos na escala do SCL-90-R



A **Figura 4** nos mostra o perfil dos escores médios da população pesquisada nas escalas do SCL-90-R, comparando-os com os desvios médios obtidos na população catarinense com dor e sem dor norte-americana. O perfil apresentado nos indica uma variação de padrões de sintomas particularmente significativa em relação a **O-C**, **DEP** e **PHOB**, indicando possíveis particularidades dessas escalas em relação ao contexto brasileiro.

Tabela 14
Distribuição das médias da escalas de padrões de sintomas (*raw score*) de acordo com o sexo

SEXO	SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	GSI
Fem.	3,26	1,43	2,75	■	2,50	2,43	■	2,43	2,21	2,79
Masc.	2,86	■	3,04	1,93	2,70	2,39	■	2,83	2,30	2,70

Tendência de médias baixas
 Tendência de médias altas

A **Tabela 14** mostra uma acentuação de **SOM** na população feminina e de **DEP** na população masculina, contradizendo, no segundo caso, estudos prévios sobre a prevalência de somatização e estados depressivos em mulheres com dor (FURLANETTO, 1998). Dado que o padrão **DEP** já foi objeto neste estudo de questionamento anterior quanto à sua real capacidade de medida, julgamos que a contradição encontrada é mais um elemento de julgamento da validade do padrão **DEP** para a população brasileira.

Tabela 15
Distribuição das médias da escala de sintomas (*raw score*)
de acordo com a idade

IDADE (anos)	SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	GSI
21 – 32	3,02	1,45	2,14	2,68	3,27	3,45	2,39	2,30	2,61	3,25
33 – 44	3,74	1,63	2,70	2,48	3,26	3,59	2,43	3,12	3,21	2,71
45 – 56	3,21	1,83	2,79	2,07	3,29	2,91	3,09	1,91	3,36	2,50

Tendência de médias baixas
 Tendência de médias altas

A **Tabela 15** mostra médias baixas em **O-C** nas três faixas etárias pesquisadas, acompanhando a tendência apresentada nos sexos feminino e masculino (**Tabela 14**) e à presença reduzida de obsessão-compulsão entre as principais sintomatologias associadas à indicação clínica (**Tabela 5**). O padrão **O-C**, desse modo, mostra ser um indicador válido às características de avaliação da escala. De forma similar, as médias elevadas alcançadas em **ANX** nas três faixas etárias, confirma a ansiedade como um dos sintomas mais incidentes em síndromes dolorosas, tanto na população pesquisada, como na amostra norte-americana e argentina (conforme **Tabela 5**).

Tabela 16
Distribuição das médias da escala de sintomas (*raw score*)
de acordo com a ocupação

OCUPAÇÃO	SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	GSI
Caixa de banco	2,79	2,07	3,29	2,25	3,75	2,68	3,27	2,95	2,23	2,91
Caixa de superm.	3,19	2,31	3,38	2,25	2,50	3,25	3,50	3,11	2,70	3,26
Op. de máq. Ind.	2,74	2,68	3,27	2,75	3,25	3,50	1,48	3,25	3,25	3,50
PoliciaI militar	3,00	3,27	1,50	2,50	3,75	2,88	2,93	3,21	1,00	2,93
Carteiro	2,91	3,09	2,45	2,36	3,41	3,52	3,29	3,29	1,93	3,14
Professor	3,16	3,63	2,78	2,59	3,19	3,04	2,21	1,98	3,92	3,57
Do lar	3,50	3,00	2,75	3,00	3,00	2,50	2,64	3,50	3,25	3,25

Tendência de médias baixas
 Tendência de médias altas

A **Tabela 16** mostra, de maneira geral, que a distribuição dos padrões sintomatológicos conforme às ocupações mostra-se mais homogêneo que nas demais variáveis sócio-demográficas, embora aumentados. Duas coisas podemos inferir a partir desse dado: a) que a escala do SCL-90-R não é discriminatória o suficiente para prever uma magnitude¹ dos padrões sintomatológicos entre as diferentes ocupações; b) os valores aumentados expressam a incidência de transtornos psicológicos, em algum nível, em todas as ocupações e, portanto, em todos os indivíduos portadores de síndromes dolorosas crônicas músculo-esqueléticas. A **Tabela 16** apresenta ainda: a) o padrão **GSI** apresenta-se elevado em todas as ocupações, demonstrando a influência dos eventos estressantes de forma generalizada nos padrões de transtornos psicológicos, confirmando a tese defendida por KARASECK, GARDEL e LINDEL (1987) e BONGERS, WINTER, KOMPIER & HILDEBRANDT (1993).

¹ Magnitude é um conceito da Psicometria que expressa a propriedade numérica dos atributos ou fatores psicológicos (Pasquali, 1997).

5.6 RESULTADOS DOS PROTOCOLOS DE RORSCHACH

Os resultados obtidos nos protocolos de Rorschach foram objeto de análise psicométrica a partir de critérios estatísticos - médias e desvio-padrão esperados – válidos para a população brasileira, respeitando-se as normas básicas para este estudo: população adulta, não psiquiátrica, economicamente ativa.

No Brasil não há, até o momento, indicadores de pesquisas sobre o Rorschach generalizáveis e válidos para a população com dor. Para cada item avaliado, foi pesquisado sua *zona média de incidência* na população brasileira, no caso dos indicadores psicométricos. As informações qualitativas (interpretação de itens valorados como de maior ou menor incidência no protocolo) também foram agregados ao conjunto dos indicadores das síndromes (padrões psicológicos e psicopatológicos definidos para este estudo, conforme **Quadros 9 e 10**).

Os indicadores formaram um agrupamento de variáveis que estão interrelacionadas entre si, que por sua ocorrência e relação com a síndrome especificamente considerada, sinalizam uma característica ou estilo psicológico. Algumas variáveis aparecem em mais de um agrupamento, em razão de terem significação múltipla, seja por ausência, constância ou frequência.

As tabelas normativas utilizadas e os intervalos de inclusão e dispersão de cada protocolo em relação às normas sócio-demográficas foram consultadas junto aos principais manuais e livros produzidos no país,

principalmente os considerados de maior envergadura científica e que apresentavam exaustivos estudos sobre os resultados do Rorschach em diferentes subconjuntos populacionais: SOUZA (1971), ADRADOS, (1980, 1987), VAZ (1997). Entre as obras internacionais, traduzidas para o português, trabalhamos com as mais atualizadas e relevantes: EXNER (1999) e TRAUBENBERG (1999). A seguir, apresentamos alguns dos indicadores psicométricos mais significativos entre os protocolos analisados, avaliados em termos de tendência e prevalência na amostra pesquisada.

a) Total de Respostas (R): desempenho e produção

Em torno de 83% dos participantes da pesquisa apresentaram até 21 respostas nas 10 lâminas, considerado um número reduzido em relação à média da população brasileira (20-30), que foi acompanhado de aumentos nos T/Rs (ver pag. 96), deduzindo uma tendência à redução da capacidade de projeção e atenção, o que pode ter implicações diretas sobre as funções cognitivas superiores (níveis de abstração).

Tabela 17
Distribuição da frequência e do percentual de respostas nos protocolos

Número de Respostas	Frequência	Percentual	% acum.
15	9	12,9	12,9
16	16	22,9	35,7
17	12	17,1	52,9
18	8	11,4	64,3
19	8	11,4	75,7
20	1	1,4	77,1
21	4	5,7	82,9
22	4	5,7	88,6
24	1	1,4	90,0
25	2	2,9	92,9
29	2	2,9	95,7
30	1	1,4	97,1
32	1	1,4	98,6
34	1	1,4	100,0
Total	70	100,0	

b) Classificação das respostas a partir das Localizações

As Tabelas 17 e 18 mostram os tipos de percepção, isto é, os modos racionais de conhecer a realidade (influência de padrões cognitivos e afetivos, portanto), comparados à norma brasileira.

b.1) Globais (G): percepção de conjunto, de síntese e de abstração

Tabela 18
Distribuição das respostas globais em percentuais médios

Tipo de resposta	Código	Percentual	Percentual médio esperado
Primária	G	↓16,3	20-30
Confabulatórias	DG	1,2	-
Combinatórias	Gcomb.	4,2	2-5
Contaminadas	Gcont.	0,6	<2
Percentual do ΣG	$\% \Sigma G$	22,3	20-30
Globais com espaço em branco	GS	↑9,2	<5

A Tabelas 18 mostra tendência ao rebaixamento de respostas G em relação à média esperada, confirmando, juntamente, com o ↓R e o ↑T/R, a situação de redução da capacidade de abstração, atenção e desempenho no Rorschach entre os portadores de síndromes dolorosas.

b.2) Detalhe comum (D) e (Dd): discernimento e senso de objetividade, capacidade de análise e senso de observação

Tabela 19
Distribuição das respostas de Detalhe (D, Dd, dr, de)
em percentuais médios

Tipos de detalhe	Código	Percentual	Percentual médio esperado
Detalhe comum	ΣD	61,4	50-70
Detalhe incomum	Dd	↑21,2	10-15
Detalhe raro	dr	10,5	<20
Detalhe externo	de	1,3	-
Percentual do ΣDd	%ΣDd	11,8	<15
Detalhe com espaço em branco	DS	↑6,3	<5

Observamos que nas Tabelas 18 e 19, as respostas ao espaço em branco (S) mostraram índices superiores ao esperado, tanto para GS, como DS. Segundo VAZ (1997), "o espaço em branco no Rorschach e no Z-teste é uma das variáveis mais expressivas do sentimento de insegurança, desprazer, da tensão diante de uma dificuldade situacional a ser transposta pela pessoa, ou seja, em última análise, é a expressão da ansiedade situacional do examinando".

c) Os Determinantes

A categoria dos determinantes constitui a base de toda a interpretação diagnóstica de um protocolo de Rorschach. Enquanto que as localizações expressam os aspectos percepto-cognitivos, os determinantes refletem, segundo VAZ (1998) e ADRADOS (1987), os traços e as características básicas da personalidade.

Os dados encontrados podem se revelar aparentemente incoerentes quando analisados isoladamente, principalmente se a correlação com as tabelas de acesso não indicarem uma relação evidente entre os dados encontrados e os índices esperados.

c.1) Respostas de Forma (F) – controle geral dos impulsos e das reações afetivo-emocionais

A **Tabela 20** apresenta os percentuais de Forma (F+, F- e F.), que, conforme descrito no *Manual da técnica de Rorschach* no ANEXOS II, é extraído não do total de respostas do protocolo, mas do total de F. As respostas F+ sofrem variações quando confrontados os graus de escolaridade do sujeitos e com grupos de pacientes com distúrbios afetivos e representam a organização do pensamento lógico.

Em nosso estudo, o aumento significativo de $\Sigma F\%$ e o leve aumento das respostas $\Sigma F+\%$ retratam, no caso do primeiro, a incidência de um indicador importante na configuração de transtorno psicológico e, no segundo caso, um

indicador da influência de melhores recursos lógicos e intelectuais por parte de uma parcela da população pesquisada.

Tabela 20
Distribuição das respostas de Forma (F)

Tipo	Símbolo	Percentual	Percentual médio esperado
Formas puras	ΣF	↑78,5	30-50
Formas positivas	$\Sigma F+$	↑88,6	70-85
Formas baixa qualidade	$\Sigma F-$	10,2	<10
Formas indefinidas	$\Sigma F.$	2,2	<5

d) Os Conteúdos

Os conteúdos das respostas são considerados pelo criador da técnica, H. Rorschach, e por grande parte dos seus seguidores, como os menos estáveis e que sofrem maior influência das circunstâncias sociais e culturais.

Existem vários parâmetros de interpretação dos conteúdos e de seu significado no protocolo. Consideramos, entretanto, que a quantidade de conteúdos, sua diversidade ou estereotipia num protocolo, constitui uma inferência positiva à avaliação de perseverações (repetições temáticas) no discurso do sujeito.

Apesar da diversificação de conteúdos que aparecem nas respostas, existem alguns elementos estatisticamente estáveis: as respostas de conteúdo humano (**H, Hd**) e animal (**A, Ad**), por exemplo, em grande parte da literatura pesquisada (com tabelas que utilizam intervalos de confiança de 95%) estão entre as que apresentam uma zona média de ocorrência mais esperada (10-20% e 30-40%, respectivamente das respostas de um protocolo) em

populações adultas. Na faixa infantil o percentual de A aumenta significativamente, conforme descreve JACQUEMIN (1977) em seu estudo de validação do Rorschach em crianças brasileiras¹.

Não há maiores informações sobre diferenças significativa desses percentuais entre pacientes com dor, pelo menos no contexto americano, mas inversamente em população psiquiátricas, tanto no Brasil como no exterior. Em nossa pesquisa, a distribuição dos conteúdos está descrita na **Tabela 21**.

Tabela 21
Distribuição de percentual de ocorrência dos conteúdos
em relação ao total de respostas dos protocolos

Tipo de conteúdo	Código	Percentual	Percentual médio esperado
Humano	H	13,2	10-20
Detalhe Humano	Hd	10,4	<H
Animal	A	↑43,8	30-40
Detalhe animal	Ad	9,3	<A
Humano metaforizado	(H)	1,1	<H, Hd
Objetos	Obj	↑14,2	5-10
Anatômicas	Anat	↑13,2	3-5
Geográficas	Geo	4,3	-
Sangue	Sg	↑7,4	<3
Sexual	Sexo	↑8,9	<5
Máscara	Másc	3,0	-
Outros	-	4,2	-

A ocorrência de aumentos médios das respostas **A**, **Obj** e **Sg**, sinalizam, com base nos principais rorschachistas, indicadores neuróticos de forte impacto em determinados agrupamentos de variáveis.

¹ JACQUEMIN, A. A. *O teste de Rorschach em crianças brasileiras*. São Paulo: Vetor, 1977.

d) Respostas populares e originais (P) e (O)

Embora haja discordância entre os rorschachistas sobre classificação das respostas populares, existe consenso quanto ao que elas significam. As respostas populares são interpretadas como sinais de adaptação ou ajuste da aprendizagem pessoal em relação ao grupo ou comunidade de convivência. As respostas originais, ao mesmo tempo em que podem ser interpretadas como sinal de inventividade e criatividade pessoal, muito numerosas indicam menor grau de ajuste ou adaptação social.

Para a identificação de conteúdos populares em nossa pesquisa, foram consideradas as respostas com precisão de forma, a fim de eliminar possíveis distorções de interpretação do próprio conteúdo. O índice médio encontrado foi de 22,3%, dentro de uma expectativa de resultado médio entre 20-30%.

As respostas originais, embora de difícil cotação, somente foram percebidas em protocolos com pessoas com pelo menos escolaridade superior, indicando uma associação direta entre conteúdos originais e desenvolvimento de habilidades cognitivas.

e) Fenômenos especiais

Os fenômenos especiais originalmente descrevem reações ou características específicas reativas presentes no discurso e no comportamento do sujeito diante da avaliação. Há uma grande quantidade de fenômeno especiais descritos na literatura especializada, grande parte deles sistematizados no *Manual sobre a técnica de Rorschach*, no ANEXOS II. Em

nosso pesquisa, os mais prevalentes foram os choque cromáticos, choques acromáticos, crítica do sujeito e do objeto e Eq de Guirdan. Todos eles expressam em maior ou menos grau alterações de estados emocionais e são indicadores de padrões psicológicos em determinadas síndromes. Isoladamente, sua interpretação tende a comprometer os aspectos estruturais do protocolo.

f) As síndromes

Os índices de transtornos psicológicos e psicopatológicos do Rorschach, organizados com a finalidade de estabelecer associações com os padrões de sintomas psicológicos do SCL-90-R, são descritos na **Tabela 22**.

Tabela 22
Descrição das síndromes do Rorschach com base em sua prevalência na população pesquisada

RORSCHACH	
Síndromes	Prevalência
Somatização	a) em indivíduos mais jovens e que atuam a poucos anos na atividade atual; b) em mulheres mais do que nos homens; c) carteiros, policiais, donas de casa, caixas de supermercado, principalmente.
Obsessão-compulsão	a) na faixa etária intermediária; b) em homens mais do que mulheres; c) entre policiais, caixas de supermercado e professores principalmente;
Sensibilidade interpessoal	d) em mulheres mais do que nos homens; e) entre os carteiros e operadores de máquina industriais, principalmente;
Depressão	a) entre os mais velhos; b) entre as mulheres mais do que os homens; c) entre os casados; d) entre os caixas de banco, professores e carteiros, principalmente;
Ansiedade	a) em todas as faixas etárias, principalmente entre os mais jovens; b) entre os policiais militares e os carteiros, principalmente;
Hostilidade	a) entre os homens mais do que nas mulheres; b) entre os operadores de máquinas industriais, caixas de banco e do lar.
Fobia	a) na faixa etária mais jovem e intermediária; b) entre homens e mulheres homogeneamente; c) entre caixas de supermercado, carteiros e professores
Ideação paranóide	a) na faixa etária intermediária; b) entre os homens preferencialmente; c) entre os caixas de banco e os de supermercado;
Distúrbio afetivo	a) na faixa etária mais avançada; b) entre os homens mais do que nas mulheres; c) entre professores, policiais militares e carteiros;
Angústia	a) entre as diferentes faixas etárias; b) entre caixas de banco e do lar;
Transtornos cognitivos	a) na faixa etária mais avançada; b) entre os homens mais do que nas mulheres; c) entre professores, policiais militares, caixas de banco e de supermercado,

DISCUSSÃO

A literatura especializada demonstra que os distúrbios do sistema músculo-esquelético são cada vez mais freqüentes e os estudos epidemiológicos, em vários universos populacionais, tem servido para identificar sua magnitude e graus de influência sobre a saúde das pessoas. Os dados apresentados por ANDERSSON (1999), afirmando que entre 70 e 85% das pessoas, hoje, têm experimentado a ocorrência de dores no sistema músculo-esquelético e, mais especificamente, na região lombar, parecem indicar um caráter endêmico às síndromes dolorosas, não se mostrando restrita mais às atividades ou ocupações consideradas de alto risco.

Em nossa pesquisa, as donas de casa, por exemplo, apresentaram escores na escala de Somatização (**SOM**) comparáveis aos demais trabalhadores de outras atividades ocupacionais (carteiros, policiais), ao mesmo tempo em que demonstravam a síndrome da angústia (na análise do Rorschach) tal como os caixas de banco (**Tabela 22**). De alguma forma esses dados confirmam os já obtidos pelos estudos de BIERING-SORENSEN, THONSEN e HILDEN (1989) em vários grupos populacionais na Dinamarca. Os resultados das pesquisas, segundo os autores, mostram que as mulheres, donas de casa (do lar), apresentam incidência de transtornos lombares generalizados, tal como as mulheres que participam efetivamente da produção industrial.

Sobre os resultados dos instrumentos utilizados

A interpretação dos resultados do SCL-90-R e do Rorschach foi, sem dúvida, um trabalho sistemático e gradual de hipóteses, integrando aquelas que se confirmam com os agrupamentos de dados e acrescentando as informações precedentes das outras fontes do psicodiagnóstico (indicadores sócio-demográficos, clínicos e ocupacionais). Os dados encontrados foram tratados de forma a se articularem logicamente, levando em conta as diferenças e as possíveis interconexões às quais estão submetidos. A anamnese clínico-ocupacional revelou-se, no nosso modo de entender, um instrumento que trouxe informações significativas acerca dos aspectos passíveis de modulação dos distúrbios músculos esquelético e dos transtornos psicológicos.

Após realizar este trabalho, percebemos com mais clareza a dimensão do empreendimento e as dificuldades técnicas em proceder um estudo sob o crivo psicométrico do teste SCL-90-R e a complexidade de interpretação da técnica de Rorschach, menos pelas condições teórico-metodológicas de ambos, mas principalmente pela necessidade de um controle mais rígido sobre as variáveis de estudo. Temos clareza quanto às possíveis incorreções diagnósticas resultantes, quase sempre descritas nos manuais especializados como imprecisões decorrentes da falta de experiência e clareza técnica e em diagnósticos centrados em dados isolados e não confrontados com outras técnicas de avaliação (VAZ, 1997) e CUNHA (1993), mas que, a nosso ver, não se aplica neste caso.

Concordamos com DEROGATIS (1994) e EXNER (1999) de que a melhor contribuição, respectivamente, do SCL-90-R e da técnica de Rorschach, é descritiva e inferencial. Os padrões de sintomas psicológicos e psicopatológicos confrontados entre ambos apresenta, a nosso ver, não um diagnóstico do traço ou estrutura de personalidade *per se*, mas estilos, reações e estratégias não habituais, sustentadas no quadro crônico dos distúrbios músculo-esqueléticos como *emergências sintomatológicas* associadas às características da personalidade e à forma como os indivíduos reagem à dor.

A ocupação ou categoria funcional às quais pertencem as pessoas não é reveladora, em si mesma, do grau de incidência ou prevalência dos transtornos psicológicos na população trabalhadora (dada a homogeneidade das médias relativamente elevadas nas diferentes ocupações, conforme resultados do SCL-90-R na **Tabela 16**). Parece-nos que a forma através da qual os indivíduos reagem à carga de trabalho e aos eventos estressantes suscetibilizam mais fortemente à incidência de padrões sintomatológicos, o que nos faz retomar o conceito de carga psíquica de trabalho, no sentido proposto por DEJOURS, ABDOUCHELI e JAYET (1994) como uma *injunção (das exigências e das condições de trabalho) despersonalizadora*.

Podemos considerar, ainda, que o conjunto dos dados apresentados pelos instrumentos psicológicos, mais particularmente o Rorschach, sinalizam *condutas elaboradas*, isto é, tendências ou estratégias de manter controle sobre as próprias reações psicológicas. É assim, por exemplo, que identificamos que os policiais militares, os caixas de supermercados e os caixas de banco são

bastante influenciados pelas cargas cognitivas e psíquicas de trabalho mas tendem a exibir estilos convencionais, comportamentos meticolosos e nos três, as maiores taxas de ansiedade (**Quadro 11 e Tabela 16**).

De alguma forma, os padrões psicológicos e psicopatológicos sintomatológicos apresentados sinalizam “formas de inadaptação” ou *estilos de personalidade*, conforme denominava SHAPIRO (citado por EXNER, 1999). Segundo este, tendemos, em situações desprazerosas ou de sofrimento intenso a atuar de acordo com “padrões neuróticos” que são, pela sua natureza, formas ativas e passivas de defesa. Embora colocasse ênfase na natureza neurótica e defensiva desses estilos de personalidade, SHAPIRO, ao descrevê-los, fazia referência também a traços que são comuns às pessoas que não sofrem necessariamente de nenhuma patologia (que portanto, possuem um limiar ou forma de inadaptação diferenciadas). Dito de outra maneira, a análise de determinados traços psicológicos deve levar em conta a forma através da qual as pessoas reagem aos eventos dos quais elas podem ou não ter controle.

Especificamente sobre os padrões de sintomas psicológicos aferidos no SCL-90-R e no Rorschach, constatamos o seguinte:

- a) A escala de sintomas do SCL-90-R demonstrou menor eficácia em avaliar Depressão (DEP) e Hostilidade (HOS), considerando os vários cruzamentos realizados com as variáveis de estudo.
- b) O estilo obsessivo-compulsivo foi detectado por ambos os instrumentos entre policiais, caixas de supermercado e professores,

- porém com valores contraditórios em relação ao sexo (no SCL-90-R mais prevalente em homens, diferentemente do Rorschach);
- c) O padrão psicológico sensibilidade interpessoal, assim como o anterior apresentou-se rebaixado nas diferentes faixas etárias, porém mais prevalente entre as mulheres e sem um padrão específico de ocorrências entre as ocupações.
- d) A depressão apresentou parâmetros mais significativos no Rorschach. Diferentemente do SCL-90-R, a técnica de Rorschach parece nos permitir diferenciar ansiedade de angústia que, segundo ADRADOS, 1987; VAZ, 1999) atua como modulador importante do estado depressivo;
- e) A ansiedade foi detectada como prevalente em todas as faixas etárias, entre homens e mulheres e entre policiais e carteiros, principalmente, demonstrando ser este padrão um dos mais discriminatórios entre os portadores de síndromes dolorosas;
- f) Hostilidade (**HOS**) e Fobia (**PHOB**) foram detectados como aumentados nos dois instrumentos e aparece de forma homogênea nas diferentes faixas etárias e ocupações, revelando padrões passíveis de correspondência entre os testes;
- g) A ideação paranóide manifestou, nos dois instrumentos, prevalência entre os homens e na faixa etária intermediária (33-44 anos), com diferenças de avaliação dos instrumentos sobre a prevalência em algumas ocupações;

h) Os distúrbios afetivos foram aferidos entre ambos os sexos (com leve predominância entre os homens), na faixa etária mais avançada (45-56 anos) e especialmente entre os professores, seguidos de policiais militares, caixas de banco e de supermercado, com um alto grau de concordância entre os instrumentos;

O Psicograma apontou um número substancial de indicadores neuróticos e a fórmula vivencial foi predominantemente favorável à introversão, o que contribuiu para os indicadores de distúrbios afetivos aumentados em determinadas ocupações. Este diagnóstico se confirma se as respostas de conteúdo humano fazem referência à aspectos anatômicos e é assinalada a presença de choque cromático. Com frequência, segundo ADRADOS (1997), o aparecimento destacado de respostas anatômicas reflete preocupações hipocondríacas dos indivíduos, caso dos professores, policiais militares e carteiros.

A técnica de Rorschach tem a vantagem de não ser uma prova de rendimento, já que não se propõe a avaliar as habilidades cognitivas para resolver problemas específicos, mas uma técnica que avalia o esforço cognitivo necessário à organização, integração e elaboração intelectual de perceptos e campos de estímulos desestruturados. Esforço cognitivo no sentido apontado por EXNER (1999): um exercício da capacidade de analisar e sintetizar elementos da realidade influenciados pela condição de afetar-se e motivar-se para este intento.

Os transtornos perceptivos-cognitivos apresentados na população com maior tempo de escolaridade formal (3^o grau e pós-graduação, ou seja, basicamente professores) aparecem associadas à presença de **S**, ao aumento de **Hd** e de $\Sigma F\%$, sinalizando a menor capacidade de enfrentamento do estresse, particularmente quando associados às situações de interessoalidade (ADRADOS, 1997). Segundo VAZ (1997), ao associarmos o **S**↑ ao aumento de $\Sigma F\%$, de **Hd** e **F+**% próximo a 100, encontramos a interpretação de atitude negativista, oposicionismo e resistência à mudança, próprios de indivíduos que mostram uma menor habilidade para o manejo do estresse em situações conflitivas humanas.

Na revisão do agrupamento referente à síndrome de transtornos cognitivos, verificamos, ainda, nesta população, o chamado *índice de intelectualização*, ou seja, a tendência para neutralizar o impacto das emoções por meio de raciocínios forçados é uma estratégia habitualmente empregada.

O estado de alerta contínuo, ou de hipervigilância, revelado pelo aumento das respostas de Textura (**c**) e de Detalhe menor (**Dd**) e pela prevalência de elementos de claro-escuro em relação às respostas cromáticas, quando não sinalizando condutas meticulosas e reservadas, assinala o espaço pessoal de antecipação de condutas defensivas diante de situações perigosas. Esse tipo de interpretação se assemelha às considerações de DEJOURS (1986, 1987) sobre as relações recíprocas entre o aumento de cargas psíquicas no trabalho e a

proliferação de *estratégias defensivas*, mecanismos psicológicos através do quais os trabalhadores se protegem do sofrimento psíquico.

Por fim, podemos afirmar que a compreensão e a avaliação da manifestação e prevalência de síndromes dolorosas de incidência músculo-esquelética diz respeito não apenas aos aspectos físicos do ambiente ou do desempenho da tarefa, mas também aos chamados fatores psicossociais do trabalho, normalmente associados à intensificação das cargas cognitivas e dos aspectos emocionais, especialmente quando já qualificados em termos de transtornos ou descompensações psicológicas.

Um aprimoramento metodológico das estratégias de avaliação psicológica acerca das síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho nos parece, portanto, uma condição necessária ao desenvolvimento técnico-científico das pesquisas sobre as psicopatologias relacionadas ao trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADRADOS, I. **Manual de psicodiagnóstico e diagnóstico diferencial**. Petrópolis : Vozes, 1980.
- ADRADOS, I. **Teoria e prática do teste de Rorschach**. Petrópolis : Vozes, 1987.
- ALCOCK, T. **La prueba de Rorschach en la práctica**. México : Fondo de Cultura Económica, 1965.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)**. 4^a. ed. Washington, D.C. : American psychiatric association, 1994.
- ANASTASI, A. **Testes Psicológicos**. São Paulo : E.P.U, 1977.
- ANASTASI, A., URBINA, S. **Testagem psicológica**. 7.ed. Porto Alegre : Artes Médicas Sul, 2000.
- ANDERSON, H. H., ANDERSON, G.L. **Técnicas projetivas del diagnóstico psicológico**. Madrid : Rialp, 1967.
- ANDERSSON, G. B. J. Epidemiological features of chronic low back pain. **The Lancet**, n.54, p. 581-585, 1999.
- ANDRIOLA, W. B. **Os testes psicológicos no Brasil: problemas atuais e perspectivas futuras**. Brasília : Editora da UNB, 1994.
- ANZIEU, D. **Os métodos projetivos**. Trad. Maria Lúcia do E. Silva. Rio de Janeiro : Campus, 1981.
- BABBIE, E. **Métodos de pesquisas de Survey**. Belo Horizonte : Ed. UFMG, 1999.
- BERGENUDD H, NILSSON B. Back pain in miudle age occupational workload and psychologic factors: na epidemiologic survey. **Spine**, 1988, 13(1):58-60.
- BIERING-SORENSEN F. THOMSEN, CE, HILDEN J. Risk indicators for low back trouble. **Scand J Rehabil Med** 1989, 21:151-7.
- BOHM, E. **Manual del Psicodiagnóstico de Rorschach**. Madrid : Morata, 1971.
- BONGERS, P. M. de WINTER, C.R. **Psychosocial factors and musculoskeletal disease: a rewiew of the literature**. Leiden : TNO Institute of Preventive Health Care, 1992:28.

BONGERS, P.M., WINTER, C. R., KOMPIER, M., HILDEBRANDT, V.H. Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. **Scand J. Work Environ Health**, 1993: 19: 297-312.

BONICATTO, S., DEW, M.A., SORIA J.J., SEGHEZZO, M.E. Validity and reliability of symptom checklist (SCL90) in an argentine population sample. **Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology**. 32(6):332-8, 1997, aug.

BORSOOK, D., LE BEL, A., MC PEEL, B. **The Massachusetts general hospital handbook of pain management**. USA : A Little Brown Company, 1996.

BOTOMÉ, S. P. O problema da pesquisa em Ciência; características e origem como partes integrantes e definidoras do processo de fazer Ciência. **Veritas**, Porto Alegre, 38, 152, dez., 1993, p. 625-633.

BRIDI, V. L. Organização do trabalho e psicopatologia: um estudo de caso envolvendo o trabalho em telefonia. **Dissertação de Mestrado**. Engenharia de Produção – UFSC, 1997.

CARSON, R.C., BUTCHER, J. N & COLEMAN, J. C. (1988). **Abnormal psychology and modern life** (8^a ed>). Glenview, IL: Scott, Foresman.

CASSIRER, E. **Ensaio Sobre o Homem**. São Paulo : Martins Fontes, 1994.

CASTELS, M. **La era de la información – economia, sociedad y cultura**. v. 1. Madrid : Alianza, 1997.

CHABERT, C. **A psicopatologia no exame de Rorschach**. São Paulo : Casa do Psicólogo, 1993.

CHEREN, A. J. A prevenção do pathos: uma proposta de protocolo para diagnóstico dos DORTs. **Dissertação de Mestrado**. Programa de Pós-Graduação de Engenharia de Produção - Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

CODO, W. (coord.). **Educação, carinho e trabalho**. Petrópolis : Vozes, 1999.

CODO, W., SAMPAIO, J. J. C. **Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho**. Petrópolis : Vozes, 1995.

CODO, W., SAMPAIO, J.J.C. & HITOMI, A H. **Índividuo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar**. Petrópolis : Vozes, 1993.

CONTRANDIOPOULOS A P., CHAMPAGNE, F., POTVIN, L., DENIS, J. L. BOYLE, P. **Saber preparar uma pesquisa**. São Paulo : Hucitec, 1997.

COUTO, H. **Ergonomia aplicada ao trabalho**. Belo Horizonte : Ergo, 1995.

CRAIG, K. D. Emotional aspects of pain. MELZACK, R. WALL, P.D. (org.).
Textbook of pain. 3ª. ed. USA: Churchill Livingstone, 1994.

CRONBACH, J. L. **Fundamentos da testagem psicológica**. Porto Alegre :
Artes Medicas, 1996.

CRUZ, R. M. O significado social do trabalho diante do fenômeno da
Globalização – a formação profissional repensada. **Revista Episteme/**
UNISUL. Tubarão-SC, v.3. n. 7/8, nov/jun., 1995, p. 119-131.

CUNHA, J. A.; FREITAS, N. K.; RAYMUNDO, M. G. B. et al.
Psicodiagnóstico-R. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.

CUNHA, J. Rorschach. In: CUNHA, J. A.; FREITAS, N. K.; RAYMUNDO, M.
G. B. et al. **Psicodiagnóstico-R**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993, p.400-
428.

DEJOURS, C. & ABDOUCHELI, E. & JAYET, C. **Psicodinâmica do
trabalho**. São Paulo : Atlas, 1994.

DEJOURS, C. **A Banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro : FGV,
1999.

DEJOURS, C. **A Loucura do trabalho** - estudo sobre a psicopatologia do
trabalho. São Paulo : Cortez, 1987.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde
Ocupacional**, nº. 54, vol. 14, abril/maio/junho, 1986.

DEJOURS, C. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de
Administração de Empresas**. São Paulo, v.33, n.3, maio/jun 1993, p.98-104.

DEROGATIS, L. R. **SCL-90-R Symptom Checklist**. 3rd ed. Minneapolis, USA
: NCS, 1994.

DOR, J. **Estrutura e Perversões**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1991.

DSM-IV. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4ª.ed.
Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.

EXNER, J. E. **Manual de classificação de Rorschach para o Sistema
Compreensivo**. São Paulo : Casa do Psicólogo, 1999.

EXNER, J. E. Rorschach assessment, In: WEINER, I. B. (ed.). **Clinical
methods in psychology** (2nd ed.), New York: Willey, 1983.

FACCHINI, L.A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da
determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: ROCHAS, L.R.,
RIGOTO, R.M., BUSCHINELLI, J. T. P. (Orgs.) **Isto é trabalho de gente?**
Vida doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993.

FEYER, A., WILLIANSO, A., MANDRYK, J. et al. Role of psychosocial risk factors in work-related low-back pain. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, n. 18, v. 6, pp. 368-375, 1992.

FIGUEIRÓ, J. A B. Aspectos psicológicos e psiquiátricos da experiência dolorosa. In: CARVALHO, M. M. J. D (Org.). **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999, p. 140- 173.

FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro : Imago, 1976 (or. 1930).

FURLANETTO, L. M. **Transtornos depressivos em pacientes internados em hospital geral: diagnóstico e evolução**. Rio de Janeiro, 1998. 119f. Tese (Doutorado em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

GOLEMAN, D. GURIN, J. (Org.). **Equilíbrio mente corpo**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

GUILLEVIC, G. **Psychologie du travail**. Poitiers: Nathan, 1991.

GUIMARÃES, S. S. Introdução ao estudo da dor. CARVALHO, M. M. J. D. (Org.) **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999, p.13-30.

HASHEMI, L.M.S. ; WEBSTER, B.S. ; CLANCY, E.A. Trends in disability duration and cost of worker's compenstion low back pain claims 1988-1996. **Journal Occupational and Environment Medicine**, v. 40, n.12, pp. 1110-1119, Dez. 1998.

HELFENSTEIN Jr., M, **Lesões por repetitivo (LER/DORT): conceitos básicos**. V.1e3. São Paulo: Schering- Plough, 1998.

HILDEBRANDT, V.H.; BONGERS, P.M.; DUL, J. et al. Identification of high-risk groups among maintenance workers in a steel company with respect to musculoskeletal symptoms and workload. **Ergonomics**, v.39, n.2, pp. 232-242, 1996.

HORNSTEIN, L. **Introdução à Psicanálise**. São Paulo : Escuta, 1989.

HULTMAN, G., NORDIN, M., SARASTE, H. Physical and psychological workload in men with and without low back pain. **Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 27, pp.11-17, 1995.

IASP Subcommittee on taxonomy. Pain terms: a list with difinitions and notes on usage. **Pain**, v. 6, pp. 249-252, 1979.

JAUQUEMIN, A. A. **O teste de Rorschach em crianças brasileiras**. São Paulo: Vetor, 1977.

- KARASEK R, GARDELL B, LINDELL J, Work and non-work correlates of illness and behaviour in male and female Swedish white collar workers. **J Occup Behav** 1987; 8:187-207.
- KLOPFER, B., e KELLY, D. **Técnica del Psicodiagnóstico do Rorschach**. Buenos Aires : Paidós, 1974.
- KNABBEN, M. T. & VIGA DO ROSARIO, A. R. Programa de avaliação dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - uma nova proposta. **Monografia de Especialização em Medicina do Trabalho**. Associação Catarinense de Medicina, XII Curso de Medicina do Trabalho, 1996.
- KNOPLICH, J. Sistema músculo-esquelético: coluna vertebral. In: MENDES, R. (Org.). **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro : Atheneu, 1995, pp. 213-227.
- KOURINKA I.; JONSSON B.; KILBOM, A. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. **Applied Ergonomics**, v. 18, n. 3, pp.233-237, 1987.
- KUORINKA, M.; CÔTE, M.; BARIL, R. et al. Participation in workplace desing with reference to low back pain: a case for the improvement of the police patrol car. **Ergonomics**, v.37, n. 7, pp. 1131-1136, 1994.
- LACAZ, F. A., RIBEIRO, H. P. **De que adoecem e morrem os trabalhadores**. São Paulo : DIESAT, 1984.
- LANE, S. T. M. & CODO, Wanderley. **Psicologia Social: o homem em movimento**. 10ª ed. São Paulo : Brasiliense, 1992.
- LANE, Sílvia T. M. **A mediação emocional na constituição do psiquismo humano**. Artigo de Psicologia Social, São Paulo : PUC, 1994.
- LAURELL, A. C., NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde - trabalho e desgaste operário**. São Paulo : Hucitec, 1989.
- LAZARUS, R.S., FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York : Springer Publishing Co., 1984.
- LE GUILLANT, L., BEGOIN, J. La névrose des mecanographes. **Bulletin de Pshychologie**, v. 10, 1957, p. 500.
- LECH, O . **Aspectos clínicos dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho**. São Paulo : Rhodia Farma, 1998.
- LEPLAT, J & CUNY, X. **Introdução à psicologia do trabalho**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1983.
- LEPLAT, J & CUNY, X. **Introdução à psicologia do trabalho**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1983.

- LINTON SJ. Risk factors for neck and back pain in a working population in Sweden. **Work Stress** 1990;4(1):41-4
- LI-USTERI, M. **Manual Práctico del Test de Rorschach**. Madrid : Rialp, 1972.
- LOBATO, O . **As múltiplas faces da depressão em pacientes com dor crônica**. In: Mello Filho Julio. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p. 174-175.
- LOESER, J. D.; MELZACK, R. Pain: an overview. **Lancet**, v. 353, pp. 1607-09, Mai. 1999.
- LOVE AW, Peck CL. The MMPI and psychological factors in chronic low back pain: a review. **Pain** 1987;28:1-12.
- LUNA, S.V. (1998). **Planejamento de pesquisa: uma introdução**. São Paulo: Educ.
- LYOTARD, L-F. **O pós-moderno**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1988.
- MADER, M. J. Avaliação neuropsicológica. In: **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília: CFP, 16, n 3, 1996, p.12 - 18.
- MAGNI G. C, RIGATTI-LUCHINI S, MERSKEY H .Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the general population: na analysis of the ist national health and nutrition examination survey data. **Pain** 1990;43:299-307.
- MAGORA, A. Investigation of the relation between low back and occupation. III Physical requirements: sitting, standing and weigt liffing. **Industrial Medicine**,v. 41, n.12,pp.5-9, Dez. 1972.
- MARCUSE, H. **A Ideologia da Sociedade Industrial: o homem unidimensional**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- MARRAS, W.; LAVENDER, S.; LEURGANS, S. et al. Biomechanical risk factors for occupationally related low back disorders. **Ergonomics**, v.38, n. 2, pp. 377-410, 1995.
- MARTINEZ, J. E.& CASTRO, P.D. Aspectos psicológicos em mulheres com fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**. São Paulo, (32). 2, 1992, p.51-60.
- MARX, K. **O Capital – crítica da economia política**. 2ª. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985. Livro Primeiro, Seção I, cap. I
- MELZACK R. & WALL, P.B. **Textbook of pain**. 3rd ed. USA: Churchill Livingstone, 1994.

- MELZACK R. & WALL, P.D. Pain mechanisms: a new theory. **Science**, v, 150, n. 3699, pp. 971-978, Nov. 1965.
- MELZACK, R. LOESER, J. Pain: na Overview. *The Lancet*. (353), 1999, p. 1606-1609.
- MELZACK, R.; WALL, P. **O desafio da dor**. Lisboa: fundação Calouste Gulbenkian, 1982.
- MENDES, A. M. B. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia ciência e profissão**, n1-2, 1995
- MENDES, R. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores. **Revista de Saúde Pública**. v.22, n.4, p.311-326, 1988.
- MENDES, R., DIAS, E.C. Saúde do trabalhador. In: ROUQUARYOL, M.Z. **Epidemiologia e saúde**. 4ª. ed. São Paulo : Medsi, 1994.
- MONTMOLLIN, M. **A Ergonomia**. Lisboa : Instituto Piaget, 1995.
- MORAES, L. F.R., MARQUES A. L., KILIMNIK, Z. M., LADEIRA, M.B. O trabalho e a saúde humana: uma reflexão sobre as abordagens do "stress" ocupacional e a Psicopatologia de trabalho. **Cadernos de Psicologia**, v. 3 n. 4, 1995, p. 11-18.
- MORGAN, C.D. & WIEDERMAN, M.W. Discriminant validity of the SCL 90-R - dimensions of anxiety and depression. **Assesment**. (5).2, 1998, p.197-201.
- MURPHY, D. , LINDSAY, S.. Cronic low back; predictions of avoidance and relationship to anxiety and avoidance. **Behavioral Resource Theorie**. (35). 3, 1997, p. 231-238.
- NAGI SZILEY LE, NEWBY LG. **A social epidemiology of back pain a general population**. *J Chronic Dis* 1973;26:769-79.
- OCAMPO, M. L. S. **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. São Paulo: Martins Fontes, 1981.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 – Critérios diagnósticos para pesquisa**. Trad. Maria Lúcia Domingues. Porto Alegre : Artes Médicas, 1998.
- PASQUALI, L. **Instrumentos Psicológicos: Manual Prático de Elaboração**. Brasília: LabPAM/IBAPP, 1999.
- PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Instituto de Psicologia. Brasília: UnB, 1998.
- PASQUALI, L. **Teoria e métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. Brasília : Instituto de Psicologia/INEP/UnB, 1996.

PEATE, W. Occupational musculoskeletal disorders. **Occupational Health - Primary Care**, v. 21, n. 2, Jun. 1994.

PEREIRA, A.M.T.B. **Introdução ao método de Rorschach**. São Paulo : EPU, 1987.

PHEASANT, S. Musculoskeletal injury at work: natural history and risk factors. In: RICHARDSON, B., EASTLAKE, A. (orgs.). **Physiotherapy in occupational health: management, prevention and health promotion in work place**. England : Butterworth-Heinemann Ltd, 1994, cap.10, p. 146-170.

PICHOT, P. **Os Testes Mentais**. Publicações Don Quixote : Lisboa, 1970.

PIMENTA, C.I. M. Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. In: CARVALHO, M. M. J. D (Org.). **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo : Summus, 1999, p. 31- 46.

PIMENTA, C.I.M. TEIXEIRA, M.J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação à língua portuguesa. **Revista Brasileira de Reumatologia**. (47). 2, 177-186. 1997.

PITA, A. M. F. Saúde mental e trabalho: a saúde de quem trabalha em saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. (1) 41, jan/fev., 1992, p. 43-50.

RAMAZZINI, B. **As doenças dos trabalhadores**. 2. ed. São Paulo : FUNDACENTRO, 1999.

RUSSELL, B. **História da Filosofia Ocidental**. Livro III. São Paulo : Nacional, 1969.

SANTANA, V. **Condições de trabalho assalariado e transtornos psíquicos em Salvador-BA**. PEES-UFBA, 1989 (mimeo), 35p.

SARDÁ Jr. **Avaliação psicológica de síndromes dolorosas**. Florianópolis, 1999. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

SARDÁ Jr, J., KUPEK, E., CRUZ, R. M. Aspectos psicológicos associados à lombalgia e à lombociática. **Revista de Ciências Humanas**. Florianópolis : EDUFSC, n.28, p.51-60, out./2000.

SELIGMANN SILVA, E. Crise econômica, trabalho e saúde mental. In: ANGERAMI, V. A. (org.). **Crise, trabalho e saúde mental no Brasil**. São Paulo : Traço, 1986.

SELIGMANN SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro : Cortez, 1994.

SEMINERIO, F. lo P. **Diagnóstico psicológico**. São Paulo : Atlas, 1977.

- SOUSA, C. C. de. **O método de Rorschach**. São Paulo : Vetor, 1971.
- SOUZA, N. I. de. Lesões por esforços repetitivos - abordagem psicossomática em uma empresa de informática. **Revista Brasileira de Medicina Preventiva**, vol. 1, nº. 3, 1997, p. 161-163.
- TEIXEIRA, M. J. FIGUEIRÓ, J. A. B. YENG, L. T. PIMENTA, C. A. M. Tratamento multidisciplinar da dor. CARVALHO, M.M.J.D. (Org.). **Dor: Um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999, p.87-139.
- TEIXEIRA, M.J. Síndromes dolorosas. CARVALHO, M.M.J.D (Org.). **Dor. Um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999, p. 77-86.
- THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 6. ed. São Paulo : Cortez, 1994.
- TRAUBENBERG, N. **A prática de Rorschach**. São Paulo : Vetor, 1998.
- TRINCA, W. **Diagnóstico psicológico a prática clínica**. Coleção Temas Básicos de Psicologia. São Paulo : E.P.U. 1984.
- VAZ, C. E. **O Rorschach - teoria e desempenho**. 3a. ed. rev. São Paulo : Manole, 1997.
- WECHSLER, S. M., GUZZO, R. S. L.. (Org.). **Avaliação psicológica – perspectiva internacional**. São Paulo : Casa do Psicólogo, 1999.
- WISNER, A. **Por dentro do trabalho**. Ergonomia. Método & Técnica. 1ª. ed. São Paulo. FTB/Oboré, 1987.
- WISNER, A. **A Inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia**. São Paulo : Fundacentro, 1994.

BIBLIOGRAFIAS

- RORSCHACH, H. **Psicodiagnóstico**. São Paulo : Mestre Jou, 1978.
- ROSSI, P. **A Ciência e a filosofia dos modernos**. São Paulo : EDUNESP, 1992.
- SANTOS, N. FIALHO, F. A. P. **Manual de análise ergonômica do trabalho**. Curitiba : Gênese, 1995.
- SBARDANEKI, E.T.B. Os mitos que envolvem os testes psicológicos. **Anais da XVII Reunião anual de psicologia de Ribeirão Preto**. (1), 1988, p. 325-328.

SCHULTZ, D. e SCHULTZ, S. **História da psicologia moderna**. São Paulo : Cultrix, 1981.

SCIENTIFIC COMMITTEE FOR MUSCULOSKELETAL DISORDERS OF THE INTERNACIONAL COMMISSION ON OCCUPATIONAL HEALTH (ICOH). Musculoskeletal disorders: work-related risk factors and prevention. **International Journal Environment Health**, v. 2, pp. 239-246, 1996.

SIMÕES, L. El Modelo de producción capitalista y la fractura en las relaciones sociales: elementos teóricos para una reflexión sobre la enfermedad mental en Bahia, Brasil. **Tesis de Doctorado en ciencias políticas y sociales**, Universidad Nacional de México, 1989.

SKOV, T., BORG, V., ORHEDE, E. Psychosocial and physical risk factors for musculoskeletal disorders of the neck, shoulders, and lower back in salespeople. **Occupational and environmental medicine**. v. 53, n. 5, pp.351-356, 1996.

SKOVRON ML, MULVIHILL MN, STERLING RC, NORDIN M, TOUGAS. G, Gallagher M, et al. Work organisation and low back pain in nursing personnel. **Ergonomics**, 1987: 30(2):359-66.

SNYDER, C.R, e FORSYTH, D.R. **Handbook of social and clinical psychology**. Pergamon general psychology series:162: U.S.A, 1991.

STROEBE, W. STROEBE, M. **Social psychology and health**. England : Open University Press, 1995.

TOLLISON, C.B. HINNANT, B.W. In WALDMAN Psychological testing in the evolution of the patient in pain. Waldman. S. T. & Winnie. A. P. (Orgs.). **Intervention pain managementnt in pain**. USA : W.B. Saunders Company, 1996, p. 119-127.

TURK, D. C, OKIFUJI, A., SCHARFF, L. Chronic pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. **Pain**, v. 61, n.1, p. 93-101, 1995.

TURK, D. C. MELZACK, R. **Handbook of pain assessment**. Nova York : Guilford, 1992.

TYLER, E L. **Testes e Medidas**. Rio de Janeiro : Zahar Editores, 1966.

URSIN, H., ENDRESEN, I. M. URSIN, G. Psychological factors and self-reports of muscle pain. **European Journal Appl Physiol**, 1988, 57, p. 282-290.

VAN KOLCK. O L. **Técnicas de exame psicológico e aplicações no Brasil**. São Paulo : Vozes, 1981.

VAN KORFF, M., ORMEL, J., KEEFE, F.J. et al. Grading the severity of chronic pain. *Pain*. V. 50, n. 1, p. 133-149, 1992.

VAN KORFF, M., SIMON, G. The relationship between pain and depression. *Brit J Psychiatry*, v. 168, sup. N. 30, p. 101-108, 1996.

VILLAR, J. Importancia y necesidad del acceso bibliográfico en la investigación y práctica médicas. *Med Clin (Barc)*, 1990, 94: 706-707.

INTERNET

WEBSITES e DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

<http://human-factors.arc.nasa.gov> Human Factors Research and Technology.

<http://www.elsevier.nl/inca/publications/store/5/0/6/0/8/3/>

<http://www.abpp.org/>American Board of Professional Psychology

www.dor.org.br

www.comportamental.com

<http://ergonomics.ucla.edu>

<http://psynet.net/garbosoft>

<http://www.salmon.psy.plym.ac.uk/>

<http://www.periodicos.capes.gov.br/>

<http://www.psicologia-online.org.br/>

<http://www.highwire.org/>

<http://trabalho.rocksolid-internet.com/saudemen/ler/orgler.htm>

<http://www.bu.ufsc.br/framerefer.html>

ANEXOS

ANEXO I INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

ANAMNESE CLINICO-OCUPACIONAL

Data:

Campo 1. Dados Pessoais

1. Nome (número):	2. Idade:	3. Sexo:
4. Grau de instrução:	5. Estado civil:	
6. Naturalidade:	7. Ocupação:	

Campo 2. Queixa principal

8.

Campo 3. Indicação clínica:

9.

Campo 4. HDA

10. Período de manifestação:
11. Tipo de dor:
12. Intensidade:
13. Em conjunto com outras variáveis (*trigger*):
14. Uso de Medicação:
15. Tipo:
16. Sono:

Campo 5. HMP e HMF

17. Sintomas semelhantes:
18. Tratamentos anteriores:
19. Outras patologias:
20. Manifestações psicossomáticas (SNA):
21. Manifestações na família:

Campo 6. Vida social e afetivo-emocional

22. Relacionamento familiar:
23. Afetividade:
24. Vida sexual:
25. Atividades físicas:
26. Frequência:
27. Eventos estressantes:

Campo 7. Trabalho e renda

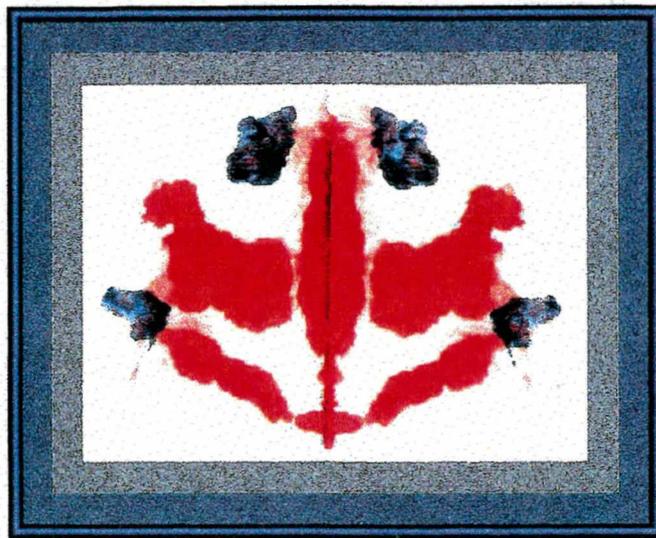
28. Satisfação profissional
29. Carreira profissional:
30. Afastamentos:
31. Renda e sustento familiar:
32. Ganhos secundários:
33. Férias:

Campo 9. Carga de trabalho

34. Estressores ambientais e ocupacionais:
35. Cargas físicas e psicológicas:
36. Efeitos psicossociais relacionados à atividade:

TESTE SCL-90R

PROTOCOLO de RORSCHACH



Data de aplicação: / /

Finalidade:

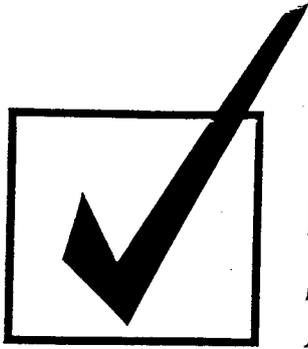
Diagnóstico solicitado por:

Nome:	Sexo:	Idade:
Instrução:	Estado civil:	
Naturalidade:	Ocupação:	

**PROTOCOLO DE RORSCHACH - FOLHA DE CÁLCULO
 (PSICOGRAMA)**

T=		TP: G D Dd
R=		Tv : M:ΣC=
T/R= s		ΣG:M=
G= 1		(FM+Σm):(Σc+ ΣC') =
Gs= 0		VIII + IX + X = 6/14 =
DG= 0		F + FK + Fc = 11/14 =
Gcomb.=		(H + A) : (Ad + Hd) =
Gcont.=		M : ΣC : ΣCh =
ΣG = %		
D=		(x0,5) Fm= FC= Fc= FK= Fk= FC'=
Ds=		(x1,0) mF= CF= cF= KF= kF= C'F=
ΣD = %		(x1,5) m = C = c = K = k = C' =
		Σm= ΣC= Σc= ΣK= Σk= ΣC' =
Dd=		H= } = % A= } = %
Dr =		Hd= Ad=
ΣDd = %		(H)=
		Obj=
F+= ΣF+= %		Anat=
F- = ΣF- = %		Sg=
F =		Másc.=
ΣF= %		Vest=
		Arq=
M=		Outros=
FM=		P = } = %
Exame de Sucessão:		O =

DIAGNÓSTICO



SCL-90-R[®]

Symptom Checklist-90-R Inventário de Sintomas

Leonard R. Derogatis, PhD

					QUANTO VOCÊ TEM SE INCOMODADO OU ANGUISTIADO (ESTRESSADO) COM/POR:	
	NUNCA	UM POUCO	MODERADAMENTE	FREQUENTEMENTE	EXTREMAMENTE	
38	0	1	2	3	4	Necessitar realizar atividades vagarosamente para acertá-las
39	0	1	2	3	4	Palpitações ou disparos no coração
40	0	1	2	3	4	Náusea ou embrulho no estômago
41	0	1	2	3	4	Sentimentos de inferioridade
42	0	1	2	3	4	Músculos doloridos
43	0	1	2	3	4	Sentir-se vigiado pelos outros
44	0	1	2	3	4	Ter dificuldade em dormir
45	0	1	2	3	4	Necessitar rever as coisas feitas por você várias vezes
46	0	1	2	3	4	Dificuldades em tomar decisões
47	0	1	2	3	4	Sentir-se amedrontado ao viajar de ônibus ou trem
48	0	1	2	3	4	Dificuldade em respirar
49	0	1	2	3	4	Períodos de calor ou frio sem razão aparente
50	0	1	2	3	4	Necessita evitar lugares ou atividades por medo
51	0	1	2	3	4	Esquecimento
52	0	1	2	3	4	Adormecimento ou formigamento em algumas partes do corpo
53	0	1	2	3	4	Sentir-se como se estivesse com algum objeto na garganta
54	0	1	2	3	4	Estar sem esperanças no futuro
55	0	1	2	3	4	Ter dificuldade em se concentrar
56	0	1	2	3	4	Fraqueza em algumas partes do corpo
57	0	1	2	3	4	Sentir-se tenso
58	0	1	2	3	4	Sentir os braços ou pernas pesados
59	0	1	2	3	4	Pensamentos de morte
60	0	1	2	3	4	Calor repentino
61	0	1	2	3	4	Sentir-se desconfortável ao falar ou ser olhado pelos outros
62	0	1	2	3	4	Ter pensamentos que não são seus
63	0	1	2	3	4	Ter desejos de bater ou causar mal a alguém
64	0	1	2	3	4	Estar acordando mais cedo que o normal
65	0	1	2	3	4	Ter que repetir ações como tossir, lavar-se
66	0	1	2	3	4	Estar com sono agitado
67	0	1	2	3	4	Sentir necessidade de quebrar coisas
68	0	1	2	3	4	Ter tido idéias que não são compartilhadas pelos outros
69	0	1	2	3	4	Estar se sentindo bastante consciente de si em relação aos outros
70	0	1	2	3	4	Sentir-se desconfortável em multidões ou lugares públicos
71	0	1	2	3	4	Sentir que tudo é desgastante
72	0	1	2	3	4	Estar sentido terror ou pânico
73	0	1	2	3	4	Sentir-se desconfortável ao beber ou comer em público
74	0	1	2	3	4	Envolver-se em discussões frequentemente
75	0	1	2	3	4	Sentir-se nervoso quando deixado só
76	0	1	2	3	4	Não ter sido reconhecido pelas suas atividades
77	0	1	2	3	4	Sentir-se solitário mesmo quando acompanhado
78	0	1	2	3	4	Sentir-se tão cansado ao ponto de não parar em pé
79	0	1	2	3	4	Sentir-se desvalorizado
80	0	1	2	3	4	Estar com o pressentimento de que algo ruim vai acontecer
81	0	1	2	3	4	Estar com vontade de atirar objetos
82	0	1	2	3	4	Medo de desmaiar em público
83	0	1	2	3	4	Sentir-se enganado pelos outros
84	0	1	2	3	4	Pensamentos sobre sexo que o incomodam
85	0	1	2	3	4	Sentir-se culpado e merecedor de castigo
86	0	1	2	3	4	Pensamentos assustadores
87	0	1	2	3	4	Ter a sensação de que há algo errado com o seu corpo
88	0	1	2	3	4	Sentir-se distante dos outros
89	0	1	2	3	4	Sentimentos de culpa
90	0	1	2	3	4	Pensar que há algo errado com sua mente

MODELO DE PROTOCOLO DA TÉCNICA DE RORSCHACH - CASO CLÍNICO N. 49

PROTOCOLO DE RORSCHACH							
Nome: XXXX		Sexo: Maso.		Idade: 25 anos			
Escolaridade: 2º grau completo		Início: 14h		Término: 15h10m			
		Data de aplicação: 11.11.99		Aplicador: Roberto M. Cruz CRP: 12/1418			
LAM.	T.R.	T.T.	POS.	Associação livre	Inquérito	Classificação	Fen. Esp.
I	08"	32"	^	<ol style="list-style-type: none"> Borboleta de asas abertas; Dois ursos dançando de braços dados, dando volta; Máscara de um monstro; 	<ol style="list-style-type: none"> As partes laterais lembram asas abertas, as duas pontas de cima, antenas ou boca aberta; forma é parecida; As duas partes de cima lembrou a cabeça, um braço para o lado e o outro se encontrando no meio; Pelo formato, a parte preta é a máscara, e a parte branca os orifícios para colocar os olhos e a boca; parte lateral superior são os chifres; é monstro porque parecem zangados e pelo chifre, parece dar riso malévolo [sorriso discretamente]; 	<p>G F M A P</p> <p>G F M A</p> <p>Gs FC' Masc.</p>	EQe
II	12"	36"	^	<ol style="list-style-type: none"> Dois coelhinhos encostando a pata no outro, de pé; 	<ol style="list-style-type: none"> Só a parte preta; coelhinhos porque a orelha é pequena, dois filhotes, olhando para a mão. Parecem brincar, encostando as mãos, se apoiando nas patas; Parte vermelha, parece uma folha, vitória-régia; Dois cunpinzeiros; 	<p>D F M A P</p> <p>D F+ P I</p> <p>D F- Nat</p>	
III	05"	42"	^	<ol style="list-style-type: none"> Dois homens, um de frente para o outro, conversando; Parte do esqueleto humano, bacia; 	<ol style="list-style-type: none"> Sentados, a parte branca representa uma mesa, a parte vermelha do centro, dois copos, ou carta de baralho; A coluna vertebral no meio da figura, a parte preta ossos da bacia; Violões, guitarras; 	<p>G M+e H P</p> <p>D F+ FC' Anat</p> <p>D F+ Obj</p>	
IV	04"	43"	^	<ol style="list-style-type: none"> Um homem deitado de barriga para cima; Leão maninho; Tapete de bicho, pele de urso; 	<ol style="list-style-type: none"> Um homem deitado na orelha de barriga para cima, como se vissemos pelo pé (começando pelo pé); Vindo para baixo, primeiro a cabeça, as nadadeiras na frente, as menores atrás com rabo; Animal morto, só a pele; as partes pequenas são os dentes que foram conservados. Parece um bicho que não 	<p>D F K H</p> <p>G F K A</p> <p>G F-/Fo Ad P</p>	

V	02"	35"	^	<ol style="list-style-type: none"> Borboleta de asas abertas; Bigode [sorris]; 	<p>4. existe, mas o mais normal em tapete é o urso;</p> <p>4. Mapa da Itália, a bota;</p> <ol style="list-style-type: none"> Cada metade é uma asa aberta, antenas (superior) rabo dividido em dois (inferior); [sorris] Como se tivesse um nariz em cima. Bigode de um homem, grosso; 	<p>D F+ Mapa</p> <p>G FM A P</p> <p>dr F+/Fc H</p>	Eqa
VI	12"	51"	^	<ol style="list-style-type: none"> Telhado de uma casa, visto de cima; Tapete de pele de algum animal estendido; Mapa de relevo de alguma região; 	<ol style="list-style-type: none"> Só a parte central, parece que a parte mais clara, o meio do telhado, vem descendo, formando um V; casa comprida ou galpão; Não tem muita lógica, algum animal que foi feito um tapete, sem a cabeça do bicho, só o couro, a pele; pensei numa zebra, por não ter cabeça; Pelas partes escuras e claras, lembra um mapa, com legenda ao lado mostrando a diferença de cor; Cabeça de bicho, cobra, não sabe bem qual, os bigodes, focinho olhando para cima; 	<p>dr FK Gbj</p> <p>G Fc Ad</p> <p>D C'F Mapa</p> <p>D F-/Fo Ad</p>	<p>Crit.</p> <p>Objeto;</p> <p>Mutil.</p> <p>Perseve-</p> <p>ração</p>
VII	05"	42"	^	<ol style="list-style-type: none"> Dois índios, um de frente para o outro; Dois elefantes; Mapa de algum país; 	<ol style="list-style-type: none"> Crianças, meninos em cima de alguma coisa (pedra); cabeça, com pena em pé; tem o corpo, e a parte lateral que sai do corpo, não me atentei para isto; Pedra embaixo, tromba para cima com cabeça de elefante. Um de costas para o outro (parte lateral do desenho); patas; Nada específico, parece uma ilha, talvez a Inglaterra, o mesmo país visto de forma invertida; Parece algo que já vi na praia, duas oonchas juntas, talvez marisco; 	<p>G M+e/F+ H</p> <p>G FM/F+ A P</p> <p>D F- Mapa</p> <p>D F- A</p>	<p>Perseve-</p> <p>ração</p> <p>Auto-</p> <p>referência</p>
VIII	06"	48"	^	<ol style="list-style-type: none"> Dois lagartos subindo numa árvore; Mapa de Brasília; Flor; 	<ol style="list-style-type: none"> (rosa) Lagartos, com patas nos traços, sem rabo; (centro) tronco de uma árvore; pela forma da figura aparece um lagarto que vi na TV, a cabeça parece de lagarto; por estar subindo não pensei em um bicho grande como um cavalo; a figura não lembra uma árvore, mas só podem estar subindo numa árvore; Plano piloto, com corpo de avião e as asas norte e sul, bico de avião; Flor aberta, quatro pétalas (rosa, cinza) formando um 	<p>G FM/F+ Ad</p> <p>D F+ Mapa</p> <p>G CF PI</p>	<p>Auto-</p> <p>referência</p> <p>Perseve-</p> <p>ração</p>

IX	27"	51"	^	1. Bandeiras alinhadas; 2. Cara de um cavalo 3. Portal;	círculo. No meio é onde fica o pólen da flor; 1. Rua, em cada calçada com as bandeiras; cada cor, uma bandeira, repetido do outro lado da rua; bandeiras de países diferentes, cores iguais, países iguais; talvez um encontro de vários líderes de países diferentes sendo homenageados; o que ocorreu em Brasília, em frente ao Congresso; 2. Cavalo olhando para a frente, dois buracos no focinho, olho não desenhado, só a cabeça; 3. Forma um arco incompleto, duas ossadas, uma entrada de uma cidade, lembra o desenho do He-Man, cidade medieval, porque parece antiga;	Gcomb CF Obj/H Ds FM Ad D F+ Arq. Resp. Infantil
X	16"	1'17"	^	1. Caranguejos; 2. Homens de bigode comprido; 3. Chaminé; 4. Mapa de uma ilha; 5. Nave espacial; 6. Fantasia de carnaval;	1. Pela forma, com corpo, cada traço uma pata; 2. Nariz, bigode caído (laranja) olhos (amarelo) com carne/pele em volta do olho; parece personagem de livro infantil, um senhor engraçado; desenho ridículo, olho estatelado, bigode lá embaixo[sorri]; 3. De uma fábrica, chaminé de concreto; 4. Parece a Inglaterra, o mesmo mapa, visto de dois jeitos, mesmo país; a parte branca é o mar; 5. Com o corpo, sendo que na frente tem cabine com asas na parte mais grossa; embaixo, uma nave menor voando atrás na mesma direção no espaço; 6. Vestido de carnaval; roupa de um rei; esquisita (azul), ombreira oheia de penas ou pomo saindo; cores de carnaval chama a atenção;	D F+ A drs F+ Hd O D F+ Obj dr FM A Ds F+ Mapa dr CF Obj/Vest

EXAME DE SELEÇÃO

Positivas

- III – Lembrou um quadro que viu e o quadro trás alegria; talvez estivesse feliz quando o viu;
 IV – Por ter sido bem imaginativo por ter visto um homem na cama, ficou feliz;
 VIII – Gosta de animais, e é colorido;

Negativas

- I – Por ser máscara de um monstro; aversão ao monstro, medo;
 X – Muitos detalhes, figuras isoladas, cores diferentes;

Eqe; crít.
objeto;

Persevera
ção

ANEXO II
TEXTOS COMPLEMENTARES

ERGONOMIA E PSICOLOGIA DO TRABALHO: INTERFACES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS

Roberto Moraes CRUZ¹

Francisco Antônio Pereira FIALHO²

1. Introdução

A estruturação de um campo de estudos é um exercício constante de especulação sobre a realidade que nos cerca, através da criação de modelos teóricos explicativos, da elaboração de metodologias e técnicas de intervenção capazes de nos instrumentalizar sobre esta realidade.

A ciência moderna, ao longo de seu processo histórico de organização e sistematização de campo de estudo, produziu ramos de saber, que procuram incorporar os níveis especificidades gerados pelo acúmulo do conhecimento humano. É assim que nasceram as grandes disciplinas da ciência (física, economia, engenharia, química, sociologia, psicologia, biologia, etc) que, por sua vez, criaram disciplinas especializadas (astronomia, econometria, química orgânica, sociologia do lazer, psicologia do trabalho, genética, etc).

As interfaces produzidas por estas disciplinas especializadas geram por sua vez novos campos de estudos (ergonomia, econometria,

¹ Professor do Departamento de Psicologia da UFSC.

antropotecnologia, etc), frutos das demandas sociais de aperfeiçoamento do conhecimento científico-tecnológico.

A ergonomia e a psicologia do trabalho se situam como disciplinas científicas de um mesmo campo de estudos: o trabalho humano. Em torno desse campo se construirá um *modus operandis* que criará vínculos metodológicos importantes em torno da análise do trabalho. Esse texto procura apontar as características pelas quais a ergonomia e a psicologia do trabalho permanecem intimamente ligadas ao estudo da relação homem-trabalho.

1.1. O homem como produto da organização do trabalho

Partimos inicialmente da proposição de que o trabalho, enquanto atividade e forma de organização social, se constitui em um dos principais determinantes do modo de ser de uma sociedade e dos indivíduos que a compõe. O trabalho tem se constituído, ao longo do nosso processo civilizatório, uma atividade essencial à estruturação da sociedade humana, revelando sua natureza transformadora, não somente sobre o sistema produtivo, mas particularmente sobre o comportamento humano, expresso de forma genérica, em torno de necessidades e motivações.

Na sociedade moderna, a organização do trabalho atingiu o limiar de uma racionalidade, denominada de racionalidade técnica e científica (Marcuse, 1982), capaz de organizar, planejar e controlar, de forma sistemática, não somente as relações produtivas em si mesmas, mas também a família, o sistema pedagógico, a ética social e o sistema político.

² Professor do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da UFSC

A denominação de sociedade moderna está diretamente associada, do ponto de vista histórico, ao conjunto de transformações políticas, econômicas e científicas atreladas a ascensão do modo de produção capitalista. Sua origem remonta ao liberalismo europeu presente nos ideais da Revolução Francesa e a desestruturação dos laços sociais do feudalismo.

Para Foucault, pode-se afirmar que até o final do século XVIII, o homem não existia enquanto objeto de conhecimento; a instauração do objeto “homem” se delineia no espaço da consolidação das necessidades materiais engendradas na sociedade moderna, pela necessidade de instrumentalizar corpos e mentes para o trabalho. A nova ordem social, o modo de produção capitalista exigia a um novo modo de pensar a dinâmica social.

A era do industrialismo instaura a produção em série de mercadorias, multiplicando a produção do capital, ao se produzir enormes quantidades de sobre-trabalho. A criação do mercado de trabalho transforma o homem em mercadoria. Este fato, aliado à apropriação do excedente por um estrato dominante que não se confunde com os agentes produtivos, induz um sentimento de despersonalização ou perda da essência humana. A este fenômeno Marx³ denominará a forma da alienação moderna⁴.

O final do século XVIII e o início do século XIX sinalizam o aparecimento e a também a consolidação das disciplinas que irão se dedicar especificamente ao estudo da relação homem trabalho. O sonho de que o

³ MARX, K. *O capital - crítica da economia política*. 2a. ed. São Paulo, Nova Cultural, 1985. Livro Primeiro, Seção I, cap. I.

⁴ Marx (1985) descreve o fenômeno da alienação como a experiência do agente produtivo quando o produto de seu trabalho volta-se contra ele próprio, comandando-o, à sua revelia. Desconhecendo a causalidade histórico-social que determina seu destino, o agente social produtivo, o homem, passa a tomar o estado de coisas opressivo como o resultado de uma decisão divina ou de uma determinação natural.

organismo humano possa ser controlado como uma máquina acentua as determinações da evolução tecnológica sobre as pessoas, trazendo consigo o desenvolvimento e a sofisticação de métodos e modelos de gestão dos trabalhadores e do trabalho. O taylorismo e o fordismo irão representar, tanto do ponto de vista de uma concepção de relação homem-trabalho, como da prática laboral, a síntese mais explícita da submissão das pessoas ao modelo produtivo.

De outra forma, ainda que balizadas pela herança positivista de ciência, surgem duas novas modalidades de estudos especializados, a psicologia do trabalho e a ergonomia, que durante este século buscarão se afirmar no campo prático e na tradição acadêmica como subáreas do conhecimento sobre o trabalho e suas determinações técnicas e humanas. Pela ergonomia (o estudo das leis e das exigências do trabalho), pela psicologia do trabalho (o estudo da conduta humana no trabalho). Às características deste percurso tentaremos avançar a seguir.

2. PSICOLOGIA DO TRABALHO E ERGONOMIA: EPISTEMOLOGIA E PRÁXIS

De outra forma, banalizadas pela herança positivista de ciência, surgem duas novas modalidades de estudos especializados, a psicologia do trabalho e a ergonomia, que durante este século buscarão se afirmar no campo prático e na tradição acadêmica como subáreas do conhecimento sobre o trabalho e suas determinações técnicas e humanas. Pela ergonomia

(o estudo das leis e das exigências do trabalho), pela psicologia do trabalho (o estudo da conduta humana no trabalho).

Em ambas, a busca por gerar modelos de análise centrados na investigação de eventos localizados, provocou uma necessidade constante de se ater às questões metodológicas, mantendo um conjunto de conceitos articulados entre si e suficientes para dotar o pesquisador de instrumentos de investigação sobre a situação de trabalho, ainda que mantendo um menor aprimoramento das condições teóricas pelos quais a relação homem-trabalho mostra.

Do ponto de vista epistemológico, tanto a psicologia do trabalho quanto a ergonomia se definiram inicialmente a partir dos objetivos de suas aplicações⁵. A psicologia do trabalho e a ergonomia se situam como disciplinas científicas de um mesmo campo de estudos: o trabalho humano. Em torno desse campo se construirá um *modus operandi* que criará vínculos metodológicos importantes em torno da análise do trabalho, que serão subsidiados pelas diversas perspectivas teóricas geradas pelas interfaces entre as ciências humanas e as ciências aplicadas.

2.1 Teoria do conhecimento em Ergonomia

Introduzido em 1949, por Murrel⁶, o termo *ergonomia* designa um domínio de intervenção, constituído a partir de várias disciplinas científicas,

⁵ LEPLAT, J. La Psychologie ergonomique, Paris: PUF, col. QSJ, 1980.

⁶ Na verdade o termo ergonomia foi utilizado pela primeira vez em 1857 pelo polonês W. Jastrzebowiski, em uma de suas obras, intitulada "*Esboço da ergonomia ou ciência do trabalho baseada sobre verdades adquiridas da ciência da natureza*".

cujo objetivo é estudar o trabalho a fim de adaptá-lo às características fisiológicas e psicológicas do homem.

Para Wisner⁷, a Ergonomia é definida como um conjunto de conhecimentos científicos relativos ao homem e necessários à concepção de instrumentos, dispositivos, materiais que possam ser utilizados com o máximo de conforto, segurança e eficácia pelas pessoas.

As posições teóricas apresentadas historicamente por seus principais autores ergonomia revelam, de uma maneira geral, uma maior dificuldade em relacionar a produção de conhecimento em ergonomia às particularidades da construção e do debate epistemológico na própria ciência em expansão.

A Ergonomia, por sua base de estruturação histórica e conceitual, surge como mais uma possibilidade de respostas às questões fundamentais da relação homem-trabalho. Provavelmente por sua natureza instrumental demonstrou ênfase substantiva nos aspectos metodológicos, tendo constituído, ao longo dessa última metade do século, um aparato de investigação que pode se dizer ser uma síntese do conhecimento acumulado por outras disciplinas científicas, tais como a fisiologia e a psicologia.

Se o objeto de estudo da ergonomia são as características do trabalho humano, com suas leis, procedimentos e efeitos, o seu eixo principal são as formas de realização do trabalho pelo homem. A frase que tem notadamente representado o conceito de ergonomia - adaptação do trabalho ao homem – demonstra, na verdade, que as preocupações que geraram a ergonomia tiveram como fonte de inspiração a busca pelo entendimento das reações

⁷ WISNER, A.. A inteligência no trabalho; textos seleccionados de ergonomia. São Paulo, Fundacentro, 1994.

humanas nas situações de trabalho. Não por acaso que a ergonomia, historicamente, se valeu das formulações iniciais da psicologia do trabalho para constituir uma nova abordagem aplicada.

De fato, o trabalho evoluiu de uma atividade humana do tipo ergon⁸ que designa criação, obra de arte e realização pessoal, para uma atividade humana do tipo ponos⁹ que designa o esforço, a penalidade e o sofrimento. Na verdade, esta contradição entre “trabalho-ergon” e “trabalho-ponos” continua central na concepção moderna do trabalho e é o objeto central hoje das pesquisas em ergonomia¹⁰.

Durante muito tempo, a fisiologia e a psicologia dominaram na ergonomia, depois, outras disciplinas, tais como a sociologia e a antropologia, contribuíram para a expansão dos conhecimentos científicos sobre o homem em atividade de trabalho. Se esta aproximação disciplinar tem dificuldades em ser coordenada, elas possuem, no entanto, algo em comum, pois são centradas sobre as atividades humanas (antropocentrismo), o que as diferenciam das ciências do engenheiro, que são centradas sobre a técnica (tecnocentrismo). Tal posicionamento, no entanto, surge de uma concepção que considera a ergonomia como uma tecnologia cujo objeto é o arranjo ergonômico dos sistemas homem-máquina (LEPLAT & CUNY, 1983). Este caráter puramente aplicado da ergonomia é questão ainda aberta entre os ergonomistas, que querem afirmar o caráter plenamente científico de suas abordagens.

⁸ Ergon: palavra grega que designa trabalho arte no sentido de criar.

⁹ Ponos: palavra grega que designa trabalho escravo no sentido de penar.

¹⁰ SANTOS, N. dos, FIALHO, F. A. P. *Manual de análise ergonômica do trabalho*. Curitiba : Gênese, 1997

2.5.1. A discussão dos problemas epistemológicos em ergonomia

Os posicionamentos teóricos, lastreados por uma disciplina das regras do método científico, buscaram sempre vencer o desafio de construir um modelo de análise e tratamento das variáveis direta e indiretamente envolvidas na relação homem-trabalho.

Daniellou¹¹ avalia que a Ergonomia, além de oferecer recomendações técnicas nas áreas em que os conhecimentos técnicos as permitem deve sempre estar comprometida com a ação sobre a realidade concreta das situações de trabalho. Isto significa que a posição do ergonomista é de ter a capacidade investigadora sobre o trabalho, submetendo sua análise à discussão entre os envolvidos.

Este debate entre a ergonomia enquanto ciência aplicada e pesquisa fundamental tem recrudescido, pelo advento recente das ciências do engenheiro dentro do campo da ergonomia¹². Esta contribuição, indiscutivelmente legítima, pois se queremos adaptar a máquina ao homem é necessário conhecer a técnica, vai mudar a natureza da pluridisciplinaridade. O objeto sobre o qual colocam-se as interrogações, torna-se, ele mesmo, interativo.

É assim que a concepção de linguagens técnicas, dos sistemas de inteligência artificial, dos sistemas especialistas, dos sistemas robotizados de produção, longe de acentuar o carácter tecnológico da ergonomia, pode lhe

¹¹ Daniellou, F., GARRIGOU, A. L'ergonome – l'activité et la parole des travailleurs. In: *Paroles au travail*. Paris : l'Harmattan

dar um *status* científico, na medida em que produza conhecimentos sobre objetos cuja especificidade seja a interação homem-técnica.

No entanto, uma tal perspectiva, mesmo tendo o mérito de designar um objeto de estudo particular, não seria nem suficiente epistemologicamente, nem satisfatória, para justificar o carácter científico da ergonomia.

Segundo, as relações entre a ergonomia e os conhecimentos científicos são, já há algum tempo, motivo de debate. Porém, alguns acordos podem ser percebidos: a) de que a ergonomia baseia-se em conhecimentos científicos oriundos da fisiologia, da psicologia, da sociologia e da antropologia, portanto de variadas disciplinas; b) o fato de coexistir diferentes perspectivas teóricas e conceituais, não redundam em simplificação estratégica de aplicação de conhecimentos, mas, ao contrário, possuem um carácter integrador e transformador desses conhecimentos, dado que cumpre a tarefa de também produzir conhecimentos onde a prática revela lacunas evidente.

O problema colocado é o de saber se os conhecimentos atualmente produzidos pela ergonomia podem ter o *status* de conhecimentos científicos ou não. Constatemos simplesmente que, respondendo à demandas de natureza sócio-econômica, a ergonomia efetua um papel de tecnologia e, ao fornecer as respostas às questões que lhe são colocadas, contribui, sob certas condições, à ampliação dos conhecimentos científicos sobre o homem em atividade de trabalho.

Nos parece fundamental, porém, as questões sobre a escolha dos critérios de adequação entre as características técnicas e as características

¹² GUILLEVIC, C. op. cit.

fisiológicas e psicológicas do ser humano, pois estas determinam as finalidades da ergonomia.

A Ergonomia, apoiando-se na análise ergonômica do trabalho (AET) e mobilizando conhecimentos em diversos domínios científicos, está, portanto, em condições de propor, em situações existentes, arranjos ergonômicos nos sistemas sócio-técnicos ou, de uma forma geral, recomendar mudanças na forma e no conteúdo do trabalho. Isto significa dizer que por mais microscópica que se caracterize a situação sob investigação, proceder uma AET significa de ^{cruz} sua análise depende dos elementos que a contextualizam, seja do ponto de vista operacional, seja do ponto de vista social.

Para SANTOS e FIALHO (1997), o fato de estarmos estudando um posto de trabalho, por exemplo, não pode nos fazer esquecer que estamos lidando com um todo que possui um significado único para cada um daqueles que o vivencia. Este significado é um *constructo* que depende das crenças e valores, dos procedimentos aprendidos, dos elementos cognitivos e formas de apreensão desenvolvidos ao longo do próprio processo de trabalho e da experiência individual.

3. BASES CONCEITUAIS E HISTÓRICAS DA ERGONOMIA E DA PSICOLOGIA DO TRABALHO

Do ponto de vista epistemológico, tanto a ergonomia quanto a psicologia do trabalho se definiram inicialmente a partir dos objetivos de suas aplicações (LEPLAT & CUNY 1983).

Compreender o trabalho para adaptá-lo ao homem, exige um esforço pluridisciplinar no qual podemos distinguir dois tipos de interação científica. Durante muito tempo, a fisiologia e a psicologia dominaram na ergonomia; depois, outras disciplinas, tais como a sociologia e a antropologia, contribuíram para a expansão dos conhecimentos científicos sobre o homem em atividade de trabalho.

Se o objeto de estudo da ergonomia são as características do trabalho humano, com suas leis, procedimentos e efeitos, o seu eixo principal são as formas de realização do trabalho pelo homem..

Se tomarmos o trabalho humano que, em sua relação com aqueles que o executam, constitui-se no objeto central da ergonomia, identificamos a *causa material* como sendo os produtos, bens, serviços e os meios materiais utilizados para produzi-los; a *causa formal* a estrutura organizacional e os processos que são utilizados para a realização dos mesmos; a *causa eficiente* caracteriza o comportamento do homem no trabalho, isto é, sua atividade e, finalmente, a *causa final*, os resultados alcançados pelo homem ao executar o trabalho, em termos de produção e saúde, ou seja, a conquista de uma condição de vida digna, na qual viver significa muito mais do que sobreviver, além de sua contribuição pessoal para a melhoria do mundo em que vive.

Segundo Daniellou¹³, as relações entre a ergonomia e os conhecimentos científicos são, já há algum tempo, motivo de debate:

¹³ DANIELLOU, F. Questions épistémologiques soulevées par l'érgonomi de conception. In: Daniellou, F. (org.) *L'ergonomie en quête de ses principes*. Toulouse : Octarès, 1996.

- Todos parecem estar de acordo sobre o fato que a ergonomia baseia-se em conhecimentos científicos tirados da fisiologia, da psicologia, da sociologia, da antropologia, etc.;
- Da mesma forma, um acordo suficientemente amplo, parece existir, sobre o fato que esta utilização não é uma simples aplicação, mas que, por seu carácter integrador, a ergonomia é levada à transformar esses conhecimentos;
- Enfim, existe um certo reconhecimento que a ergonomia se comporta como uma espécie de bússola de outras disciplinas, orientando-as à produzir conhecimentos em zonas onde a prática revela lacunas evidentes. A contribuição da ergonomia desloca relações estabelecidas e propõe estudar novas relações.

Nos parece fundamental, porém, as questões sobre a escolha dos critérios de adequação entre as características técnicas e as características fisiológicas e psicológicas do ser humano, pois estas determinam as finalidades da ergonomia.

A Ergonomia, apoiando-se na análise ergonômica do trabalho (AET) e mobilizando conhecimentos em diversos domínios científicos, está, portanto, em condições de propor, em situações existentes, arranjos ergonômicos nos sistemas sócio-técnicos ou, de uma forma geral, recomendar mudanças na forma e no conteúdo do trabalho. Isto significa dizer que por mais microscópica que se caracterize a situação sob investigação, proceder uma AET significa de sua análise depende dos elementos que a contextualizam, seja do ponto de vista operacional, seja do ponto de vista social.

A psicologia do trabalho se constitui em um campo de estudos sobre os determinantes da atividade do trabalho sobre a conduta das pessoas, seja em seus aspectos individuais ou coletivos. Portanto, quando dizemos que a Psicologia do Trabalho se constitui num campo de estudos, estamos afirmando que temos, simultaneamente, um tema básico de interesse e uma forma de estudá-lo.

No campo da ciência psicológico, tradicionalmente, a psicologia do trabalho é percebida como um segmento da chamada psicologia aplicada, da qual se alinham outros, tais como a psicologia escolar e a psicologia clínica. Contudo, apesar de reconhecermos que as exigências práticas desempenharam e desempenham um papel fundamental no desenvolvimento destas disciplinas, na verdade os problemas teóricos originados em seu interior tem justificado serem estas disciplinas da psicologia e não apenas como uma parte aplicada da psicologia.

A evolução da psicologia do trabalho deriva de mudanças sociais e tecnológicas e das diferentes concepções do que seja o trabalho, se inscrevendo em um movimento mais geral, que marca a emergência das ciências humanas.

Do ponto de vista de sua efetividade social, a psicologia do trabalho incorpora uma defesa explícita da objetividade no tratamento dos comportamentos humanos relacionados ao trabalho, embora não se possa presumir por esta postura uma leitura ou uma atitude de menor teorização. Ao contrário, os fundamentos de uma psicologia do trabalho se estruturam sobre

uma concepção de sujeito, no qual se situam os recursos metodológicos e técnicos de análise da conduta humana em situação de trabalho.

Seu destaque, enquanto disciplina do conhecimento da atividade e da conduta humanas, remete às tentativas de descrição e interpretação sobre a natureza do objeto de conhecimento – o ser humano –, presentes nos primórdios da nascente psicologia do final do século XIX. A busca pela compreensão do ser humano a partir de suas atividades realizadoras e transformadoras da realidade, colocará o trabalho como uma das principais categorias de análise daquilo que é propriamente humano: a capacidade de mudar as condições de sobrevivência, a partir da geração de novas necessidades.

As primeiras formulações conceituais que marcam o campo da Psicologia do Trabalho tiveram por origem trabalhos de alunos de Wundt, fundador do primeiro laboratório de Psicologia Experimental em Leipzig, em 1879. Um dos primeiros cientistas de Leipzig, Krapplin, vai se interessar pela fadiga e pela monotonia do trabalho e nas repercussões dos grupos sociais organizados em torno de ações produtivas.

Porém, foi um outro aluno de Wundt, Hugo Muensterberg, que assumiu o papel de criar uma “economic experimental psychology”, isto é, uma disciplina que mostrasse a contribuição da psicologia científica para o campo industrial em franca expansão. Muensterberg, autor, em 1913, de “Psychology and Industrial Efficiency”, impulsiona a psicologia do laboratório para a realidade empresarial, dando início à “Psicologia Industrial”, termo dado em 1925, com base em uma obra de Myers: “Industrial Psychology”.

Uma segunda perspectiva vai se interessar na avaliação das diferenças individuais. Na Inglaterra, Cattell, também aluno de Wundt, e, na França, Binet, conhecido por seus trabalhos sobre a medida da inteligência, são os iniciadores deste movimento, ainda no início deste século. Esta orientação, qualificada de “Psicotécnica”, vai desenvolver a utilização de testes psicológicos para a seleção e a orientação profissional.

Na verdade, a Psicologia Industrial de Muensterberg, organizaria os fundamentos básicos da psicotécnica em torno dos principais procedimentos de descrição e interpretação da conduta do trabalhador, no processo seletivo, no treinamento de habilidades e na organização dos métodos de trabalho. Ao tentar se opor à psicotécnica, em sua preocupação de encontrar os atributos de personalidades mais adequados ao trabalho, Walther, em 1926, formula uma tecnopsicologia para designar o campo da psicologia que objetivava a adaptação psicológica do trabalho ao operário. Esta tecnopsicologia, de certa forma, antecipa o conceito de “ergonomia. Para marcar tal especificidade da psicologia do trabalho, os autores francofônicos passam a utilizar a expressão “psicologia ergonômica”

A partir daí, ao mesmo tempo em que se difundia as técnicas de mensuração dos atributos psicológicos dos trabalhadores (seleção, avaliação de desempenho), ganhava impulso também o aprimoramento do exame das condições e de desempenho no trabalho, com ênfase nos estudos sobre carga de trabalho, fadiga, conflitos e estresse.

A evolução da disciplina tem mostrado que a interação entre teoria e prática é desejável e necessária. A necessidade de aperfeiçoar métodos de

análise das condutas no trabalho ao mesmo tempo que tem proporcionado uma ampliação das estratégias de intervenção dos psicólogos do trabalho tem produzido interfaces com outras disciplinas científicas.

Em determinados momentos, a diversidade de técnicas de intervenções opôs a psicotécnica à psicologia ergonômica, ou à psicologia de organizações. O resultado disso evidentemente foi uma divisão de campos conceituais internos à disciplina. Em compensação o desenvolvimento de metodologias fundadas sobre a "análise do trabalho" tem permitido formas de rigorosas de investigação sobre o comportamento humano no trabalho, ampliando as estratégias de intervenção.

Podemos dizer, por fim, que a psicologia do trabalho, em seu aspecto orgânico, se apresenta como uma disciplina que consiste em descrever e analisar os processos de organização e de reorganização estrutural das condutas de trabalho, a partir das condições estabelecidas pelo meio técnico e social. Ela tem portanto uma visão científica, na medida em que deve responder uma dupla exigência. Exigência de positividade, que descreva rigorosamente o trabalho em termos de observáveis comportamentais. Exigência de inteligibilidade, ela deve explicar a significação das condutas. Uma afirmação não é científica na medida em que possa ser invalidada pelos fatos ou que não permita uma conclusão dos processos à partir dos fatos observados.

4. QUESTÕES METODOLÓGICAS EM ERGONOMIA E PSICOLOGIA DO TRABALHO

Em Ergonomia e em Psicologia do Trabalho o recurso ao método pode ser obtido através de variadas fontes de conhecimento das ciências humanas e aplicadas. O mais importante é reconhecer que a situação de trabalho produz inúmeros eventos comportamentais direta e indiretamente associados entre si, dos quais importa compreender seus nexos, as particularidades que os envolve e porque são tão significativos e determinantes para o bem estar ou o adoecimento físico e psicológico.

Por partir de uma situação concreta, o ergonomista e o psicólogo do trabalho lida intensamente com variáveis de pronto observáveis e um sem números de eventos subjetivados, inacessíveis num primeiro momento. O individual e o coletivo é parte de cada sistema de trabalho, com suas motivações, erros, frustrações, limites operacionais e técnicos.

Quais são as nossas possibilidades de investigar a conduta humana na situação de trabalho? Essa pergunta só pode ser respondida se nós tivermos interesse e motivação suficiente para estudar a realidade do trabalho. Há conhecimento acumulado hoje suficiente para dotar o ergonomista ou o psicólogo de uma capacidade investigativa de qualidade.

A organização do trabalho dentro de uma empresa diz respeito ao conjunto dos "atores" envolvidos, em que os pontos de vista particulares de cada um destes atores condicionam a coordenação dos meios e fins de produção.

Um dos principais entraves ao estudo da situação de trabalho é organizar os instrumentos e os procedimentos necessários ao diagnóstico no contato direto com as demandas localizadas. Parte das soluções desses entraves podem ser encontradas no contato direto com os manuais e livros especializados. Podemos afirmar, contudo, que o aperfeiçoamento teórico é condição *sine qua non* à qualidade do trabalho. Evidentemente que, a outra parte somente poderá ser obtida na experiência concreta da própria investigação. Ambas entretanto, dependem de uma certa habilidade intelectual na organização, análise e síntese de dados.

4.1 A análise do trabalho

Os múltiplos conhecimentos que se põem em jogo quando se realiza uma análise do trabalho, transparece na própria diversidade dos seus objetivos. Em primeiro lugar, o objetivo da análise do trabalho é produzir um melhor conhecimento do trabalho formal e do trabalho real. Isto é, entre o trabalho definido pela organização técnica do trabalho e as condições efetivas de sua realização.

A noção de conhecimento pode ser percebida em dois sentidos: um conhecimento "objetivo" e uma "conscientização" da realidade do trabalho. Estas diferentes perspectivas se assentam sobre o funcionamento sócio-econômico da análise do trabalho. Mesmo que eles não estejam no centro de suas preocupações, ergonomistas e psicólogos do trabalho deverão considerá-los, a fim de evitar uma certa simplicidade epistemológica e pragmática.

Estas duas dimensões não são independentes, embora não se situem em um mesmo nível de análise. As duas supõem uma “implicação dos operadores”, o que determina um segundo objetivo da análise do trabalho, a compreensão de como se dá essa ‘implicação’. Este método pode ser considerado como a pesquisa, a busca dos vínculos dos trabalhadores ao sistema de produção.

O último objetivo decorre dos dois precedentes, pois ele considera a análise do trabalho como um auxílio à toma da ^{de} decisão, permitindo, de uma parte, determinar “objetivamente” os níveis e as modalidades de intervenção; e proporcionado, de outra parte, margens de manobras mudanças na situação de trabalho.

Uma tal concepção permite situar a coleta e o tratamento de dados, coração da análise do trabalho, que devem ser vistas não como momentos separados mas ocorrendo de forma conjunta. Distinguiremos três momentos que, ainda que sejam apresentados de maneira ordenada e linear, estão entrelaçados, pois os resultados de cada um interferem com os outros.

- Análise da demanda
- Coleta e tratamento de dados
- A busca de soluções

4.2. A análise da demanda

Esta primeira etapa, cuja importância foi demonstrada por especialistas em psicologia das organizações, responde à uma dupla necessidade.

Em primeiro lugar, por trás de todo “pedido explícito”, existe uma “demanda implícita”, da qual, aqueles que solicitam a intervenção, nem sempre tem consciência. Uma solicitação para iniciar um processo de seleção de pessoal para resolver um mau funcionamento num posto de trabalho, por exemplo, pode mascarar uma má concepção do sistema de produção ou um conflito inerente à dinâmica do trabalho.

A segunda justificativa para a análise da demanda, reside no fato que aquele que encomenda, formula o problema em termos que sirvam seus próprios objetivos. Uma mesma situação problema não será expressa em termos idênticos por um responsável da produção e por um analista de pessoal.

A análise do trabalho deverá permitir decodificar a demanda formulada, de forma a garantir uma leitura distanciada em relação à pessoa que a estabelece.

Esta fase é, portanto, delicada, porque não deve ser percebida como uma recusa de atender a demanda anunciada, mas como um passo indispensável para que a significação real do problema surja e para que os diferentes “atores” da empresa se incluam na análise.

Para ser executada, porém, a análise do trabalho deve contar com a participação de todo o conjunto das pessoas envolvidas pelo problema. Essa participação deve ser efetiva, desde o começo da análise do trabalho, a fim de conduzir a elaboração de um diagnóstico sobre a situação em que se

considere a apreensão de todas as diferentes visões relativas ao problema. Esta participação dos atores envolvidos não deve ser vista como um simples truque para motivar os trabalhadores a participarem. Ela é uma necessidade no sentido da superação das atitudes de isolacionistas ou de resistência à avaliação da situação de trabalho.

A participação não se decreta, e às vezes só é obtida após uma difícil negociação. O saber obtido através desta participação lhes deve ser restituído pelo analista, o que além de ético, permite revisões em que este possa resolver melhor sua própria representação sobre o trabalho, além de explicitar as dimensões implícitas da sua percepção quanto as decisões que deveriam ser tomadas pelos "outros".

4.3. A coleta e o tratamento dos dados

Esta fase repousa sobre três pontos chaves.

Em primeiro lugar, a análise do trabalho se sustenta em técnicas comparativas que permitem uma aferição correta do impacto da atividade do trabalho sobre os trabalhadores. Uma aferição estrita nem sempre é possível, em razão de condições operacionais (jornadas e turnos de trabalho, picos de trabalho, etc.).

Em segundo lugar, técnicas tradicionalmente utilizadas pelos psicólogos em outras situações profissionais podem ser úteis na coleta de dados: dinâmicas de grupo, análises sociométricas, entrevistas, observações, questionários e medições.

Finalmente, os dados coletados darão lugar à dois tipos de interpretação, qualitativas e quantitativas. Técnicas clássicas são usadas, tais como a análise do conteúdo ou o tratamento estatístico, em que o analista se esforça para colocar em evidência o conteúdo implícito. Cabe ao analista salientar as significações subjetivas que os trabalhadores atribuem às suas atividades, bem como as formas de condutas delas decorrentes.

O analista poderá, assim, confrontar os resultados dos dois tipos de interpretação, chegando a um diagnóstico que deve ser discutido pelo conjunto dos atores envolvidos no problema. O diagnóstico é, assim, um passo decisivo ao esclarecimento da situação problema.

4.4. A busca de soluções

A procura de soluções supõe que o diagnóstico tenha respondido à duas condições: ele deve permitir, num primeiro tempo, identificar a origem dos problemas demandados e, determinar, num segundo tempo, as soluções adequadas para resolvê-los.

Poderemos distinguir três etapas dentro do diagnóstico. A análise da demanda, que nós citamos, é uma primeira fase do diagnóstico na medida onde ela permite identificar o quadro geral do problema.

LEPLAT, CUNY (1983) distinguem uma fase de "pré-diagnóstico" que visa determinar qual, ou quais, especialista(s) está envolvido pelo problema. Busca aprimorar estrategicamente o nível de envolvimento profissional com a demanda.

Enfim, o diagnóstico propriamente dito é a fase no decorrer do qual, o analista, tendo levantado todas as ambigüidades sobre a demanda e, estando seguro que trata-se de um problema relativo a sua competência, confronta os dados recolhidos com os modelos teóricos a fim de elaborar sua própria interpretação do problema colocado. Este trabalho é difícil, porém capital.

De fato, as soluções retidas não poderão ser elaboradas de maneira linear. Será necessário retornar seguidamente aos dados e a situação para melhor elucidá-las. As soluções, por outro lado, devem ser colocadas em ação, sempre contando com a participação de todos os atores envolvidos. É ilusório querer impor soluções, mesmo se essas dirigirem-se no sentido de uma melhoria. Portanto é, responsabilidade do analista encontrar, propor e fazer admitir soluções que dependem de sua competência.

4.5. A pesquisa-ação

A análise do trabalho nos permite avaliar a necessidade de vínculos diretos entre o analista e a situação a ser analisada. É assim que se diz que uma das principais formas de investigação da situação de trabalho se dá através da pesquisa-ação. O analista tem acesso direto não somente ao espaço de trabalho, mas principalmente às pessoas. Mantém-se envolvido com a rotina de trabalho dos agentes organizacionais, sem entretanto confundir-se. Define seus limites de participação a partir dos critérios profissionais e éticos, estando atento aos limites da coleta dos dados.

Além disso, em ergonomia e em psicologia do trabalho necessitamos utilizar constantemente o método descritivo. Não há nenhuma possibilidade para interpretar ou analisar determinadas comportamentos e suas variantes, envolvidos na situação de trabalho, prescindindo da descrição, às vezes realizada de forma exaustiva. Decorre disso, o registro e a documentação daquilo que foi objeto de descrição.

Dos métodos utilizados para levantamento de campo podem ser discriminados cinco tipos diferentes de procedimentos: observação, entrevista, questionários, técnicas psicológicas e levantamentos físicos (medições). O que varia grandemente são as técnicas disponíveis para a aplicação dos métodos e registro das informações. Por exemplo, observações podem ser registradas através de fotografias, câmeras de vídeo, mapas comportamentais, diagramas, anotações etc.

É importante estabelecer, quando possível a técnica de triangulação, isto é, a combinação de três técnicas de análise organizadas entre si, procurando criar meios de coleta de dados diferenciados porém centrados no mesmo foco de análise.

As observações

As observações, quando sistemáticas, permitem avaliar o espaço de trabalho em seus aspectos funcionais, ambientais, comunicacionais etc. e levantar o comportamento do trabalhador ou usuário, em termos de movimentos e atividades. Normalmente, as observações oferecem validade

para outras técnicas. A confrontação entre os dados obtidos a partir de observações com as declarações obtidas através das entrevistas é muito interessante pois pode evidenciar pontos críticos. Utiliza-se, de uma forma geral, os seguintes modos de observação:

- *observação aberta*, utilizada no início de qualquer análise para se ter uma primeira idéia da situação. Exige um mínimo de planejamento preliminar. Pode fornecer questões a serem colocadas aos trabalhadores e também orientar na escolha de técnicas mais específicas;

- *observação armada*, é praticada com a ajuda de instrumentos - filmadora, gravador - permitindo ao pesquisador aumentar a precisão dos dados recolhidos, bem como prolongar a duração das observações. Em alguns casos permite inclusive eliminar a presença do observador;

- *observação participante*, praticada quando o pesquisador participa da situação que está analisando, colocando-se no lugar do usuário, por exemplo.

As entrevistas

Nesta técnica, o contato é direto entre o entrevistador e o entrevistado e tem por objetivo recolher informações preferencialmente qualitativas. Por ser uma abordagem mais aprofundada, permite compreender alguns dos comportamentos dos usuários que não podem ser explicados de forma objetiva através do uso exclusivo das observações e questionários.

Dois tipos de entrevistas, normalmente, são utilizados:

- *entrevista dirigida* - em geral, efetuada a partir de um questionário elaborado previamente, onde existem questões objetivas a serem respondidas pelo entrevistado. Distinguimos esta entrevista do questionário, pois é feita a partir do contato direto entre entrevistado e entrevistador. O questionário pode ser aplicado de forma a dispensar essa relação pessoal. As informações destas entrevistas podem ser comparadas e analisadas estatisticamente;

- *entrevista informal* - nesta entrevista não existe um protocolo estabelecido com questões prévias. O entrevistado é convidado a discorrer livremente sobre algumas questões dirigidas pelo entrevistador. O que caracteriza este tipo de entrevista, é o fato de não haver obrigação de uma amostra representativa, nem de uma análise estatística das informações.

Os questionários

Os questionários devem ser construídos a partir da definição de categorias ou itens que se quer avaliar, a partir dos quais são feitas as perguntas ou proposições. Questionários estruturados normalmente são acompanhados de escalas, que devem ser de fácil e rápida apreensão e preenchimento, seja por parte do examinador ou do examinando.

Para que os resultados obtidos através de questionários sejam generalizáveis, estes devem ser aplicados a uma amostra representativa da população em estudo. A definição da população da amostra faz-se, por exemplo, com base nos tipos de diferentes necessidades e atividades

realizadas por diferentes grupos de usuários representativos da população estudada. Quanto maior a amostra, mais generalizável (para a população em estudo) são os resultados, e vice-versa. Nos estudos de caso, evidentemente seus resultados não são generalizáveis, o que nos remete a necessidade maior de aprofundamento do estudo.

Os testes psicológicos

No caso de testes psicológicos ou técnicas similares, normalmente se identifica em seus manuais a validade, a padronização e as condições de uso para determinada população. Cabe ao psicólogo (dado que é um atributo privativo da profissão), quando utilizá-los, ter convicção de sua adequabilidade ao estudo.

As demais técnicas de trabalho do psicólogo, tais como a dinâmica de grupo, os inventários de personalidade, a anamnese, a entrevista psicológica, dentre outras, evidentemente deverão ser utilizadas levando-se em conta sua coerência com a análise da demanda e a eficácia de seu uso.

Os levantamentos físicos

Medidas antropométricas, dados relativos ao nível de ruído, temperatura, iluminação e outros que venham a ser necessários para um adequado diagnóstico do trabalho devem ser cuidadosamente planejados e executados.

5. O TRATAMENTO DOS DADOS: O DIAGNÓSTICO

Os dados recolhidos, sintetizados na forma de indicadores, variáveis ou sintomas, podem ser devidamente interpretados através de técnicas clássicas, como o tratamento estatístico ou a análise de conteúdo, ou mais sofisticadas, com o uso de recursos computacionais.

Após o registro da informação, obtida através dos diferentes métodos e técnicas de coleta de dados, estas devem ser apresentadas de maneira clara e objetiva. Em qualquer dos casos, o psicólogo deverá colocar em evidência o conteúdo desses dados, estabelecendo correlações ou confrontações, seja de natureza qualitativa ou quantitativa, a fim de integralizá-los em um diagnóstico.

As informações obtidas nas entrevistas são, predominantemente, de caráter qualitativo. Estas podem ser apresentadas, basicamente, de duas maneiras: freqüências de dados obtidos em entrevistas estruturadas e transcrições de determinadas intervenções feitas pelos trabalhadores que sejam consideradas relevantes para os resultados do trabalho.

Portanto, estas intervenções são qualitativas e não possuem um poder de generalização, mas sim de indicar possíveis explicações para determinados resultados obtidos através de observações sistemáticas e questionários. Entrevistas, quando comparadas a questionários, perdem em generalizações, mas ganham em profundidade.

Os resultados obtidos através dos questionários devem ser interpretados de acordo com a natureza das variáveis, e de acordo com o

tipo de teste realizado. Por exemplo, perguntas abertas são variáveis do tipo nominal e, portanto, podem ser classificadas (através de frequências) e têm somente o poder de descrever a realidade, mas não permitem inferências sobre as mesmas, a não ser que se utilizem as técnicas difusas para tratamento de variáveis de conteúdo.

Os resultados obtidos através dos questionários podem ser apresentados através de tabelas ou gráficos. As tabelas servem para a apresentação de forma ordenada em filas e colunas de informação relativa a um certo número de variáveis. As tabelas podem sintetizar a descrição de um grande número de informações expressas tanto verbalmente quanto numericamente.

Os gráficos são mais apropriados para a descrição de uma parte em relação ao todo e/ou comparação entre vários elementos. Cuidados devem existir com a concentração de muitas informações em um só gráfico, pois tendem a dificultar a compreensão e a comparação entre os elementos.

A informação gráfica tende a ser mais atraente e de maior compreensão do que a informação apresentada em forma numérica, entretanto, deve-se ter cuidado para que a informação gráfica expresse realmente os resultados e que seu aspecto formal não venha a confundir ou atrapalhar a compreensão dos resultados. A apresentação de tabelas, fotos, desenhos e gráficos, além de fornecer as evidências para as conclusões formuladas facilitam a leitura e compreensão dos resultados apresentados.

DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO (DORT): NOÇÕES BÁSICAS

Roberto Moraes Cruz

Professor do Departamento de Psicologia – UFSC

Murilo César dos Santos

Mestrando em Engenharia de Produção – UFSC

Jadir Camargo Lemos

Mestrando em Psicologia - UFSC

RESUMO: Este artigo apresenta noções básicas sobre os Distúrbios Osteomusculares do Trabalho(LER/DORT) discutindo a definição destas patologias, a denominação que recebem no Brasil e em outros países, a mudança da terminologia LER para DORT no Brasil, os fatores de risco que contribuem para o seu aparecimento, a evolução da doença e o grau de comprometimento do aparelho músculo-esquelético e suas repercussões nas atividades profissionais, e os vários quadros sintomatológicos.

1- DEFINIÇÃO

O termo DORT, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, foi estabelecido no Brasil, pelo INSS-Instituto Nacional de Seguridade Social, em Julho de 1997, designando:

"o conjunto de doenças que atingem músculos, tendões, nervos e vasos dos dedos, das mãos, punhos, antebraços, braços, ombros, pescoço e coluna vertebral. Estas doenças são inflamações não infecciosas (não causadas por bactérias, vírus ou outros

microrganismos) provocadas por atividades profissionais que exigem do trabalhador movimentos manuais repetitivos, continuados, rápidos e/ou vigorosos, combinados com uma organização do trabalho e equipamentos inadequados”.¹⁴

É um termo abrangente, que se refere a um grupo heterogêneo de distúrbios orgânicos ou funcionais, patologias ou doenças do sistema músculo-esquelético, principalmente de pescoço e membros superiores, relacionados comprovadamente ou não ao trabalho.

2- OUTRAS TERMINOLOGIAS UTILIZADAS

No Brasil o termo mais popularmente utilizado, desde o início dos estudos sobre o assunto é LER-Lesões por Esforços Repetitivos. Nos Estados Unidos são conhecidas como Cumulative Trauma Disorders(CTD); no Japão como Occupational Cervicobrachial Disorder(OCD); na Austrália como Occupational Overuse Syndrome(OOS); também na Austrália e no Canadá como Repetitive Strain Injury(RSI); também no Canadá e na França como Lésions Attribuables au Travail Répétitif. Porém, o termo atualmente e cada vez mais disseminado no mundo todo é Work Related Musculoskeletal Disorder (WMSD) traduzido para o Português como Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT).

¹⁴ Em 11 de julho de 1997, o INSS publicou no Diário Oficial da União um minuta de atualização de Norma Técnica sobre LER- Lesões por Esforços Repetitivos, que altera a denominação até então conhecida LER para DORT.

A mudança do nome não é simplesmente um aspecto estético ou cosmético da terminologia. O uso do novo termo é resultado de anos de estudo e manejo deste grupo de doenças, e suas repercussões tanto em nível psicológico de seus portadores e familiares, bem como sociais, organizacionais e institucionais. As terminologias fazem referência às patologias e aos fatores que as desencadeiam, ou seja, as suas causas. As LER-Lesões por Esforços Repetitivos, por exemplo, informam que a patologia é uma lesão que é gerada por dois fatores, o esforço e a repetitividade. Este termo remete a etiologia do problema para o universo do trabalho, pois o esforço e a repetitividade são características do trabalho. Neste caso, a relação causa e efeito é específica e direta. A lesão do aparelho músculo-esquelético (músculos, tendões, nervos e vasos, geralmente, dos dedos, das mãos, punhos, antebraços, braços, ombros, pescoço e coluna vertebral) é causada por tarefas que exigem esforço repetitivo.

Porém, os avanços nos estudos deste grupo de patologias tem identificado que o esforço repetitivo não é o único ou o mais importante fator causal, e nem o tipo de patologia decorrente é necessariamente uma lesão comprovada. Uma série de fatores somam-se e associam-se para gerar a patologia. Dentre eles, além do esforço e repetitividade, existem outros também inerentes a *organização do trabalho*, como o ritmo acelerado e a jornada prolongada de trabalho. Existem, ainda, *fatores psicossociais do trabalho*, como conflitos no relacionamento profissional com colegas e chefias; *condições do ambiente de trabalho* inadequadas, como iluminação, temperatura, ruído e vibrações, dentre outras; bem como fatores que

transcendem o ambiente de trabalho, como *características pessoais*, incluindo-se, aqui, aspectos comportamentais como certos estilos de vida, aspectos psicológicos, como certas características de personalidade, aspectos biológicos como certas características anatômico-fisiológicas, além de num plano mais amplo, *fatores sociais e culturais*. Portanto, a etiologia da patologia é multifatorial o que remete a uma falta de clareza do processo patogênico. Sabe-se que fatores podem contribuir de modo associado para a ocorrência da patologia, porém, é um problema saber como e quanto cada fator contribuiu para esta ocorrência. Estes fatores são chamados de fatores de risco (agentes patogênicos) e serão descritos posteriormente.

Além de ampliar o aspecto causal ou etiológico da patologia (o esforço e a repetitividade) para múltiplos fatores, os estudos e a experiência no manejo do problema têm identificado quadros clínicos que constituem-se de sintomas sem correspondentes sinais objetivos. Ou seja, nem sempre as lesões são "visíveis", apesar de ocorrerem sintomas que sugerem uma alteração anátomo-fisiológica, como dor espontânea, ocasional ou intensa e persistente no membro afetado (dedos, das mãos, punhos, antebraços, braços, ombros, pescoço e coluna vertebral), formigamento e calor, e leves distúrbios de sensibilidade. Daí deriva o nome distúrbio que segundo CAMPBELL (1970) é o "grupo ou conjunto de sintomas concorrentes que reunidos, são indicativos de uma doença"¹⁵.

Devido a esta falta de identificação entre o quadro sintomatológico e uma alteração anátomo-fisiológica objetiva (ou lesão) e a falta de clareza do processo patogênico devido a multiplicidade de fatores causais, dentre eles

os relacionados ao trabalho, adotou-se o termo distúrbio, passando as LER a serem conhecidas como DORT- Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho. As patologias são distúrbios e não mais lesões, embora o distúrbio tenda a evoluir para uma lesão diante da exposição prolongada aos fatores de risco. As causas destas patologias não são mais exclusivamente o esforço repetitivo, mas têm, também, relação com diversos outros aspectos do trabalho, além de fatores pessoais.

4- IMPLICAÇÕES DA MUDANÇA DA TERMINOLOGIA DE “LER” PARA “DORT”

Esta mudança de termos teve implicação na classificação deste grupo de patologias associadas ao trabalho. Para compreender melhor esta implicação é preciso considerar a classificação de doenças da Organização Mundial de Saúde. A OSM apresenta duas categorias de patologias associadas ao trabalho.

As chamadas Doenças Profissionais, Ocupacionais ou Tecnopatias e as Doenças do Trabalho, Relacionadas ao Trabalho ou Mesopatias. *Doenças Profissionais, Ocupacionais ou Tecnopatias* refere-se à doenças cujo agente causal é específico e está diretamente associado às atividades laborais. É o caso das intoxicações por metais pesados. Por exemplo, a exposição à sílica, seja em uma mina ou na perfuração de um túnel, pode causar a silicose. Portanto, nesta categoria de doenças o nexo causal entre atividades executadas e a patologia é direto e automático. Já com relação às *Doenças*

¹⁵ CAMPBELL, Robert J. Dicionário de Psiquiatria. São Paulo: Martins Fontes, 1970.

do Trabalho, Relacionadas ao Trabalho ou Mesopatias não é possível a identificação de um único e específico agente causal. Múltiplos fatores podem contribuir para a manifestação da doença, dentre os quais também os laborais.

Não há relação exclusiva, específica e direta entre as condições de trabalho e a ocorrência da doença. "As doenças do trabalho podem ser parcialmente causadas por condições de trabalho adversas; podem ser agravadas, aceleradas ou exacerbadas por exposições nos locais de trabalho; podem diminuir a capacidade laboral"¹⁶. Ou seja, os fatores de risco ocupacionais tem influência significativa e considerável na ocorrência dos LER/DORT, mas efetivamente não são os únicos fatores contribuintes. Portanto, sendo a LER, uma lesão decorrente de um agente causal específico relacionado ao trabalho, neste caso, o esforço e a repetitividade, deve ser classificada como doença ocupacional. Porém, deixou de sê-lo a partir do momento em que identificou-se que mesmo quando há objetivamente uma lesão, os agentes causais são múltiplos, dentre os quais os fatores de risco ocupacional contribuem significativamente. A nova nomenclatura DORT, enquadra então as antigas LER como Doenças do Trabalho ou Relacionadas ao Trabalho. Como o termo LER é ainda popularmente aceito, neste trabalho quando referir-se a Distúrbios Osteomusculares, utilizar-se-á a sigla LER/DORT.

¹⁶ ASSUNÇÃO, A. A.; ROCHA, L. E. Agora... até namorar fica difícil: uma história de lesões por esforços repetitivos. In: BUSCHINELLI, J.T.P.;ROCHA; RIGOTTO R.M.(Orgs). *Isto é Trabalho de Gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes; 1994. p.461-493.

5- FATORES DE RISCO

São múltiplos os fatores que contribuem para a ocorrência das LER/DORT. Por Fatores de Risco entende-se um aspecto de comportamento e estilo de vida pessoal, características anátomo-fisiológicas e hereditárias próprias ou, ainda, exposição ambiental, como por exemplo, condições de trabalho, que estão relacionados ou associados às condições de saúde, neste caso, à manifestação da LER/DORT¹⁷.

5.1- FATORES LIGADOS AO AMBIENTE DE TRABALHO

5.1.1- Condições Ambientais Impróprias (Iluminação, temperatura, ruído, vibrações, dentre outras): Certos agressores físicos do ambiente de trabalho como a vibração e o frio, podem contribuir para o aparecimento da doença. A direta, intensa e prolongada exposição à vibração decorrente da manipulação de instrumentos pneumáticos pode desencadear o surgimento de problemas vasculares, neurológicos e articulares de membros superiores.

5.1.2- Mobiliário e Equipamentos Inadequados: Terminais, teclados, máquinas, mesas e cadeiras que obriguem à adoção de posturas impróprias, durante a jornada de trabalho contribuem para o surgimento da doença.

¹⁷ MAENO, Maria; TOLEDO, Lúcia F.; PAPARELLI, Renata et al. Contribuições ao Estudo de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT). São Paulo: Programa Nacional de Prevenção às LER/DORT. (www.uol.com.br/previer/biblioteca.html).

5.2- FATORES LIGADOS À ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

5.2.1- Ritmo Acelerado de Trabalho: A exigência de manutenção do ritmo acelerado para garantir a produção pode provocar tensão psicológica, e como consequência ou aumento da tensão muscular, prejudicando a nutrição sangüínea dos músculos com possibilidade de ocorrência de dor muscular, fadiga e, portanto, predisposição à LER/DORT.

5.2.2- Trabalho Repetitivo de Jornadas Prolongadas: A repetição de uma ou poucas tarefas por muitas horas, sem pausas, e a adoção de posturas estáticas do corpo, provoca a contração dos músculos, que mantida sem interrupção e sem tempo de recuperação, leva à sobrecarga músculo-esquelética, prejudicando o suprimento sangüíneo para o músculo, podendo favorecer a produção de ácido láctico, que é capaz de estimular os receptores da dor, desencadeando-a, mantendo-a, e agravando-a.

5.2.3- Falta de Controle sobre o Próprio Trabalho: As estruturas organizacionais autocráticas e centralizadoras impedem o trabalhador de interferir no modo como seu trabalho é organizado e no modo como deve ser executado. A impossibilidade de propor e implementar mudanças em situações do ambiente e organização do trabalho que trazem incômodo e sofrimento, geram sentimentos de impotência e angústia, provocando estados de desequilíbrio e tensão psicológica, que por sua vez, pressionam o aparelho músculo-esquelético.

5.3- FATORES PSICOSSOCIAIS ASSOCIADOS AO TRABALHO

5.3.1- Pressão e Atitude Autoritária das Chefias: Chefes que exigem o atingimento de metas estabelecidas pela empresa sem fornecer as condições de trabalho adequadas, e sem levar em conta as diferentes capacidades e habilidades de seus subordinados, e que mantém controle cerrado da produção, com ameaças de punição, acabam por promover intensa pressão psicológica, que dissemina um clima de medo e ansiedade. Esta tensão psicológica provoca pressão sobre o aparelho músculo-esquelético, contribuindo assim para o aparecimento da LER/DORT.

5.3.2- Falta de Cooperação e Conflitos entre Colegas: A falta de ajuda e apoio por parte dos colegas, e conflitos de relacionamento latentes e não resolvidos, no ambiente de trabalho pode ocasionar clima de medo, insegurança e ansiedade.

5.4- FATORES PESSOAIS

5.4.1- Características de Personalidade: Pessoas sempre preocupadas em dar o máximo de si e que não admitem cometer erros, e/ou que alimentam sentimentos negativos sobrecarregam o aparelho músculo-esquelético na medida em que dispendem esforço excessivo na execução das tarefas. Exagerado senso de responsabilidade e competência no cumprimento das atividades profissionais, medo de errar com autocobrança

excessiva, vontade de ser reconhecido e acender profissionalmente levam à execução de tarefas sem respeitar os próprios limites físicos e psicológicos. Este estado psicológico pode ser uma das causas da lesão. Estes fatores não contribuem de forma isolada para a ocorrência da LER/DORT. É a exposição à interação destes fatores no local de trabalho ao longo do tempo que determinará o aparecimento da doença.

6- SINTOMATOLOGIA

Como já dito anteriormente, as LER/DORT são um grupo heterogêneo de doenças decorrentes do trabalho, que acometem músculos, nervos, tendões e vasos, principalmente dos membros superiores- mãos, braços, antebraços, pescoço, ombros, região lombar. Sua forma clínica ou seu quadro sintomatológico varia de acordo com o tipo de prejuízo ao aparelho músculo esquelético(lesão, inflamação) e o membro atingido. É importante lembrar que o sintoma mais característico em todas as formas é a dor.

As LER/DORT são uma doença evolutiva, ou seja, a intensidade de exposição a certos tipos de fatores de risco associados ao longo do tempo é que determinarão o tipo, modo e a gravidade da patologia. A gravidade da patologia determinará o grau de comprometimento do uso do aparelho músculo-esquelético. Ou seja, dependendo da gravidade o portador terá mais ou menos prejudicado o exercício das suas atividades laborais e familiares. Não obstante, cada tipo de patologia dos LER/DORT tenha seu próprio quadro clínico ou sintomatológico específico, o INSS estabeleceu uma

classificação dos seus estágios evolutivos em graus de comprometimento, para melhor realização do diagnóstico. O principal sintoma é a dor. Os portadores de LER/DORT, de modo geral, queixam-se de parestesias, dores irradiadas, edemas, limitações dos movimentos pela dor, rigidez, e outros sintomas associados como ansiedade, irritabilidade, alterações de humor e do sono, fadiga crônica e cefaléia tensional.

6.1- EVOLUÇÃO E GRAU DE COMPROMETIMENTO DA DOENÇA

Os graus de comprometimento dos DORT/LER são os seguintes:

Grau I: Sensação de peso e desconforto no membro afetado. Dor espontânea, às vezes em pontadas, sem irradiação nítida, de caráter ocasional durante a jornada de trabalho sem interferir na produtividade. A dor é, em geral, leve e fugaz, e melhora com o repouso. Os sinais clínicos estão ausentes. A dor pode manifestar-se durante o exame clínico, quando da compressão da massa muscular envolvida. O prognóstico de tratamento é bom.

Grau II: A dor é mais persistente, mais localizada e mais intensa, e aparece durante a jornada de trabalho de forma intermitente. É tolerável e permite o desempenho de atividades, mas afeta o rendimento nos períodos de exacerbação. É mais localizada e pode vir acompanhada de formigamento e calor, além de leves distúrbios de sensibilidade. A dor pode não melhorar com o repouso e a recuperação é mais demorada. De um modo geral os

sinais clínicos continuam ausentes. Podem ocorrer, por vezes, pequena nodulação e dor ao apalpar o músculo envolvido.

Grau III: A dor é ainda mais persistente, mais forte e com irradiação mais definida. Aparece mais vezes fora da jornada de trabalho, especialmente à noite. Há alguma perda da força muscular. Devido a estes fatores ocorre a sensível queda de produtividade, quando não a impossibilidade de executar a função e as atividades domésticas. O repouso em geral só atenua a intensidade da dor, nem sempre fazendo-a desaparecer por completo. Os sinais clínicos estão presentes. O inchaço é freqüente, assim como a transpiração e a alteração da sensibilidade. Apalpar ou movimentar o local afetado causa dor forte. O retorno ao trabalho nessa fase é problemático e o prognóstico é reservado.

Grau IV: A dor é forte e contínua, por vezes insuportável, acentuando-se com os movimentos, estendendo-se a todo membro afetado, levando a intenso sofrimento. A dor persiste até mesmo quando o membro é imobilizado. A perda de força e controle dos movimentos são constantes. O inchaço é também persistente e podem aparecer deformidades. As atrofias, principalmente dos dedos, são comuns em função do desuso. A capacidade de trabalho é anulada e a invalidez se caracteriza pela impossibilidade de um trabalho produtivo regular. As atividades cotidianas são muito prejudicadas. Neste estágio são comuns as alterações psicológicas, com quadros de depressão, ansiedade e angústia. O prognóstico é sombrio.

7- CLASSIFICAÇÃO DAS FORMAS CLÍNICAS DE LER/DORT(QUADRO SINTOMATOLÓGICO)

Algumas das formas clínicas mais frequentes são:

7.1- Na mão:

7.1.1- Fasciite Palmar: Decorre do processo fibrosante palmar que impede a extensão normal dos dedos acometidos. São observadas principalmente nas vibrações constantes em trabalhadores braçais.

7.2- No Punho:

7.2.1- Síndrome do Túnel do Carpo: É a mais comum, conhecida e tratada. O túnel do carpo é um canal formado anatomicamente pelos ossos localizados na região do carpo(punho) e por um ligamento forte chamado ligamento transversal do carpo. O túnel do carpo contém tendões que flexionam os dedos e o polegar, e o nervo mediano que proporciona sensibilidade ao polegar, dedo indicador, dedo médio e a metade radial do dedo anular. Esta síndrome decorre da compressão do nervo mediano ao nível do punho pelo aumento de volume do conteúdo do canal do punho ou diminuição do espaço do canal. Dentre outros fatores que causam o aumento do volume do conteúdo do canal estão a retenção de líquidos e a inflamação ou edema nos tendões e bainhas tendinosas no canal do carpo.

O paciente queixa-se de dor, formigamento, adormecimento e queimação do polegar, dedo indicador, dedo médio e metade do anular, comumente à noite ou nas primeiras horas da manhã. A dor pode irradiar para o cotovelo, ombro e até região cervical. Ocorre a perda da sensibilidade

da mão causando fraqueza e perda da capacidade funcional da mão. Os pacientes referem que deixam cair objetos e que não conseguem sentir suas temperaturas. A sensação do tato e da discriminação fica prejudicada e a mão pode ficar mais fria e seca. Pode haver alívio dos sintomas com a elevação, movimentação e massagem na mão e punho.

7.2.2- Tenossinovite dos Flexores do Punho e Dedos:

Caracteriza-se por um processo inflamatório que acomete os tendões da face ventral do antebraço e punho em decorrência da flexão dos dedos e da mão. De início insidioso, à dor se somam queixas de diminuição da força, sensação de peso, desconforto e alteração da caligrafia.

7.2.3- Síndrome de DeQuervian

Consiste-se na constrição dolorosa da bainha comum dos tendões do longo abductor do polegar e do extensor curto do polegar. Estes dois tendões têm uma característica anatômica interessante: correm dentro da mesma bainha, quando friccionados costumam inflamar. O principal sintoma é a dor muito forte, no dorso do polegar. O ato de fazer força torcendo o punho é um dos principais fatores causadores. Por isto, já foi denominada de dor da lavadeira de roupa.

8. EPIDEMIOLOGIA

O problema dos LER/DORT é um fenômeno mundial. No Japão o auge da doença foi atingido na década de 70 e na Austrália na década de 80. Somente nos Estados Unidos, em 1998, ocorreram 650 mil novos casos de

LER/DORT, os quais foram responsáveis por dois terços das ausências ao trabalho, que representou um custo para as empresas, segundo a Organização Mundial de Saúde, de aproximadamente 15 a 20 bilhões de dólares¹⁸. No Brasil, segundo o Programa Nacional de Prevenção às LER/DORT, ONG voltada ao estudo e promoção de programas de combate às doenças ocupacionais, nos últimos cinco anos foram abertas 532.434 Comunicações de Acidentes de Trabalho(CAT) geradas pelas LER/DORT. No Sudeste, por exemplo, a cada 100 trabalhadores um é portador da doença.

8.1 Incidência

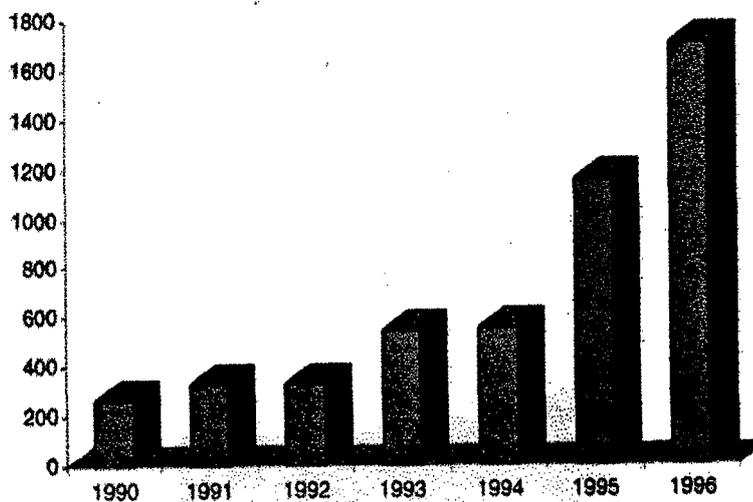
Dados epidemiológicos detalhados, porém mais restritos sobre o problema, foram fornecidos por CARNEIRO (1998)¹⁹. O autor faz referência a um trabalho desenvolvido no NUSAT, Núcleo de Referência em Doenças Ocupacionais da Previdência Social, serviço ligado ao INSS de Minas Gerais, que identificou o perfil social da LER/DORT, no período de 1990-1996.

O NUSAT atende pacientes portadores de doenças ocupacionais que procuram os postos do INSS de Belo Horizonte e Região Metropolitana, com suspeita ou com diagnóstico confirmado de doença ocupacional, com CAT emitida. Os registros de casos obtidos entre 1990 e 1996 apontam para um crescimento acelerado da manifestação da doença.

¹⁸ Dados fornecidos pelo Programa Nacional de Prevenção às LER/DORT. (<http://www.uol.com.br/prevler>)

Gráfico 1: Evolução dos registro de LER(1990-1996)

Fonte: NUSAT/INSS-MG



Os dados coletados durante este período de sete anos apontam que a doença se manifesta na sua grande maioria em mulheres, representando aproximadamente 3/4 dos casos atendidos.

Dados do ambulatório de LER/DORT do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, revelam que entre março de 1993 e dezembro de 1998, dos 390 casos de LER/DORT, 91,8% ocorriam em mulheres, e a média de idade foi de 38,5 anos. Um estudo feito no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Secretaria de Saúde de São Paulo(CEREST/SP), entre 1990 e 1995 com uma amostra de 620 pacientes atendidos, apontou que 87% dos casos eram de mulheres e 45% na faixa etária de 26 a 35 anos. CARNEIRO (1998) sugere que este fato ocorre porque as mulheres

¹⁹ CARNEIRO, Cristina Miranda Carneiro. O Perfil Social da LER. In: OLIVEIRA, Crysóstomo Rocha de(Org). Manual Prático de LER. Belo Horizonte: Health, 1998.

assumem postos de trabalho menos qualificados que os homens, ganham menos e ainda realizam dupla jornada de trabalho.

Quanto à faixa etária em que a doença se manifesta, o NUSAT/MG afirma que os dados do período de 1994 a 1996 mostram que 70% das pessoas atendidas situam-se entre 20 e 39 anos. Este é um indicativo da dimensão do problema: a doença acomete o trabalhador justamente no auge de sua produtividade e experiência profissional.

A distribuição dos casos atendidos entre 1993 e 1996, por ramo de atividade econômica, aponta que as instituições financeiras detêm o primeiro lugar no período, ainda, que o percentual tenha diminuído a cada ano. É importante frisar que houve aumento considerável de casos provenientes de serviços de saúde em 1995 e 1996 em relação aos anos anteriores. Este ramo ocupou o segundo lugar em 1995 e em terceiro lugar em 1996.

TABELA 1

LER/DORT x Ramos de Atividade Econômica (1993-1996)

RAMO DE ATIVIDADE	1993 (%)	1994 (%)	1995 (%)	1996 (%)
Instituição Financeira	26,73	35,38	20,52	16,74
Ind. Material. Elét. Eletrônico.	10,54	5,23	9,22	4,29
Comércio Varejista	8,00	5,41	5,26	13,04
Serviços Auxiliares Diversos	7,27	5,78	1,90	1,76
Serviços de Comunicação	6,73	6,51	8,97	6,52
Ind. Material Transporte	6,00	3,25	6,72	3,05
Serv. Adm. Loc. Bens móveis	5,64	10,29	7,41	7,52
Serviços de Saúde	4,73	5,95	11,9	10,22
Serviços Utilidade Pública	4,00	4,15	4,91	7,05
Outros Ramos	24,36	22,2	28,1	29,81
TOTAL	100	100	100	100

Fonte: NUSAT/INSS-MG

O autor afirma que as transformações no processo de trabalho bancário, decorrentes principalmente da informatização e automação de grande parte das tarefas contribuíram para a maior incidência em trabalhadores de instituições financeiras.

ALMEIDA²⁰ refere-se a um estudo epidemiológico de 543 casos de LER/DORT acompanhados no mesmo NUSAT-MG, em 1993, que aponta que a doença se manifesta principalmente entre Digitadores, Auxiliares de Escritório com Digitação e Caixas Bancários.

TABELA 1
Registro de Casos de LER em Diferentes Funções

FUNÇÃO	CASOS	%
Digitador	203	26,4
Auxiliar Escritório Com Digitação	132	17,1
Caixa Bancário	67	8,7
Auxiliar de Produção de Chicotes Elétricos para Veículos	63	8,2
Auxiliar de Escritório Sem Digitação	62	8,1
Caixa de Comércio	47	6,1
Montador de Veículos	44	5,7
Telefonista	33	4,2

Fonte: Almeida e Col. (1994)²¹

²⁰ ALMEIDA, Eduardo Henrique Rodrigues de. A Polêmica Questão do Nexa. O Perfil Social da LER. In: OLIVEIRA, Crysóstomo Rocha de(Org). **Manual Prático de LER**. Belo Horizonte: Health, 1998

²¹ ALMEIDA, E.H.R. e col. Correlação entre as Lesões por Esforços Repetitivos(LER) e as funções exercidas pelos trabalhadores. In.: ENCONTRO CARIOCA DE ERGONOMIA, 2. 1994, Anais...427-38, Rio de Janeiro, 1994.

Maria José O'Neill, coordenadora do PREVLER-Programa Nacional de Prevenção às LER/DORT, afirma que dos 71 mil funcionários do Banco do Brasil 26,2%²² têm ou tiveram alguma lesão por esforços repetitivos.

9. OS CUSTOS DA LER/DORT

O economista e professor José Pastore, da Universidade de São Paulo-USP, afirma que as empresas estão gastando por ano R\$ 12,5 bilhões com cerca de 450 mil acidentes de trabalho e doenças profissionais²³. Deste valor R\$ 2,5 bilhões são arrecadados pela Previdência para pagamento de custos segurados. Os R\$ 10 bilhões restantes são gastos com o tempo perdido, primeiros socorros, destruição de equipamentos e materiais, interrupção da produção, substituição de trabalhadores, treinamento, horas extras, recuperação de empregados, salários pagos a trabalhadores afastados, despesas administrativas, dentre outras. Já os familiares dos acidentados e lesionados arcam com mais de R\$ 2,5 bilhões, valor gasto na acomodação, tratamento e perda de horas de trabalho e renda para cuidá-los

Pastore informa, ainda, que R\$ 5 bilhões são gastos pelo Estado e familiares com os acidentes e doenças de trabalhadores do mercado informal, que representam 57% da população ativa, e que nada contribuem para a formação do fundo previdenciário que garante o segurã aos acidentes de trabalho, sendo apenas consumidores de serviços de saúde e assistência social. Este valor gasto pelo Estado e familiares refere-se a reparação,

²² Este dado foi obtido, segundo a coordenadora, através de estudo realizado pela ONG no BB em 1998. Foram analisados os exames periódicos realizados em 1998 pelo Cassi/BB. (www.uol.br/prevler/o_que_eh.html)

reabilitação e reintegração do trabalhador acidentado ao mercado de trabalho.

Mais especificamente sobre a LER/DORT, Maria José O'Neill afirma que as empresas gastam em média R\$ 89 mil no afastamento do funcionário somente no primeiro ano, com comprometimento sérios na geração de desemprego e fechamento de postos de trabalho. Afirma que o Brasil não pode desperdiçar recursos desta forma e muito menos abster-se do sofrimento humano causado pela situação.

²³ O'NEILL, Maria José. Quanto Custa Evitar Custos?. www.uol.com.br/prevler/Artigos/quanto_custa.htm

TESTES PSICOLÓGICOS: PROBLEMAS EPISTEMOLÓGICOS

Roberto Moraes Cruz
Dep. Psicologia da UFSC

Wilson Senne
Dep. Psicologia da UFBA

1. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

Os testes psicológicos são as técnicas mais conhecidas de diagnóstico psicológico, embora não sejam as únicas. Existem, ainda, a entrevista psicológica, os inventários de personalidade, as escalas e os questionários de avaliação, as técnicas projetivas e situacionais, a dinâmica de grupo etc.

Quando os testes são tomados unicamente pelo ângulo instrumental, eles parecem enganosamente simples. Não sem motivos, a simplificação do manuseio constitui um objetivo básico da própria construção dos testes. Qualquer um que conheça pela primeira vez um teste pode achar que é capaz de aplicá-lo para obter um diagnóstico instantaneamente.

Esta simplicidade, no entanto, desaparece quando ampliamos o foco do instrumento para a situação global de exame, movimento em que os testes aparecem então como parte de um *processo psicodiagnóstico*. Digamos que uma mãe aflita nos peça um "diagnóstico claro" de seu menino, pois ela desconfia que ele tenha "problemas mentais". A falsa segurança que a simplicidade de manuseio dos testes pode fazer supor é a mesma que pode levar a equívocos de graves conseqüências. Enganos menos graves são

cometidos se se considera que as técnicas não têm sentido separadas das teorias e métodos:

"Uma técnica que não esteja baseada em um conhecimento teórico daquilo que pretende transformar gera uma prática cega que se esteriliza. Da mesma forma, uma teoria que não tenha método e técnica não tem campo de confrontação, já que através da aplicação técnica surgem novos materiais que permitem retificar, reelaborar e ampliar o campo teórico. (...) Assim como uma ciência contém um sistema conceitual teórico no qual é pensado seu objeto, contém também um método que expressa a relação que a teoria, em sua aplicação, tem com seu objeto " (HORNSTEIN,1989).

Os testes psicológicos, separados da teoria psicológica não são muito diferentes dos "testes" que são publicados na revista *Capricho*. Exigindo considerações de caráter teórico e metodológico, o ensino das técnicas dependem, portanto, do que está circulando, em termos de teorias, na formação universitária.

A avaliação psicológica, este tema ao qual estão diretamente associadas as técnicas psicológicas, é a referência e o registro na qual os testes podem ser reconhecidos em sua dimensão complexa, para além da simplicidade que engana. Descentrados da técnica, o tema da avaliação psicológica introduz, imediatamente, a noção de sujeito de diagnóstico. Em

uma situação de exame, veremos que o teste pode até ser o mesmo, mas a abordagem do sujeito no dispositivo diagnóstico, que só o respaldo teórico-metodológico pode orientar, geralmente varia muito.

Não será preciso insistir no fato de que, se há um instrumento fundamental na relação diagnóstica, definitivamente não é nenhum teste, mas o próprio psicólogo: é a sua concepção de sujeito psicológico que deve ser colocada em questão. A orientação teórica do examinador, os instrumentos de seu pensar determinam seu modo de apreensão das respostas do sujeito.

2. OS INSTRUMENTOS

2.1. Os Testes Mentais

O assunto principal das disciplinas de Técnicas Psicológicas nos cursos de Psicologia é, tradicionalmente, os testes mentais. Tais instrumentos incluem dois tipos: os testes psicológicos e as técnicas projetivas. Para começarmos nossa exposição de modo adequado, convém situar estes conceitos elementares.

Não devemos confundir testes psicológicos com técnicas projetivas. Estamos preferindo manter esta distinção porque, como veremos, não são instrumentos semelhantes, possuindo cada um matrizes teóricas, história, justificativa metodológica e usos diferentes.

Para a Associação Internacional de Psicotécnica, *teste psicológico* é "uma prova definida, implicando uma tarefa a realizar, idêntica para todos os

examinandos, com uma técnica precisa de apreciação do sucesso e do fracasso, ou de notação numérica do êxito obtido. A tarefa pode incluir a utilização quer de conhecimentos adquiridos (teste pedagógico) quer de funções sensório-motoras ou mentais (teste psicológico)".

Ao pé da letra, na definição da A.I.P. não podem ser incluídas técnicas projetivas tais como o Rorschach e o TAT. As técnicas projetivas não se baseiam em êxitos e fracassos, não havendo notação numérica para respostas certas ou erradas. Se neste caso existe uma tarefa a realizar, ela jamais é idêntica de um examinando para outro. Anne Anastasi (1961) afirma que "as técnicas projetivas não são verdadeiramente testes", preferindo considerá-las, simplesmente, como "instrumentos de exame clínico". Mantendo esta distinção, PICHOT (1970) nos oferece uma definição que pode reunir sob uma mesma designação tanto as técnicas projetivas quanto os testes psicológicos. Para ele, *teste mental* é a categoria abrangente:

"Chama-se teste mental a uma situação mental estandardizada que serve de estímulo a um comportamento. Este comportamento é avaliado mediante uma comparação estatística com o de outros indivíduos colocados na mesma situação, permitindo assim classificar o indivíduo examinado, quer qualitativa quer tipologicamente".

Sob esta definição geral, Pichot subdivide, funcionalmente, os testes mentais em dois grandes grupos: 1) os testes de eficiência, (ou testes

psicológicos, ou psicotestes) com os quais estudamos aspectos cognitivos da personalidade: inteligência, aptidões, conhecimentos. Neste tipo de testes é que podemos falar em respostas boas ou más, isto é, êxito ou fracasso; e 2) os testes de personalidade, com os quais exploramos os interesses, o caráter, a afetividade, em suma, aspectos cognitivos e afetivos. Os testes de personalidade incluem questionários (a que se ligam as escalas de julgamento), os testes objetivos de personalidade e as técnicas projetivas. Estes instrumentos revelariam qualidades fundamentais dos indivíduos, independentemente das aquisições. Neste caso não há, objetivamente boas ou más respostas; o valor das respostas é baseada num critério exterior.

Ao longo deste texto estaremos adotando as definições acima, em que testes psicológicos (ou *psicotestes*) diferenciam-se das técnicas projetivas com as quais se reúnem sob a designação geral de testes mentais.

2.2. Testes psicológicos

No livro *Testes Psicológicos*, Anne Anastasi oferece a definição canônica destes instrumentos: "Testes psicológicos são medidas objetivas e padronizadas de amostras do comportamento. Esta definição, que encontramos na maioria dos manuais sobre testes psicológicos, identifica os instrumentos do psicólogo com os testes *científicos* de modo geral. Podemos ver que, tal como colocada, basta trocar a palavra inicial "psicológico" e a final "comportamento" por quaisquer outro campo de conhecimento das ciências naturais e um objeto correspondente que o valor do restante da definição

permanece inalterado. Podemos substituí-la por exemplo por "testes clínicos" e "amostras de material clínico", ou "testes geológicos" e "amostras de solo", que a definição para "testes" continua sendo a mesma.

O raciocínio implícito ao uso dos "testes psicológicos", pela definição acima, é o mesmo que se aplica a outros domínios do saber. Físicos, químicos, biólogos, desenvolvem e se utilizam de testes há séculos. A Psicologia científica, como aquela que procurou dublar os métodos das ciências naturais diretamente para o campo de conhecimento sobre o homem, deve grande parte de seu desenvolvimento graças ao uso de testes. Embora os primeiros instrumentos de "observação e experimentação psicológica" tenham sido criados na Europa (com Weber, Fechner, Esquirol, Galton, Wundt, Binet, etc), a psicologia que os acolheu de braços abertos, fazendo deles um intenso uso, foi aquela que se desenvolveu nos Estados Unidos. A psicologia norte-americana, de longe, é aquela que mais aderiu aos testes, que mais contribuiu para o desenvolvimento e o prestígio destes.

A naturalização do comportamento humano, que é a marca registrada da abordagem psicológica predominante nos EUA, permite a justificação do valor dos psicotestes emprestando argumentos que podem ser usados em qualquer disciplina das ciências naturais.

O raciocínio implícito ao uso dos testes é mais ou menos o seguinte: digamos que um engenheiro ambiental deseje fazer a análise da qualidade da água da Lagoa da Conceição através do uso de testes. Evidentemente que não conseguirá analisar toda água da baía, senão apenas uma pequena parte, apanhada em diversos lugares criteriosamente selecionados.

Analisando estas amostras com o auxílio de instrumentos, cálculos estatísticos, tabelas, concluirá pelo todo, com razoável margem de precisão: usando testes poderá identificar diferenças na qualidade aquática entre os vários pontos de coleta bem como, ao cabo de exames realizados ao longo do tempo poderá afirmar acerca da melhoria ou piora desta qualidade.

No diagnóstico médico, do mesmo modo, são usados testes no exame de saúde: obtém-se amostras, tomam-se medidas, compara-se com médias. A definição primeira de testes psicológicos sugere a homologia; o psicólogo que queira obter uma medida do desempenho intelectual de alguém, com instrumentos como o Raven, Dominós ou WISC estaria obtendo uma amostra do comportamento *inteligente* dessa pessoa. Em sendo a "inteligência" um vasto domínio, a coleta de amostras selecionadas permitira inferir sobre o todo.

A função básica dos testes, no sentido em que são tomados pela psicometria, é sempre a de mensuração de diferenças entre indivíduos ou entre reações do mesmo indivíduo em diferentes ocasiões.

3. As origens e difusão dos testes psicológicos

A palavra *teste*, em ciência, está associada com medidas, registros, estatísticas, normas, padronizações, amostras... É um termo impregnado de cientificismo. A definição primeira que encontramos de testes psicológicos, definição que os identifica aos testes científicos de modo geral, não reconhece diferenças fundamentais entre medir características coisais ou

peçoais, sugerindo uma relação de objetivação, de separação entre quem pergunta (estimula, provoca), observando, e outro que responde (reage), sendo avaliado. Este sentido de relação sujeito-objeto acompanha os testes mentais desde o surgimento da psicologia. Como a ciência psicológica, os psicotestes foram criados seguindo as regras metodológicas das ciências naturais. Trazem por isso as marcas do realismo científico, a mais caracterizada, a de que tudo que existe (inclusive o comportamento humano) existe em certa quantidade e pode, portanto, ser medido.

Os primeiros instrumentos de mensuração psicológica surgiram no bojo dos esforços científicos em classificar os sintomas mentais, no início do século XIX. Alguns "testes mentais" foram criados por Esquirol para ajudar o trabalho de sistematização das patologias mentais, procurando distinguir, com base no uso de testes, doentes de débeis mentais, de modo a poder encaminhar cada um dos grupos para um tratamento educacional apropriado.

Em fins do século passado, um nome seria associado com destaque ao movimento dos testes psicológicos: Francis Galton (1822-1911), tido por alguns autores como o criador destes instrumentos. Inglês, primo de Darwin, Galton aplicou o espírito da *evolução* à psicologia com seu trabalho sobre os problemas da herança mental e das diferenças individuais na capacidade humana. Filho de um banqueiro e tendo origens familiares socialmente proeminentes, seu primeiro livro importante para a psicologia foi *Hereditary Genius* (Gênio Hereditário), publicado em 1869.

"O objetivo último de Galton era encorajar o nascimento de indivíduos mais eminentes ou capazes e desencorajar o nascimento dos incapazes. Para ajudar a atingir essa meta, ele fundou a ciência da eugenia (a ciência que trata dos fatores capazes de aprimorar as qualidades hereditárias da raça humana), afirmando que os seres humanos, assim como os animais, podiam ser aperfeiçoados por seleção artificial. Ele acreditava que, se homens e mulheres de talento considerável fossem selecionados e acasalados por sucessivas gerações, seria produzida uma geração de pessoas altamente dotadas. Propunha Galton que se desenvolvessem testes de inteligência a ser usados na escolha dos homens e mulheres mais brilhantes para o acasalamento seletivo, recomendando que quem alcançasse os níveis mais altos nos testes devia receber incentivos financeiros para se casar e ter filhos" (Schultz & Schultz, 1981).

Estas pretensões de Galton, certamente mais orientadas por razões funcionais e pragmáticas do que por sentimentos cristãos, não demorou de fazer escola, inspirando fortemente a psicologia emergente nos EUA através da figura de James MacKeen Cattell, um personagem tão importante quanto Galton na história dos testes psicológicos. Veremos que o contexto americano, desde fins do século passado já afigurava favorável à penetração de ideais eugênicos, tal como atesta a da influência que exerceu, por aquela época, Herbert Spencer com seu *darwinismo social*.)

Desenvolvendo testes psicológicos específicos, Galton supôs que a inteligência podia ser medida em termos de capacidades sensoriais das pessoas, ou seja, quanto maior a inteligência, tanto maior o nível de discriminação sensorial. Essa suposição derivava da concepção empirista de John Locke, segundo a qual todo conhecimento é adquirido através dos sentidos. Galton inventou uma grande quantidade de aparelhos com os quais tomara com rapidez e precisão, as medidas sensoriais para uma grande quantidade de pessoas, fundando seu Laboratório Antropométrico em 1884.

Galton desenvolveu e fez uso de métodos estatísticos e utilizando-se da curva de distribuição normal, inventou a expressão *l'homme moyen* (o homem médio) para exprimir a descoberta de que a maioria das pessoas se aglomera em torno da média ou centro da distribuição, e que um número cada vez menor vai sendo encontrado à medida que nos aproximamos dos extremos (a famosa "curva do sino", que recentemente virou título de um livro de triste memória).

As idéias de Galton tiveram ampla aceitação nos Estados Unidos sendo o estudo das diferenças individuais retomado por James MacKeen Cattell (1860-1944). Conhecido até hoje como o psicólogo funcionalista que mais impulsionou o movimento dos testes na América, Cattell, após um breve contacto com Galton, também se tornou partidário de ideais eugênicos, defendendo "a esterilização de delinquentes e de 'pessoas imperfeitas', bem como a concessão de incentivos às pessoas mais inteligentes e saudáveis para que elas se casassem entre si. Ele ofereceu a cada um de seus sete

filhos mil dólares se eles se casassem com filhos ou filhas de professores universitários" (Sokal, 1971 cit. Schultz & Schultz, 1981).

"A psicologia" - escreveu Cattell - "não pode atingir a certeza e a exatidão das ciências físicas se não se apoiar nos alicerces da experimentação e da mensuração. Um passo nessa direção poderia ser dado com a aplicação de uma série de testes mentais e medidas, a um grande número de pessoas". (Cattell cit. Schultz & Schultz, 1981)

Os testes usados por Galton e Cattell para tentar medir o alcance e a variabilidade das capacidades humanas diferiam dos testes de inteligência ou capacidade cognitiva que se desenvolveram mais tarde. Estavam voltados para a tomada de medidas corporais ou sensório-motoras elementares, peso, altura, capacidade torácica, visão, audição, a percepção de diferenças na avaliação de peso, tempo de reação a certos sons, a biseção de uma linha de 50 centímetros, a fração de tempo necessário para movimentar o braço em certo espaço, os limiares mínimos da sensação de dor, etc. Por sua preocupação com a validação científica da psicologia Cattell é lembrado até hoje, como também, simultaneamente, por colocar estes mesmos conhecimentos a serviço do capital:

"Em 1921, Cattell realizou uma de suas maiores ambições: a promoção da psicologia aplicada como negócio. Organizou a *Psychological*

Corporation, cujas ações foram compradas por membros da APA, para prestar serviços psicológicos à indústria. Essa organização registrou um considerável crescimento e hoje é um empreendimento de vulto internacional" (Schultz & Schultz, 1981, p. 188).

A história dos testes psicológicos, como se vê, está diretamente associada aos ideais de racionalização técnica, a serviço do controle social. Isto pode ser reconhecido também na demanda institucional que impulsionou a criação das primeiras Escalas de Inteligência, evento ao qual é associado o nome de Alfred Binet.

Binet e colaboradores entraram para a história dos testes por terem usado medidas mais complexas das capacidades mentais superiores. A escala de Binet foi desenvolvida em 1904, a partir de um pedido do ministro de Instrução Pública para que uma comissão estudasse processos de educação para crianças subnormais, ^oalunás das escolas de Paris. Esta classificação seguia propósitos úteis, os mesmos perseguidos por Esquirol cinquenta anos antes; com base no diagnóstico diferenciado entre *doentes e débeis mentais*, procurava-se proporcionar tratamentos adequados para uns e outros.

A rápida difusão dos testes psicológicos deu-se na passagem para o século XX, especialmente nos Estados Unidos. Este movimento não aparece isolado no desenvolvimento de toda psicologia norte-americana, que por essa época se expandiu vigorosamente. Intensos interesses econômicos forçaram esta expansão. Muitos dos primeiros doutores em psicologia ganhavam a

vida dando aulas e ao mesmo tempo encontrando finalidades práticas para este conhecimento, isto é, ganhando dinheiro com a psicologia aplicada.

O pragmatismo, orientação filosófica genuinamente americana (com James, Dewey, Pierce, Schiller, etc) é expressão desta preocupação típica do *american way of life*: a de se provar o valor financeiro de todo empreendimento, inclusive da psicologia. Para se obter financiamentos para pesquisa e salários era preciso encontrar aplicações práticas desenvolvendo a profissão da psicologia aplicada:

"A solução, portanto, era evidente: tornar a psicologia mais valiosa mediante sua aplicação. Mas aplicá-la a quê? Felizmente, a resposta logo se tornou clara: as matrículas das escolas públicas sofriam um crescimento dramático: entre 1870 e 1915, o número de alunos matriculados elevou-se de sete para vinte milhões. A quantidade de dinheiro gasta na educação pública no período passou de 63 para 605 milhões. A educação de repente se tornava um grande negócio e chamou a atenção dos psicólogos. (...) A psicologia encontrara o seu lugar no mundo real" (Schultz & Schultz, 1981).

A psicologia diferencial, calcada principalmente nos testes psicológicos, juntamente com a psicologia industrial/organizacional tornou-se uma das áreas mais importantes da psicologia aplicada; ganhando rápida e ampla divulgação, estes instrumentos passaram a ser francamente utilizados a serviço das grandes demandas institucionais: as escolares, do exército e da

indústria. Os testes psicológicos certamente "encontraram êxito nos ofícios oferecidos à tecnocracia".

Assim como os primeiros testes de inteligência serviram a propósitos educacionais, o dois primeiros testes coletivos, (que ficaram conhecidos como Army Alfa e Army Beta), foram preparados para facilitar a rápida classificação de um milhão e meio de recrutas, assim que os EUA entraram em guerra, em 1917; por sua vez, os testes de aptidões especiais foram criados principalmente para uso na seleção de pessoal, durante a II Guerra (1939-1945), com franca acolhida pela indústria, pois estes instrumentos facilitavam a escolha do "homem certo para o lugar certo". Após a guerra, especialmente nos EUA, os testes psicológicos gozavam de um grande prestígio popular. O sucesso dos testes nos EUA - sucesso que certamente explica porque em muitos de nossos currículos seja reservado amplo espaço para este assunto - está associado a diversos outros nomes de psicólogos que souberam colocá-los à serviço da grande empresa.

Um dos principais responsáveis pela criação dos testes coletivos, Walter Dill Scott (1869-1955), ofereceu-se no início da Primeira Guerra para prestar seus serviços ao exército convencendo os generais do valor da psicologia para a seleção dos recrutas, conseguindo, após resistências iniciais, provar a utilidade de suas técnicas de um modo tão convincente que foi laureado pelas forças armadas com "a mais importante medalha concedida a civis". Seus testes diferiam dos de Cattell pois não avaliavam a natureza da inteligência geral da pessoa como conteúdo ou faculdade, interessando-lhe apenas o modo como a pessoa usava sua inteligência.

Em outros termos, seu objetivo era medir o funcionamento da inteligência num ambiente real. O seu interesse centrava-se sobre capacidades específicas para o trabalho - julgamento, rapidez, precisão - restringindo-se à comparação entre os índices alcançados pelos candidatos e os índices de funcionários já bem-sucedidos no trabalho. Scott fundou, em 1919 sua própria empresa (*The Scott Company*) de assessoria à empresas prestando serviço nos setores de seleção de pessoal e métodos de aumento da eficiência do trabalhador. (Schultz & Schultz, 1981 p.193)

Os testes são empregados até hoje nas organizações, participando principalmente na seleção de pessoal, não só para a admissão ao trabalho, mas também para a designação de tarefas, transferência, promoção ou demissão; na área forense, são empregados na emissão de laudos diagnósticos a pedido da autoridade judicial; Detrans e cursos de pilotagem civil ou militar empregam psicotestes como critério para obtenção de habilitação. Também são utilizados em pesquisas, para se avaliar, p.ex., impactos da propaganda, mudanças provocadas pela idade, influências da educação, etc. Composto com a atividade clínica em geral, os psicotestes fazem parte da orientação vocacional, junto a outros recursos como as entrevistas, a sondagem de aptidão, o exame de personalidade.

O método dos psicotestes viria a ser aproveitado em praticamente todas as esferas de atividade do psicólogo; tanto que continuam listados entre as principais técnicas psicológicas, composto com as técnicas projetivas, a entrevista, psicoterapia (individual, grupal, familiar), observações, dinâmicas grupais, grupos operativos, ludoterapia, entre outras.

MANUAL

A TÉCNICA DE RORSCHACH

Aplicação

Classificação

Cálculo

Interpretação

Elaborado por

Roberto Moraes Cruz

Prof. Departamento de Psicologia da UFSC

PRIMEIRA PARTE: Técnica de Administração

1. Material Utilizado

- Jogo de 10 Lâminas
- Folha de Localização
- Folha de Respostas (ou 2 fls de papel avulsas)
- Cronômetro ou relógio que marque segundos
- Lápis/canetas coloridas
- Mesa, cadeiras, mesa auxiliar

2. Local

As mesmas condições exigidas para aplicação de testes psicológicos em geral: sala tranquila onde não hajam interrupções, bem iluminada (de preferência luz natural e indireta ou de modo a não alterar muito as cores das figuras), arejada, etc.

3. Posição do examinador/examinando

Sugere-se sentar-se frente-a-frente: o examinador poderá assim observar melhor as reações, as expressões fisionômicas e as verbalizações sutis.

4. Contato inicial

O clima de aplicação não deve ser nem muito tenso, nem muito descontraído: uma conversa inicial, em tom informal é importante para se obter este clima. Durante o “rapport” são observadas as condições físicas do examinando, verificando-se se não estaria cansado, muito tenso, alcoolizado, com fome. Em caso afirmativo deve-se adiar a prova. O examinador deve perguntar também se o sujeito está tomando alguma medicação, e em caso afirmativo, perguntar para que.

5. Instruções

“Vou lhe mostrar dez figuras (não falar *borrões* nem *manchas*) e gostaria que você falasse o que vê nelas. Não se preocupe em dar respostas certas ou erradas. Qualquer resposta é válida porque as pessoas vêem coisas diferentes nelas. Irei anotar o que você for falando e também vou estar marcando o tempo (indicar a folha, a caneta e o cronômetro); não se preocupe com isso, é para meu controle. Quando você não estiver vendo mais nada coloque a figura invertida neste canto da mesa. Certo ? Podemos começar ?”

Mostra-se a primeira lâmina acionando-se o cronômetro e dizendo: "Esta é a primeira figura".

6. Anotações

Além das respostas do sujeito, devemos anotar os tempos iniciais e finais (TR e TT) lâmina após lâmina. A posição da figura em que as respostas são dadas é indicada do seguinte modo:

^ - posição de entrega da lâmina

> - virada para a direita do examinando

< - virada para a esquerda do examinando

∨ - de cabeça para baixo

@ Giro Ansioso

Comentários do sujeito, bem como reações e expressões significativas devem ser indicadas entre parênteses para que sejam diferenciadas das respostas.

7. Fases do Exame

São basicamente duas: (1) a fase de administração (fase de associação livre) e, (2) a fase do inquérito, podendo-se complementar o exame com investigações opcionais, tal como a seleção de lâminas.

7.A) Fase da Associação Livre

O objetivo nesta fase é o de obter uma amostra do comportamento do sujeito. O examinador deverá registrar verbalizações e respostas não-verbais

do sujeito, intervindo o mínimo possível (ao nível conscientemente, pelo menos). Nesta fase, quem fala é o sujeito, que deve assumir o controle e o manejo da situação. Deve-se evitar ao máximo interferências. Caso o sujeito pergunte: *pode virar?* Consentir brevemente dizendo: *a vontade ou como quiser.*

Se começar a contar uma história, corrigi-lo repetindo as instruções: "Não é para contar uma história. Gostaria que você me dissesse o que está vendo nessa figura. Se o sujeito apanha a figura e diz: *"É uma mancha de tinta"*, concordamos com ele *sim, é uma mancha, o que você vê nela?* Caso o sujeito logo na primeira lâmina dê uma única resposta de baixa qualidade, devolver-lhe perguntando: *"Pode olhar um pouco melhor. O que mais vê aí?"* (anotar estimulação na Folha de Respostas).

7.B) Fase do Inquérito

A função principal do Inquérito é obter informações do sujeito com respeito à maneira como ele viu cada percepto. São informações essenciais para uma correta classificação e seus respectivos valores interpretativos. Respostas claras e classificáveis nem sempre requerem inquérito. Outra função do inquérito é proporcionar ao sujeito nova oportunidade para ampliar e completar as respostas dadas na aplicação propriamente dita, como pode acontecer com sujeitos cautelosos, que demoram até que se sintam familiarizados com o teste. Pode ocorrer que sujeito, durante o inquérito, apresente algumas respostas. Estas devem ser somadas à parte, como pontos adicionais.

Em resumo, o inquérito deve esclarecer os vários aspectos de cada resposta quando são necessários para a classificação: localização na mancha, determinante empregado e conteúdo. Deve também oferecer ao sujeito uma oportunidade de juntar elaborações espontâneas às suas respostas ou qualquer idéia nova que possa expressar.

O objetivo nesta segunda fase é o de averiguar aspectos percepto-cognitivos subjacentes à resposta. Além de localizá-las, o examinador deverá identificar e explorar também as características do estímulo que determinaram o percepto (costuma-se dizer que é preciso *ver o que o sujeito viu*), avaliando o grau de adaptabilidade do conceito à área da mancha.

Depois que o sujeito passou, respondendo, pelas 10 figuras, tendo o examinador registrado as percepções do sujeito. É indispensável que seja feito o inquérito. Recolhendo a décima figura, dizemos ao sujeito: *"Agora que v. já respondeu a todas as figuras, vamos repassar as suas respostas juntos porque eu quero estar seguro que estou vendo exatamente o que v. viu"*.

Não há consenso entre os autores do Rorschach quanto ao uso das lâminas durante o inquérito. Alguns sugerem que as lâminas fiquem todas a disposição do sujeito: preferimos o uso eventual seletivo, das mesmas, recolhendo todas após a performance e providenciando apenas a figura específica nos casos em que o sujeito encontra dificuldades em localizar uma ou outra de suas respostas com base nas reproduções reduzidas, em branco e preto, da folha de localização. Também nos casos em que a produção foi escassa ou lâminas que foram rejeitadas pelo sujeito, podemos dizer-lhe que agora tem nova oportunidade de comunicar se vê algo mais nelas.

Sugerimos que a atividade do inquérito, em exames de jovens e adultos “normais”, possa ser partilhada, p.ex., entregando ao sujeito a Folha de Localização, anotando a localização da primeira resposta e encarregando-o, a seguir, de continuar circulando seus perceptos; enquanto o sujeito trabalha sobre a Folha de Localização, o examinador trabalha com a Folha de Respostas. Para o caso de várias respostas num mesmo borrão, deve-se registrar em diferentes cores para facilitar a visualização das localizações.

Respostas adicionais: pode ocorrer do sujeito oferecer novas respostas durante a fase do inquérito, havendo mesmo casos de pessoas inibidas ou cautelosas na primeira etapa que só se *soltam* aos poucos. Estas respostas devem ser registradas pelo examinador indicando-se *Adicional* para que sejam posteriormente somadas à parte.

Além de localizar, outra parte do inquérito refere-se àquilo que determinou a visualização das respostas. Precisamos ser esclarecidos se o indivíduo viu o que viu pela forma, cor, movimento, claro-escuro, etc. Entretanto, devemos evitar induzir diretamente o sujeito a dizer as coisas que viu, pois estaríamos sugerindo completamente. A habilidade na condução de um inquérito é a mesma do método de investigação clínico; exige preparo, experiência. Examinadores experientes dispensam o uso de inquérito em muitas das respostas, indagando precisamente acerca daquelas que exigem efetivamente esclarecimentos, evitando assim, de modo habilidoso, cansar o sujeito com bordões repetitivos do tipo: *O que te levou a ver... ?*

Perguntas normalmente feitas durante o inquérito:

O que lhe parece... ?

O que lhe fez lembrar um (a)...neste desenho?

Por que lhe parece um (a)...aqui na figura?

Explique melhor....

O que lhe sugere?

O que levou você a ver...?

O que lhe deu essa impressão?

Adjetivos utilizados pelo sujeito devem sempre ser pesquisados. Ex.:

*“Um peixe gostoso –Gostoso porquê?; Uma máscara horrorosa – Horrorosa porquê?”. Havendo respondido pessoas, pode-se perguntar: “Seriam homens ou mulheres? .Quando são vistos monstros , com forma humana ou animal indefinida sempre é bom pedir algo do tipo *comente um pouco mais este monstro... o que te deu esta impressão?* – pois o sujeito poderá oferecer indícios sugestivos que irão permitir a discriminação mais precisa de (H) ou (A).*

7.C) Pesquisas complementares

As pesquisas complementares devem ser usadas com parcimônia, apenas em casos especiais (com exceção da Seleção de Lâminas que pode ser utilizada sempre).

A Seleção de Lâminas é um procedimento simples, rápido e que acrescenta dados importantes. Deve-se “abrir” as lâminas sobre a mesa, diante do S. e, pedir que escolha a *mais bonita*, ou a *que mais gostou*, invertendo-se, duas a duas, o critério para a *que menos gostou*, ou a *mais feia*, anotando-se pelo menos 3 escolhas positivas e 3 negativas.

SEGUNDA PARTE:

Classificação e Significação das Respostas

A. LOCALIZAÇÕES

1. Respostas G (globais)

São aquelas que abrangem toda figura. As respostas globais revelam a capacidade de examinar o ambiente de modo amplo, em sua totalidade. Ex.:

L.I: *máscara*; L.II: *dois palhaços batendo palmas*; L.X: *cena do fundo do mar*.

Existem vários tipos de respostas G:

1.1. **G primárias "G.p."**(também chamadas de *puras*, ou *ordinárias*): geralmente só um conceito é utilizado para interpretar a mancha em cuja construção a forma básica da mancha é o elemento capital, podendo haver ou não participação de outros determinantes: cor, cinestesia, sombreado. São respostas simples e de boa qualidade formal. Podem ser produzidas por pessoas de diferentes níveis intelectuais. Indicam certa capacidade de abstração e síntese, limitada porém pela falta de imaginação. Ex.: L.I.: *borboleta*; L.V: *morcego preto*.

1.2. **G combinatórias "G.comb."**: alguns elementos são combinados e organizados em um conceito mais amplo que engloba as anteriores. Geralmente incluem elementos cinéticos, cromáticos ou claro-escuro, além de serem freqüentemente originais. Ex: L.II: *russos dançando ao redor de um clarão, entre sombras, de uma fogueira*. As globais combinatórias indicam níveis superiores de inteligência. Não aparecem em protocolos infantis, nem

em quadros depressivos. Nelas, o sujeito revela capacidade de análise e síntese, obedecendo às regras da boa lógica.

1.3. G confabulatórias "G.conf." ou "D.G.": com base em um detalhe da mancha o sujeito engloba o restante, por extensão ou inferência. Procedem do pensamento sincrético (indiferenciação entre o todo e as partes). Geralmente não é fácil identificar estas respostas sem inquérito. Ex.: L.I: *Um caranguejo (Inq: por causa das garras dele, então o resto da figura é o que falta ao caranguejo)*; Ex.: L.VII: *Mulher (Inq: aqui está a vagina (DCI) e em cima são os ovários e o útero)*. As respostas confabulatórias sugerem insuficiência do juízo lógico. Resultam de síntese apressada e arbitrária. Não são incomuns em crianças antes dos dez anos. Em adultos, são freqüentes em quadros psiquiátricos.

1.4. G contaminadas "G.cont.": são chamadas de "condensações esquizofrênicas" que fundem duas respostas como numa dupla exposição fotográfica. Ex.: L.IV: *Pele de animal com botas*; Ex.: L.V: *Um homem-borboleta sem pés e sem braços*.

2. Respostas de Detalhe comum D

As respostas D, como partes da figura que mais facilmente são notadas, constituem a maioria das respostas na média dos protocolos. Adotamos o critério proposto por AUGRAS - a razão crítica 1/25 -, isto é, respostas localizadas por uma entre cada 25 pessoas (mesma área, mesmo conteúdo). As respostas D indicam pensamento de tipo concreto, sentido de realidade, inteligência prática. Outras expressões que emprestam significação

à D: apreciação dos elementos óbvios e evidentes da realidade, expressão simbólica do concreto, senso de realidade objetivo, capacidade de verificação dos elementos essenciais aos fatos, pensamento indutivo.

3. Respostas de Detalhinho ou Detalhe Menor “Dd”

São respostas que se situam abaixo da razão crítica de 1/25, ainda que coincidam em área e conteúdo. (menos de 4% da população). São indicativos de meticulosidade, de atenção aos detalhes incomuns. Quando o conteúdo é rico, indicam capacidade de observação, perseverança, aplicação ao trabalho; quando pobre, sugere limitação intelectual, inibição, infantilismo.

4. Sub-categoria dos “Dd”

a) **detalhe diminuto “dd”** : respostas de detalhe diminuto; situam-se em áreas muito pequenas da lâmina, normalmente em extremidades. Ex.: Lâm. VI: *Uns fiozinhos de bigode* (pontinhas da área superior, nas laterais da mancha). Sugere a idéia de perfeccionismo, tendendo a obsessividade.

b) **detalhe externo “Dde”**: também chamado detalhes marginais; usa-se as orlas dos borrões, geralmente vistas como perfis ou contornos geográficos. Quando numerosas indicam inibição neurótica, tendência a se manter na periferia dos problemas receando encará-los de frente. Associa-se a algum tipo de fuga da realidade, ou por inibição ou por insegurança.

c) **detalhe raro “dr”**: resposta dada numa área pequena ou relativamente grande e que não se enquadra ou não se caracteriza tal como os detalhes anteriores.

5. Respostas com espaço Gs, Ds, Dds

Gs: aqui o sujeito, além de abranger toda a figura, também inclui os espaços em branco (todos ou alguns) à sua resposta. Ex.: L.I: Borboleta com pintas brancas; L.V: Uma ilha e a água (partes escuras + branco).

Ds: Parte branca freqüentemente vista de algumas figuras. Admitimos apenas quatro Ds em todo teste, nas lâminas II, VII e IX, X.

A rigor, respostas de espaço em branco sugerem uma inversão; ao responder diante do "não-borrão", o sujeito está opondo-se ao que foi solicitado. A significação destas respostas é a de oposicionismo, e são relacionadas com o Tv (M:C). Em tipos introversivos, a oposição é voltada sobre si mesmo, resultando em sentimentos de inferioridade, auto-exigência acentuada, sentimentos de insuficiência, auto-desconfiança, atitude escrupulosa. Em tipos extrovertidos, a oposição volta-se sobre o meio, assinalando espírito de contradição, criticismo, obstinação, inclinação à polêmica e à oposição, mania de discutir. Em tipos coartados, indicam negativismo, teimosia. Em tipos ambíguais, podemos falar talvez em ceticismo, indecisão, ambivalências afetivas, obsessão da exatidão, afã de ver as coisas de todos os lados, mania de querer saber tudo, perseverança, colecionismo.

6. Tipo de Apercepção (Ap)

Trata-se da quantidade relativa das respostas G, D e Dd do protocolo. Em média, são encontrados aproximadamente G = 20-30%, D = 60-70%, Dd = 5-15%. Quando a proporção difere desta, indicamos o aumento relativo da

categoria utilizando setas. Vejamos alguns exemplos de indicadores interpretativos:

G D Dd: capacidade de globalização, de síntese, com certa dose de imaginação. Observação adequada do ambiente, desde o todo aos detalhes menos comuns. Flexibilidade mental.

G↑↑: indica o pensador abstrato e teórico, que se orienta por idéias gerais ou noções de classe. Quando elaboradas, sugerem ambição de qualidade. Em pré-escolares são comuns muitas G pouco elaboradas, bem como em adultos inibidos, imaturos ou pouco inteligentes.

D↑↑: indica preeminência do pensamento concreto, até ao ponto de dificultar a apreensão de fatos gerais, por prender-se em demasia a fatos isolados. Indica falta de imaginação, um tipo técnico, sujeito prático e de bom senso, que usa o raciocínio indutivo mais que o dedutivo. Quando pouco elaboradas, sugerem inibição, rigidez.

Dd↑↑: sugerem criticismo, traços obsessivo-compulsivos. Quando elaborados, indicam boa capacidade de observação - e também, especialmente quando numerosas, a necessidade de ser completo, de examinar todas as possibilidades da situação. Quando mal elaboradas, sugerem falta de adaptabilidade, subnormalidade mental.

G↑Dd↑: revela desinteresse pelo comum, pouca praticidade. Aparecem em pessoas que têm ocorrências originais, porém são inconstantes quanto à elaboração mental, com atenção dispersa e generalizações inoportunas.

G↑D↑: em pessoas normais, é comum desaparecer as respostas Dd, compensando-se esta ausência com G e D melhor elaboradas; neste caso, indica adaptabilidade, capacidade de observação. Quando mal elaboradas, temos o indicativo de alguma rigidez mental.

D↑Dd↑: indica pouca capacidade de planejamento, senso prático, apego às minúcias. A qualidade das respostas deve ser levada em consideração, indicando senso de observação ou rigidez mental..

G↑D↓: sugere nível de imaginação elevado, podendo estar associado a vivência intensa de fantasias, com menor habilidade para a realidade concreta. Demonstra poder de associação de idéias, porém pouco tato para lidar com relacionamento sociais mais intensos. Mostra apego por idéias gerais.

G↓D↑: Indica perda de visão de conjunto, maior dificuldade em integrar pensamentos e idéias mais abstratas. Apresenta, nesse caso, preocupação em demasia com minúcias, sugerindo ser pessoa demasiadamente crítica em relação às pessoas e ao ambiente. É um indicador de menor integração social.

7. Tipo de Sucessão Ts

Diz respeito à seqüência em que são localizadas as respostas nos cartões. Quando sucedem em uma lâmina respostas G-D-Dd, dizemos que a sucessão é ordenada, caso contrário, (D-G-Dd, Dd-G-D, etc) temos uma sucessão desordenada. Esta separação ordenada-desordenada não é muito rígida. P.ex., também podemos considerar ordenada uma seqüência como G-

D, ou D-Dd, ou G-D-Dd-D. E desordenadas sequências tais como G Dd D, D-G-D-Dd, ou Dd-G-D. Quando aparece uma só resposta na figura, ou quando, mesmo numerosas, são de mesma categoria (ex: G-G-G), chamaremos de sucessão assistemática. O Tipo de Sucessão (Ts) é estabelecido de acordo com a proporção de cartões ordenados:

Sucessão rígida (9-10 figuras são ordenadas sistematicamente): como o nome indica, caracteriza sujeitos a quem falta a necessária flexibilidade para adaptação às diferentes circunstâncias. Rorschach lembra o "mestre-escola" estrito e sistemático em toda e qualquer situação. Pode estar associado a determinação, meticulosidade, criticismo, ironia.

Sucessão ordenada (6-7-8 figuras ordenadas sistematicamente): sugestiva de senso de organização e ordem no trabalho, com capacidade para modificar em função das contingências, aumentando a eficiência. Ocorre na maior parte dos protocolos de pessoas normais.

Sucessão relaxada (5-4-3 figuras ordenadas sistematicamente): freqüentes em protocolos de pessoas normais, este traço porém já é indicativo de certa falta de organização afetiva. Aponta mobilizações de ordem emocional e/ou ansiógenas.

Sucessão confusa (0-1-2 figuras ordenadas sistematicamente): indicativa de desordem e falta da lógica no funcionamento intelectual. Deve ser melhor analisado sua freqüência de acordo com outros dados do protocolo.

TERCEIRA PARTE: Classificação e significação das respostas

B. DETERMINANTES

1. Respostas de Forma F+, F-, F.

O sujeito justifica o que viu unicamente pelo formato, contorno da figura ou pela semelhança de suas partes com o objeto mencionado. Muitas vezes o sujeito apenas descreve seu percepto. Ex.L.I: *borboleta - duas asas, o corpo, as antenas...* Ex.L.II: *Dois ursos; as patas, o rabo, o focinho...*

Uma resposta de forma pode ser **F+**, **F-** ou **F**.

F+ : a resposta tem forma definida e se adequa à mancha.

F- : a resposta não se adequa à mancha.

F : a resposta emitida não tem forma definida e por isso cabe em qualquer parte da figura. Ex: *nuvens, água, etc.*

As respostas de forma constituem, normalmente, a maioria dos determinantes. Decidir entre a classificação **F+** ou **F-** nem sempre é fácil. O principal critério para a classificação **F+** é estatístico; diversos "dicionários" podem ser encontrados na praça listando, a partir de amostras com grande número de protocolos, as formas mais frequentes.

Como primeiro recurso, para o caso de dúvida na classificação (se positiva ou negativa), deve-se procurar alguma resposta aproximada. Digamos, p.ex., que o sujeito localizou um leão numa parte da figura acerca da qual o dicionário não prevê leão, mas gato como **F+**; o leão, por

semelhança com gato, pode, pois, receber a classificação F+. Não havendo sequer conteúdos aproximados, os autores sugerem que duas ou três pessoas relativamente experientes na técnica sejam consultadas: se a maioria achar que o borrão (ou parte deste) é parecido, classifica-se F+. Com um pouco de prática toma-se mais fácil afirmar acerca da qualidade formal dos perceptos.

As respostas de forma constituem em média 50-70% do total. Além de formas puras, o determinante formal compõe com todos os demais: M, FM, Fm FC, CF, FK, etc.

Para entendermos o significado das respostas de forma é preciso lembrar que o sujeito é convidado a produzir respostas sobre borrões informes sem significado em si mesmos. Para isso, o sujeito deve realizar, com êxito, um ato criador, quer dizer, um ato formativo. A atribuição de uma forma ao caos é sempre aliviante.

O reconhecimento dos objetos pela forma é um processo lógico, um modo habitual de percepção comum a todos os povos. A descrição formal representa uma maneira adaptada (lógica) de evitar a expressão de cargas emocionais e afetivas melhor que qualquer outro determinante. As F tem um caráter menos pessoal, representam o modo normal de percepção que é confortável, pois que, além de livre de toda tensão emocional, é lógico e está em harmonia com o processo intelectual habitual dos outros.

As respostas formais mostram a capacidade do sujeito para se orientar na vida para se adaptar à realidade exterior graças à atividade reguladora da razão e do pensamento. As respostas formais podem ser vistas como

expressão do controle geral que o sujeito possa ter sobre seus dinamismos psíquicos (instintos, reações afetivo-emocionais, impulsos). As **F+** exigem atitude perceptual ativa~ referem-se à relação que o sujeito estabelece com a realidade (vigência do Princípio da Realidade).

Quando muito numerosas, caracterizam o tipo vivencial coartado ou coartativo, indicando asfixia da vida afetiva e pessoal, tendências depressivas, contato superficial e pouco criador com a realidade, ou ainda, atitude de desconfiança e medo de se revelar. Formas numerosas sugerem formalismo, etiquetas, rigidez. Quando escassas, sugerem pouco interesse pelo ambiente; nestes casos deve-se sempre analisar a presença de **F** junto aos outros determinantes (**FK**, **FC**, **M**, etc).

F+ : em sujeitos escolarizados, de nível superior, são esperados entre 80 a 90% de formas positivas. Entretanto, quando as formas (mais de 90%) forem. positivas, podemos dizer de uma ênfase no dever e na ordem certa proteção contra impulsos, exigência de domínio auto-imposta, sacrificando por vezes a imaginação ou a espontaneidade: perfeccionismo.

F- : as formas negativas indicam ligações fracas com a realidade, fantasias inconscientes sobrepondo-se à realidade, visão pessoal, distorcida da realidade. As **F-** normalmente ficam abaixo de 25%.

F. : respostas de forma indefinida, vagas, ambíguas como paisagens, mancha, etc., quando freqüentes são indicativas de pensamento evasivo, pouco preciso. As **F.** são esporádicas, não devendo ultrapassar 10% das respostas em protocolos normais.

2. Movimento Humano M

As respostas **M** constituem expressão de experiências vivenciadas; revelam que o sujeito foi capaz de aprender com suas experiências significativas. Indicam assimilação do mundo percebido e tendências dinamicamente importantes na estrutura da personalidade. A atribuição de movimento ao borrão estático é sinal de função imaginativa desenvolvida, auto-domínio.

As respostas **M** crescem com a produtividade da inteligência, com a riqueza das associações, com a capacidade de formar novos padrões associativos.

M, como expressão do mundo interno, associa-se particularmente à capacidade criadora, a espontaneidade, o poder de adaptação ao meio externo, a empatia. No enfoque psicanalítico é a expressão do ego.

As **M** podem ser subdivididas em movimentos extensores (...levantando algo, ...pulando, ...correndo) e movimentos flexores (...encolhidos, ...inclinados, ...abaixados).

a) Os Movimentos extensores :denotam a fantasia, consciente ou inconsciente, de dominação, de interesse na descoberta e clara percepção dos problemas. Indicam maior capacidade de auto-afirmação, assertividade, autodeterminismo; aparecem em protocolos de pessoas que lutam por suas idéias e por aquilo em que acreditam. Constituem um bom prognóstico para psicoterapia.

b) Os movimentos flexores: quando não aparecem compensados por cinestésias de extensão, sugerem desejo de subordinar-se (sem confundir

com tomar-se passivo), denotando dependência intelectual, resignação, retraimento, condescendência; aparecem em pessoas que necessitam que outras lutem por ela. Apareceriam em protocolos de pessoas que apresentam dificuldades em concluir suas tarefas.

3. Movimento Animal FM

São assim classificadas respostas do tipo:

a) Animais reais ou fictícios em movimento. Ex: *ursos subindo a montanha; morcego voando.*

b) Animais em postura com modificação da tensão muscular. Ex: *macaco pendurado pelo rabo, ave pousada.*

Assim como as **M**, as **FM** são indícios das fantasias e desejos dos indivíduos, porém em níveis diferentes. As **M** são oriundas dos estratos mais "educados" e sociabilizados da personalidade, enquanto as **FM** representam a influência de suas camadas mais instintivas e profundas. Dito de outro modo, em relação às **M**, as **FM** exigem menor grau de diferenciação intelectual, não implicando em empatia como em **M**. Em **FM**, a consciência para gratificação do impulso seria mais imediata (as respostas animais são mais simples, mais comuns em crianças, mais primitivas). Enquanto crianças até 10-12 anos normalmente não produzem respostas **M**, não é raro que já produzam muitas **FM**.

As **FM**, quando bem vistas, em número e proporção adequadas, indicam vivacidade, energia flutuante a ser canalizada em alguma direção;

sugerem forma lúdica de lidar com os problemas e são características de adultos que amam e entendem as crianças (e os bichos).

Quando numerosas, em maior quantidade do que **M**, temos um indicativo de imaturidade afetiva, de tendência à ação ou fantasias menos integradas à realidade social objetiva, egocentrismo, narcisismo.

4. Movimento Inanimado Fm, mF, m

Também chamado de "movimento subjetivo" ou "movimento menor". A resposta pode ter ou não conteúdo formal, podendo ser **Fm**, **mF** ou **m**. O movimento inanimado, independentemente da figura vista, se dá pela ação de forças externas ao percepto que é incapaz de modificar a ação.

Fm: classifica-se **Fm** quando ocorrer uma das seg. situações:

a) Objetos em movimento. Ex: *um avião voando*.

b) Homens, animais ou objetos caindo (ou sofrendo as forças naturais sem poder controlá-las) Ex: *um corpo humano caindo; macaco despencando*.

c) Contenção ou bloqueio de movimento. Ex: *animais tentando subir sem conseguir; dois animais amarrados pelo rabo*.

d) Há forças psíquicas ou abstratas em um objeto, animal ou pessoa.

Ex: *luz irradiando poderes sobre alguém*.

mF: classifica-se **mF** quando o movimento inanimado ou forças da natureza aparecem referidas a objetos de forma indefinida. Ex: *mancha de tinta escorrendo*.

m: classifica-se m quando não há forma, só movimento ou forças abstratas. Ex: *energia cósmica em ação; vendaval*.

A projeção do movimento inanimado nas manchas do Rorschach tem seu significado relacionado com atitudes ancestrais diante das forças exteriores; remontam ao sentimento de ameaça frente aos elementos naturais - *temporais, vendavais, enchentes, terremotos, vulcões...* As **m puras** são indicativas de tensões e conflitos interiores, ansiedade persecutória, sentimentos de impotência e/ou insegurança, insuficiência dos mecanismos defensivos, expectativa impotente. Não são esperadas respostas de tipo **m puro** na média dos protocolos de pessoas normais.

Uma ou outra resposta **Fm** - até 10% - entretanto, enriquecem o protocolo, sugerindo vivacidade, criatividade, imaginação - a depender, claro, da qualidade destas e de outras respostas. De todo modo, o número de **Fm** deve ser sempre francamente superado pelo número de respostas **M** e **FM**.

5. Respostas de Cor FC, CF, C

Nestas respostas, as cores são utilizadas no percepto. Só há respostas de cor nas lâminas coloridas. Podem ser:

FC: a forma é precisa e a cor também é levada em consideração, mesmo que no inquérito a cor seja mencionada antes da forma, já que a forma foi imprescindível para o percepto. Ex.L.III: *Borboleta (pelas cores, asas e corpo)* L.III: *Gravata borboleta (a cor e a forma)*.

CF: a cor é o elemento determinante, enquanto a forma possui um papel secundário. Se a forma da mancha puder ser mudada radicalmente

sem perder a plausibilidade da resposta, a resposta será **CF**. Se por outro lado as mudanças na interpretação da área mudarem a plausibilidade da resposta, teremos **FC**. Ex. L.IX: *buquê de flores*.

C: é baseada unicamente na cor; não há formas nessas respostas. Ex. L.III: *manchas de sangue*.

A hipótese interpretativa para as respostas cromáticas refere-se à ligação destas com a afetividade. Esta ligação é empiricamente observada e culturalmente reconhecida. Durante o desenvolvimento, o bebê primeiro visualiza a mistura de cores, luzes e contrastes, sendo passivamente estimulado até que vá ocorrendo a passagem entre o olhar vago e difuso para a capacidade de fixar os olhos nos objetos, focá-los, prendê-los visualmente. A percepção de formas requer maturação e aprendizado, comparativamente às cores, podendo-se concluir que a percepção de cor não exige vontade ou esforço: a cor é um estímulo do ambiente que invade o psiquismo, que exerce energeticamente influência sobre o aparelho perceptivo.

No Rorschach, as hipotéticas correlações das cores com a personalidade são aproveitadas para se obter indicações acerca da vida emocional dos sujeitos. As respostas cromáticas dão a medida da extratensividade, orientação psíquica que permite ao sujeito sair de si mesmo e entrar em relação com os demais. A reação do sujeito às cores das figuras diz da ressonância e do impacto emocional sofrido, indicando sintonia com o meio externo, reatividade à solicitação externa, facilidade de vibração com os elementos do meio.

As **FC**, exatamente pela presença do elemento formal, revelam boa adaptação à realidade, modo adequado de revelar a afetividade, sinal de que o indivíduo leva em consideração o ambiente, as condições em que ele próprio se encontra e o outro em suas relações afetivas, subordinando-se ao meio. As **FC** são indícios de ajustamento emocional à realidade exterior.

As **CF** indicam reações afetivas mais lábeis e instáveis, e devem aparecer em menor número que **FC**. Algumas **CF** em protocolos equilibrados revelam capacidade de ser espontâneo, de entusiasmo; as **CF** também sinalizam a tendência a abandonar-se ao estímulo, sendo indícios, portanto, de sugestionabilidade, de irritabilidade, de menor defesa do Ego às estimulações externas. Respostas como *enfeites coloridos, pôr do sol, mancha de batom, buquê de flores*, etc, caracterizam pessoas que possuem algo de excitáveis, impressionáveis, suscetíveis.

As **C puras**, que não devem aparecer em protocolos normais, salvo uma ou outra, compensada por outros fatores, caracterizam a incapacidade de oferecer uma resposta frente ao impacto cromático; respostas como fogo, sangue, p.ex., sugerem primitivismo, impulsividade, agressividade, passionalidade - atração do estimulante afetivo e carência total do fator afirmativo.

6. Cor acromática FC', C'F, C'

Classifica-se como cor acromática as respostas quando o branco, cinza ou preto das manchas acromáticas são utilizadas como cor e determina o percepto.

Ex. **FC'**: *morcego preto; globo de luz aceso*

C'F: *carvão empilhado*

C' : *neve, mancha negra*

Quando aparecem várias respostas **C'** ou **C'F** num protocolo (R=30) temos indícios de indolência, apatia, natureza passivo-resignada, bloqueios afetivos, experiências de perda ou abandono (neste caso, especialmente quando na resposta é destacado o branco). Respostas acromáticas aparecem em indivíduos que aprenderam a temer seus próprios afetos em virtude de desapontamentos anteriores muito intensos.

7. Respostas Tridimensionais FK

São respostas que dão idéia de tridimensão, de profundidade e/ou distância. Frequentemente se referem a paisagem e muitas em perspectiva, nas quais tem papel fundamental. os elementos claro-escuros, percebidos como diversos objetos separados no espaço. Segundo a iluminação imaginada, as sombras claras e escuras podem parecer mais distantes.

A classificação **FK** é um evento raro. Implica habilidade para exercitar o controle intelectual ao enfrentar estímulos considerados usualmente perturbadores, como o sombreado e o matiz amorfo dos borrões. Imagens dadas unicamente pela simetria, como pessoas *refletidas no espelho* ou paisagens *refletidas na superfície de um lago* não devem ser classificadas como **FK**, a menos que a linha central escura divisora seja usada para indicar água ou outra superfície refletora. Paisagens vistas de avião (ou

simplesmente vista de cima) será FK se for bem organizada, com distinção de vários planos.

As respostas FK são basicamente indicadoras de tendência à introspecção, tendência à auto-análise. As respostas tridimensionais implicam em auto-observação e comparação de si mesmo com outras pessoas. As FK representam certo uso da imaginação, e mantém relação positiva com o grau de inteligência: revelam poder de representação espacial e talento construtivo.

8. Difusão KF, K

Este tipo de percepção assemelha-se a um objeto fluído, inconsistente, disforme, flutuando no espaço, mergulhado em luz e sombra. Podem ser difusão pura (K) Ex.: *nuvens, fumaça, nevoeiro* ou associadas a certos componentes formais (KF) Ex.: *rolos de fumaça, nuvem com forma de gente*

Segundo a hipótese de Klopfer, estas qualificações - K, KF – “indicam angústia de uma natureza difusa e flutuante, que refletem a frustração de uma satisfação intelectual”. Estão relacionadas com a depressão, especialmente quando é destacado o sombreado escuro das figuras.

Quando mais do que duas ou três num protocolo de extensão média (R=30), podem ser indicativas de ansiedade flutuante, sensação de caos interior, afetividade à solta, busca de objetos para uma ligação, disponibilidade frente a sugestões exteriores, vida sentimental ativa e insatisfatória. .

9. Bidimensão Fk, kF, k

É a extensão tridimensional projetada em um plano bidimensional.

Ex. **Fk** : *radiografia do pulmão; mapa da Itália*

kF: *radiografia de uma parte do corpo humano; mapa de uma ilha*

k : *radiografia, fotografia, mapa*

As respostas **k**, quando de conteúdo radiográfico, reúnem Anat+Rad; quando aparecem mais do que duas ou três, em protocolos de extensão média (R=30), sugerem intelectualismo, fazem supor um observador &io, lembram exame médico. Sugerem também angústia de tipo hipocondríaco e são expressão de pobreza da auto-imagem.

10. Textura Fc, cF, c

Há a impressão de superfície ou de textura.

Ex.: **Fc**: *casaco de pele; urso peludo; cacto espinhento*

cF: *rochas ásperas; chumaços de algodão*

c : *impressão de pêlo; areia*

As respostas de textura estão diretamente relacionadas com o sentido do tato. Não é raro que examinandos reajam tão fortemente à sensação tátil que tateiem efetivamente a superfície das lâminas. Respostas de textura sugerem busca de afeto, de tocar e ser tocado. Quando integradas à forma, mostram o reconhecimento da necessidade de ser amado, aceito, de receber afeto. Uma ou duas **Fc** num protocolo (R=30) sugerem adaptação, flexibilidade ao desejo do outro, necessidade de contato social.

As respostas cF e c, que não são esperadas em protocolos normais, salvo uma ou outra resposta equilibrada por outros indícios, sugerem avidez, insatisfação de desejos eróticos, desejo de proximidade física, de ser acariciado. Quando numerosas sugerem indiferenciação do Ego em relação ao outro, sujeição, confusão entre amor e sexo: viscosidade.

QUARTA PARTE: Conteúdos

Na localização, inquirimos o examinando sobre a configuração do percepto; nos determinantes, estudamos o que foi que determinou o percepto; para classificar os conteúdos das respostas devemos levar em consideração o que foi que o examinando viu efetivamente.

Os conteúdos das respostas variam conforme as características culturais e a performance do próprio avaliador. De um modo geral, costuma-se encontrar 2/3 das respostas de um protocolo agrupadas nos conteúdos **A**, **H** e **Obj**.

I. Respostas de formas animais A e Ad

Loosli-Usteri (1965) destaca a importância destas respostas dizendo que praticamente não existem resultados sem A. São esperadas cerca de **30-60%** de respostas deste tipo. Crianças produzem maior número de respostas animais, subindo esta média para cerca de **50-80%**.

Um **A%↓** significa incoerência dos processos mentais e dispersão dos conteúdos; nestas respostas Rorschach via a medida da “estereotipia do pensamento” (talvez fosse mais adequado dizer “automatização do pensamento”). Um **A%↑** mais elevado indica menor flexibilidade ou rigidez dos processos mentais e monotonia e pobreza de seus conteúdo; pessoas pouco cultas, de espírito conformista, ou uma personalidade que esconde dificuldades de adaptação esforçando-se, a todo custo, por fingir ser como todo mundo, que retém ou reprime emoções e se contrai. A depressão

aumenta também o **A%**, sugerindo apatia, renúncia a abandonar caminhos já batidos). O humor otimista diminui **A%**, pois suscita renovação de idéias e desejo confiante de mudar o estado de coisas.

A% varia com a dotação intelectual. Sujeitos cognitivamente bem dotados produzem **20- 40%** de associações deste tipo, desde que produzam também respostas originais. As respostas **A** lembram a facilidade de ligação emocional que a criança tem com os animais que sobrevive no adulto. Nesse sentido **A** também pode estar associado à espontaneidade, descontração.

2. Respostas Humanas H, (H) e Hd

São consideradas respostas que indicam adaptabilidade social e interesse por outros indivíduos. Em adultos aparecem cerca de **10-30%**. Esta porcentagem é mais baixa em crianças. O número de respostas humanas também cresce em função da inteligência. A ausência de **H** num protocolo é sugestiva de dificuldades no convívio social.

Sujeitos adaptados vêm figuras humanas *normais* em atividades ou atitudes *normais*. Cenas de luta, com sangue e ferimentos, uso de armas, etc., modificam a noção de adaptabilidade, sugerindo agressividade. Quando **Hd>H**, temos um indício da dificuldade de ver o ser humano íntegro, em decorrência de dificuldades ou perturbação emocional, quando não associada a problemas de organicidade. Sugerem tendências hipocondríacas, especialmente quando refere-se às mesmas partes do corpo ou acompanhadas de respostas **Anat**. Quando são vistos seres mutilados, decapitados, etc., podem ser sinais de impulsos agressivos.

3. Outros conteúdos

Anat.: para Rorschach, configuram um *complexo de inteligência*, isto é, o desejo de exibir inteligência. Ocorre com frequência em pessoas da área médica. A experiência clínica revelou serem as **Anat.** indicativas de preocupações com a saúde física ou como uma tela para projeção de pontos fracos da personalidade. Até um máximo de 3 respostas num protocolo (R=30) é esperado. Podem estar associadas a hipocondria.

Obj.: respostas de objetos fabricados sugerem as preocupações imediatas do sujeito. Deste modo, objetos afiados, pontudos, armas, indicam agressividade e sentimentos de estar sendo ameaçado; objetos côncavos, urnas, igrejas, cavernas, oratórios, caixas, relacionam-se à feminilidade e sexualidade feminina.

Geo+Pais.: sugerem atração pela natureza; quando numerosas, sugerem aversão à convivência social, misoginia, narcisismo, especialmente quando "refletidas na água". Desejo de evasão. Respostas como "enseada, golfo, porto" sugerem procura de abrigo, fechamento sobre si mesmo. Quando respostas de paisagem envolvem o esfumaçado (neblina, fumaça) temos um indício de ansiedade, depressividade. Respostas de "rochedos" parecem subentender busca de solidez, de firmeza.

Sg : respostas de sangue - que não fazem falta em protocolo algum - são sugestivas de agressividade, de perturbação emocional, de perda do controle emocional, de reações afetivas fortes, descontroladas (especialmente quando **C pura**)

Masc.: Máscaras podem indicar ênfase na representação de um papel afim de evitar expor-se pessoalmente. Tendência a ocultar-se, mascarar-se. As respostas de máscaras são tão mais raras quanto melhor a relação com o examinador. São especialmente freqüentes na adolescência, estando provavelmente relacionadas, nesta fase, com a preocupação com a auto-imagem.

Arte: As *estátuas*, assim como *desenhos de...*, *caricaturas de...*, etc., podem ser consideradas "desvitalizações", com o sujeito petrificando os seres vivos: revelam atração pela vida e atitude recalcitrante (resistente, teimosa) para vivê-la. São respostas que expressam o medo de entrar em contato vivo com os demais. Indicam também disposição cultural do sujeito.

4. Respostas Populares P

São esperadas cerca de **4-5** respostas populares num protocolo (R=30). São respostas indicadoras da capacidade de pensar seguindo as linhas convencionais da comunidade em que vive o sujeito. Juntamente com **A%** e **D** refletem os elementos mais periféricos da personalidade. Indicam o senso comum do indivíduo, a medida em que ele percebe o lado mais óbvio das coisas: adaptabilidade.

As respostas **P** sugerem incorporação da Lei, no sentido psicanalítico, a sujeição ao código social. O aumento de **P** mostra que o pensamento está mais sujeito às normas e valores sociais. Quando acima de **8** ou **10** indicam aceitação passiva das imposições da sociedade, falta de liberdade intelectual e de individualidade.

5. Respostas Originais O

Assim são denominadas as respostas que ocorrem em menos de 1% dos protocolos. A apuração das respostas **O** é feita com certa dificuldade para o principiante.

As respostas originais denotam a extensão em que o pensamento do sujeito se afasta das normas comuns. São a marca de que sua individualidade tem de específico e medem a diferença existente entre ele e outros elementos do grupo. As respostas **O** são sinônimo de inteligência construtiva, lógica e bem orientada. Quando o número destas é muito elevado, indica falta de senso comum e pouco interesse pela realidade. Existem porém, respostas **O-**, interpretadas quase sempre sinais de desvio patológico: nesse caso, o pensamento do examinando não está seguindo as boas regras da lógica.

QUINTA-PARTE: fórmulas básicas

1. Tv: Tipo de vivência - M:C

Hermann Rorschach consagrou grande parte de seu "Psicodiagnóstico" à discussão da relação entre o número de M e a soma das cores, ao que denominou tipo de vivência (Erlebnistyp). Ultrapassando os dados empíricos, Rorschach construiu uma verdadeira teoria da personalidade baseado nesta relação. Pelas diferentes combinações de M:C temos os seguintes tipos vivenciais:

Coartado ou coartativo: $0M : 0C$ ou $1M : 0C$ ou $0M : 1C$

Introversivo: $\uparrow M > C \downarrow$

Extratensivo: $\downarrow M < C \uparrow$

Ambigüal: $\uparrow M : C \uparrow$

Os tipos **coartado** ou **coartativo** caracterizam-se pelo predomínio das respostas de forma, portanto faltando respostas de movimento humano e cromáticas, o que nos arremete à significação de carência de expressões da imaginação e da afetividade. O diagnóstico de coartação deve ser formulado em consideração à motivação e envolvimento do sujeito com a situação de exame. A inexperiência em se manejar a situação clínica, por parte do examinador, por exemplo, pode deixar o sujeito pouco à vontade, coartando sua performance. Situações nas quais o sujeito é convidado a participar de uma simulação com fins pedagógicos, são também aparentemente propícias para a produção de protocolos coartados.

O tipo **coartado/coartativo**, como aquele no qual predominam as formas (e por vezes também o sombreado) é caracterizado pelo pensamento lógico disciplinado, com hiperfunção da atenção consciente; pessoas que agem sob controle constritivo, em detrimento de outros aspectos da personalidade, tais como a vida interior, a imaginação, os afetos, a sensibilidade, a capacidade de relacionamento, etc. Pessoas formalistas, que se sentem incomodadas em situações nas quais precisam colocar em jogo componentes afetivos ou colocar à prova a imaginação caracterizam o tipo coartado.

O tipo **introversivo** é aquele que não se satisfaz em descrever as figuras, nem reage de modo irrefletido a elas, mas que se detém, contempla o borrão, capta algumas formas para servir de suporte às suas respostas e então constrói algo que não é dado empiricamente - o movimento que visualiza - pois o borrão é estático; o movimento que descreve é uma sensação cinestésica *introduzida* na figura, imaginada.

As respostas de cinestesia dizem respeito à atitude interior do sujeito; representam a orientação psíquica normal chamada introversividade. Na linguagem do Rorschach, é considerada introversiva a pessoa que viva mais *para dentro* do que *para fora*, que se distancia mais ou menos da realidade, que não entabula facilmente contato com seus semelhantes, mas cujas relações afetivas, uma vez estabelecidas, são intensivas: (como dizia Drummond) são aquelas pessoas que possuem poucos amigos, porém bons, que são antigos. Quanto maior seu número num protocolo, mais estáveis seriam as relações afetivas do sujeito.

O traço característico do introversivo é a tendência a se preocupar com as próprias idéias e o interesse relativo pelos acontecimentos do mundo ambiente. As **M** são indicativas de vida mental rica e variada, boa capacidade de reflexão, tendência crítica e não conformista; os introversivos são mais dificilmente educáveis e menos sugestionáveis. Caracteriza sujeitos inteligentes, de motilidade estável, que manifestam vida imaginativa fértil; apresentam pensamento produtivo, tendem à introspecção, à estabilidade interior (não confundir com rigidez) e sublimação. Adaptam-se refletidamente à situações novas.

O **tipo extratensivo**, em contraste, é aquele que reage imediatamente aos cromatismos das figuras. As cores o afetam e a reação lembra o arco-reflexo - o sujeito reage a elas. Alguns, mais histéricos, reagem inclusive de modo brusco, exaltado, *Ih! não gostei desse vermelho, não!*. Ou, o que é bastante comum, abrindo-se a lâmina VIII diante do sujeito, anotamos comentários do tipo *Lindas cores!*; *Esta é alegre!* - que também assinalam a reatividade ao estímulo cromático.

Os indivíduos extratensivos são mais instáveis, sintonizados com o meio externo, apresentam maior facilidade de vibrar com os elementos à sua volta; mais comunicativos, sempre com uma resposta pronta, ligados nas pessoas, apresentam uma mímica e expressividade corporal de rápido e fácil entendimento por todos. Os introversivos, ao contrário, são mais estáveis, refletem antes de responder, recebem os estímulos ambientais e os elaboram, não apresentam a mesma capacidade de sintonia com o ambiente dos extratensivos, pois relacionam-se com o meio de modo seletivo,

intensivo. É preciso mais tempo para deciframos os sentimentos estampados no rosto e na linguagem corporal de um introversivo, pois que possuem uma expressividade própria - é sempre mais difícil saber em que estão pensando...

Rorschach teceu considerações gerais sobre a relação M:C dizendo que "de modo geral, o contraste pode ser expresso da seguinte maneira: os introversivos são os indivíduos de cultura, os extratensivos são os de civilização". O tipo de pensamento do introversivo é produtivo, original, enquanto o extratensivo pensa de modo mais reprodutivo, segundo a lógica grupai comum. Rorschach caracteriza o tipo cinestésico como pouco hábil do ponto de vista motor, sendo que por isso, em termos de habilidades, dança melhor de modo performático, fazendo estilo eurítmico, em oposição ao tipo cromático que dança com habilidade e elegância, em duplas ou grupos maiores, com facilidade para acompanhar o ritmo exterior.

O **tipo ambigual**, sempre que outros dados do protocolo sejam favoráveis, apresentam-se como tipos privilegiados, pois possuem vida interior, capacidade criadora, estabilidade, etc., dos introversivos, e têm os recursos práticos e adaptativos dos extratensivos.

2. O índice de realização - A relação G:M

Tanto **G** como **M** estão relacionados com a inteligência, mas é esperada uma proporção da ordem de duas respostas globais para cada resposta **M**. A proporção ideal em um protocolo com **20-30 respostas** é de **6G:3M**. Quando **G** ultrapassa essa proporção (ex.: **8G:2M** ou **10G:3M**), temos um indicativo de que o impulso para conquistas intelectuais (**G**) é mais

desenvolvido que a capacidade criadora real (**M**), hipótese diagnóstica que é reforçada principalmente se as respostas **G** forem *puras* e populares. Quando a proporção de **M** equiváler-se ou for maior que **G** (ex: **3G:3M** ou **3G:5M**), temos um indicativo de que o indivíduo tende a preocupar-se em demasia com suas idéias e pensamentos pouco realizado de útil na prática, com dificuldades para usar adequadamente as potencialidades que possui.

3. A fórmula vivencial de Klopfer - Relação $(FM + \Sigma m):(\Sigma c + \Sigma C')$

A "fórmula vivencial de Klopfer" não é de uso consensual entre os rorschachistas; muitos a abandonaram. Normalmente, a grafia desta fórmula, tal como criada por Klopfer, é $(FM+m):(Fc+c+C')$. Modificamos, propositalmente, esta grafia de modo a indicar precisamente a operação que com seus termos é realizada. Adotamos também os valores da ponderação destes perceptos à semelhança do que usualmente é feito em relação aos perceptos FC, CF e C, isto é, 0,5, 1,0 e 1,5, embora os rorschachistas também não tenham chegado a consenso quanto a esta ponderação. Theodora Alcock compara M:C, por ela chamada equilíbrio da experiência, com a fórmula de Klopfer, chamada equilíbrio interior, afirmando:

Em se tratando de $(FM+m):(c+C')$, **FM** é a resposta cinética ou de movimento típica da infância quando a percepção tátil tem uma grande importância no desenvolvimento emocional. O determinante **m** é menos freqüente nas crianças que nos adultos, mas seu significado corresponde ao conceito de poder, fora do controle próprio, associado a temores que se desenvolvem durante o período da impotência infantil. O termo equilíbrio

interior é, portanto, duplamente apropriado, já que se refere à criança dentro do homem, e a sentimentos inacessíveis à consciência, na vida adulta.

Klopper apresenta a justificação desta fórmula, dizendo: "As respostas **FM+m** representam as tendências introversivas e extratensivas que o sujeito não aceita nem utiliza inteiramente. As respostas acromáticas indicam tendências extratensivas que não são plenamente aceitas o exequíveis momentaneamente. Quando o valor desta razão se inclina do mesmo lado que a razão de **M:C**, este cociente serve para reforçar e confirmar a impressão produzida pelo cociente de **M** e a soma de **C**.

Mas se está em desacordo com **M:C**, isto parece indicar que o tipo vivencial do sujeito se encontra em transição, o indivíduo parece estar atravessando algum período de mudança em seu desenvolvimento. O cociente **(FM+m):(Fc+c+C)** aponta a orientação na qual o sujeito se dirige neste particular momento de sua vida: se para uma expansão mais extroversiva e se para uma concentração mais introversiva". (Klopper e Kelly, 1974)

4. Expressão dos afetos (fórmula cromática)

VIII+IX+X x 100

R

A fórmula cromática representa a percentagem de respostas dadas pelo sujeito nas pranchas totalmente coloridas. Serve para confirmar o choque de cor. Espera-se uma razão acima de 33%.

5. Controle Geral

F+FK+Fc x 100

R

Chamada de fórmula do controle geral, considera-se adequado uma média em torno de 75%. Quanto mais poderosa a atividade mental consciente (controle intelectual) menor o índice de sugestibilidade afetiva. Assim, nos neuróticos e nos tipos coartados as escassas emoções que apresentam são “sufocadas” pela disciplina mental. Um predomínio de F sobre FK e Fc sugere o controle do sujeito sobre a ansiedade. A ausência de Fc ou FK não implicam no desaparecimento da ansiedade, mas que os indivíduos não apresentam esse quadro como um comportamento específico. Normalmente os indivíduos ansiosos apresentam fórmula vivencial extroversiva, um tipo de percepção predominantemente global, um F+% inferior a 75%, um somatório de F inferior a 50% e respostas de claro-escuro, principalmente K ou KF, C' ou C'F.

Isto diferencia a ansiedade da angústia que, no Rorschach é bem explícito. As pessoas com manifestação de angústia na conduta apresentam um tipo de percepção $G\uparrow\uparrow D Dd\downarrow$, um F+% elevado, um somatório de F acima de 50% e respostas de claro-escuro Fc e F(C) com fórmula vivencial quase sempre ambigüal ou introversiva.

SEXTA PARTE: fenômenos especiais

O Rorschach contém um grande número de fatores *imponderáveis*, que, sem que possam ser medidos possuem grande valor para a interpretação. A lista destes fenômenos é extensa (Ewald Bohn relaciona 73 fatores) e pode ser repassada depois de computados os dados do material bruto, para comprovação de quais fenômenos podem ser identificados na produção do sujeito. Vejamos os principais:

1) Consciência da Interpretação

Rorschach já diferenciava sujeitos que interpretavam e outros que simplesmente percebiam conteúdos nos borrões. A interpretação, para Rorschach era "o trabalho de comparação dos complexos de sensações e dos engramas (rastros orgânicos do passado individual)"; em toda percepção seria efetuado este trabalho de comparação, mas enquanto alguns tomam consciência deste trabalho de assimilação, possuindo uma percepção intrapsíquica do processo, e portanto interpretando, outros não interpretam as imagens, eles as definem - "e chegam às vezes a ficar surpreendidos ao saber que outros indivíduos puderam ver, nas imagens, outras coisas".

A consciência da interpretação é o *normal* no Rorschach; algumas vezes aparece aguçada, quando o sujeito afirma e repete *que não é realmente assim*, senão *que é somente parecido com....*, ou *que faz recordar... tal ou tal coisa, que tem alguma semelhança com, mas...*, etc. Preâmbulos deste tipo, sugerem resistência, hipercriticidade, insegurança, pedantismo:

"isto acontece entre alguns meticolosos que exigem de sua percepção uma íntima e estreita identificação entre complexos de sensações e o engrama".
(H.Rorschach).

O contrário é a falta de consciência da interpretação, na qual o sujeito toma como real sua própria percepção, como se os borrões fossem fotografias de coisas concretas, apresentando suas respostas como se estivesse vendo fotografias, meramente assinalando as figuras p.ex., quando afirmam convictamente *é um morcego, óbvio*, ou simplesmente *morcego*, etc. Respostas como definições são comuns em crianças pequenas. Segundo Klopfer, a consciência da interpretação diminuída (até a completa anulação) significa, quando aparece em sujeitos *normais*, uma intensa necessidade de segurança em forma de "fuga ante a liberdade" - uma necessidade de segurança semelhante àquela dos sistemas políticos totalitários ou do pensamento de tipo militar.

2) Crítica do sujeito e do objeto

Crítica do sujeito é quando o *sujeito critica a si mesmo - não consigo dar conta disto, eu devia ter estudado anatomia, eu me sinto muito burro*, etc. Sinaliza autodesprezo, sentimentos de inferioridade e de inadequação.

A crítica ao objeto é quando o sujeito critica a coisa interpretada ou a interpretação em si (coincidindo às vezes com a consciência da interpretação). A modalidade mais importante da crítica do objeto é a crítica da forma - não está perfeito, não coincide com..., tirando estas partes aqui....

Sugere prudência, reserva, crítica contra o meio, pedantismo, sentimentos de superioridade, personalidade competitiva, perfeccionismo, angústia.

3) Choque

O choque consiste numa alteração ou bloqueio dos processos associativos, podendo ser leve e correspondendo no sujeito a uma tênue reação de mal-estar, ou profundo, e manifestar-se como o fracasso. É sentido como uma quebra de ritmo, uma alteração no processo de conduta, postura ou verbalização.

Os choques são importantes indícios de conflito neurótico, dificuldades ou distúrbios afetivos e precisam ser confirmados através de outros indícios. Há formas mais brandas ou mais graves de choques. Fica realmente caracterizado o choque quando pelo menos **três** dos sinais abaixo aparecem relacionados entre si.

Cromático

É chamado de cromático quando motivado pelo estímulo afetivo da cor.

- a) aumento abrupto do **TR** ante a primeira lâmina colorida (II) - o sujeito examina a lâmina "chocante" por mais tempo, antes de conseguir formular sua primeira resposta;
- b) sinais de rejeição, confusão ou fracasso inicial;
- c) exclamações emocionais alusivas aos efeitos da cor;

- d) observações, exclamações e comentários indicadores de desagrado e de ansiedade. Certos indivíduos mobilizam mecanismos de defesa e tomam-se indevidamente agressivos, irritados ou passivos.
- e) produtividade subidamente diminuída: cai o número de respostas numa determinada lâmina;
- f) degradação da qualidade das respostas. Dificultadas as associações, o sujeito não dispõe mais completamente de seu intelecto: aparecem respostas F-, **Anat**, eleva-se o **A%**, **M** desaparecem ou são negativas, etc.;
- g) sucessão, quando metódica na maioria das lâminas, toma-se de repente irregular; h) a primeira resposta é em espaço em branco, especialmente nas Ls. II, VIII ou IX;
- i) a cor desaparece como fator determinante.

Acromático

É considerado acromático quando motivado pelos estímulos proporcionados pelas lâminas acromáticas (gradações de cinza e preto e branco). Normalmente, a presença dos indícios de choque cromático, quando brandos, sinalizam alguma perturbação emocional e, por isso mesmo, um sujeito inseguro e ansioso na presença das cores. A rejeição da lâmina, por outro lado, é considerado um indício mais seguro de conflito neurótico.

O croque acromático ocorre principalmente diante da L.IV, mas também nas Ls. VI, VII, I e V. Segundo OBERHOLZER, o choque acromático sinaliza medo da angústia e angústia frente ao desconhecido (especialmente

L.I, que também sugere conflitos com as figuras parentais). "É um choque comum nos quadros fóbicos ou angustiosos. Parece estar relacionado com o medo primitivo da escuridão" (BOHN); ausência de cor e luz representa o invariável, o solene, a autoridade, mas também é rebelião, culpa, angústia e justiça severa. Alguns elementos que determinam choque acromático:

- a) tempo de reação e duração prolongados
- b) repugnância ao escuro, à mancha;
- c) produtividade subidamente diminuída e queda da qualidade das respostas nas lâminas acromáticas;
- d) comentário depreciativo à lâmina;
- e) rejeição da lâmina;
- f) fabulização e contaminação.

Ao espaço em branco

Frente ao **S** o sujeito apresenta confusão ao tentar interpretá-lo, até finalmente conseguir uma resposta tímida: buraco, um vazio, etc. É raro em homens, e mais ainda em mulheres. A significação é basicamente equivalente ao estupor frente aos símbolos sexuais (vide abaixo); dificuldades com relação à mãe e figuras femininas, insatisfações amorosas, frieza afetiva. Em homens é indício de angústia na plano da sexualidade. Pelo tempo prolongado de duração na lâmina. Ocorre principalmente em transtornos neuróticos de caráter depressivo.

4) Giro ansioso

O giro demasiado é sinal de ansiedade, algo como que fugindo do controle do sujeito.

5) Movimentação da Lâmina

Existe um giro não ansioso que está relacionado ao não-conformismo do sujeito diante do que lhe é determinado. Pessoas participativas, que buscam soluções costumam produzir alguns movimentos giratórios. Quando o sujeito apanha a lâmina e observam-na sob diferentes ângulos, este comportamento é considerado como revelador de espírito de iniciativa, embora sua ausência não signifique a falta desta qualidade. Há também os que movimentam a lâmina lentamente, indicando cautela, às vezes depressividade, e os que movem-na rapidamente, indicando instabilidade psicomotriz, ansiedade.

6) Descrições

Por descrições devemos entender as observações intercaladas e as "não-respostas". O sujeito passa a descrever a mancha: *aqui temos o vermelho, mais forte embaixo, alaranjado na parte de cima... ou esta parte é mais escura no sentido do eixo da mancha, mais clara nas beiradas...*, etc. Nas lâminas coloridas as descrições são sinais de pessoas que intelectualizam seus sentimentos reprimidos - presenciam em lugar de viver. A descrição do claro-escuro tende a ser considerada uma repressão da

agressividade. No geral indicam cautela, não comprometimento com as situações, racionalismo.

7) Acentuação da Simetria

O indivíduo faz constantes referência à simetria das metades, dando respostas do tipo *dois...* ou *duas...* ou acentua o fato de serem imagens *refletidas, ambos os lados são iguais...* A busca intensa de simetria é um signo de insegurança interior, angústia ante a própria impulsividade, necessidade de apoiar-se no que é exato e racional, busca de equilíbrio, de fixar um eixo. Frequente em pessoas que se dedicam à área de exatas, sinalizam a separação entre razão e emoção - especialmente nas lâminas cromáticas.

8) Perseveração

Entende-se por perseveração a inércia dos conteúdos das representações, ou seja, a tendência a imporem-se por si mesmas novamente à consciência. Há vários tipos de perseveração.

- **perseveração ordinária:** o mesmo conteúdo aparece em duas ou mais respostas ou lâminas consecutivas. Em casos mais graves pode aparecer a mesma resposta nas dez lâminas.

- **perseveração com aderência ao tema:** o conteúdo das respostas é de tipo proximadamente igual, ex.: *cabeça de gato, cabeça de galo, cabeça de...*

- **perseveração ruminante**: repete-se a mesma resposta, mas entre elas aparecem outras interpretações.

Não se aplica aos casos em que o sujeito disse morcego nas Ls. I e V, mas nos casos em que o conteúdo repetido é pouco habitual, p.ex., ponte sobre um rio, palhaço sorrindo, etc.

- **perseveração de forma**; o sujeito elege partes semelhantes na forma do borrão (quase sempre D ou Dd), interpretando-o de diferentes maneiras, p.ex., elegendo todas as formas arredondadas, ou as semi-isoladas, ou pontiagudas, etc.

- **perseveração da parte interpretada**: o sujeito oferece várias respostas à mesma parte do borrão.

As perseverações indicam prevalência de certos conteúdos; associa-se a pensamentos estereotipados, problemática emocional; quando muito frequentes, indicam prováveis distúrbios orgânicos, epilepsia.

9) Pedantismo

Consiste num tipo de verbalização especial, prolixa, algo rígida e estereotipada, afetada, com cuidadosa descrição de todos os detalhes possíveis.

10) Respostas “ou”

Classificamos *respostas ou* quando o sujeito dá 2 ou 3 respostas de uma vez com o **ou** entre elas; um morcego ou uma mariposa, uma montanha ou um guarda-chuva aberto, etc. É recomendável classificar cada resposta ou

em separado. São um signo de certa insegurança do juízo ou medo da responsabilidade.

11) Respostas Infantis

Conteúdos de estórias infantis (*fadas, duendes, castelos, pirata, etc*) bem como verbalizações freqüentes no diminutivo (*palhacinhos, ratinhos, bonitinho, etc*). São indicativas de imaturidade, de certo infantilismo, dificuldade de assumir papéis adultos e independentes, necessidade de proteção e dependência.

12) Auto-referências

O sujeito recorre a fatos pessoais para justificar suas respostas. Podem ser mais diretas, do tipo "este sou eu diante do espelho", ou mais brandas, relacionadas com as vivências próprias, como "lembra um cachorrinho que tive na infância". Indicam insegurança para afirmar-se frente ao meio, sugerem também busca de contato, de vínculo, de uma situação-continente onde o sujeito possa depositar seus conteúdos mentais.

13) Valorações

São observações marginais que contém um juízo de valor, p.ex., esta figura é mais bonita que a anterior, esta está bem feita. Valorações estéticas sugerem aptidões artísticas, ou a depender de como são dirigidas, sugerem agressividade, pessoas que gostam de criticar.

14) Confabulações

O sujeito conta "estórias" ou coloca detalhes muito além do estímulo, p.ex., dois homens que estão lutando por ciúmes de uma mulher. Indicam pensamento divagativo, tendência a construir "castelos no ar", ensonho, fantasias, mentiras para si e para os outros.

15) Acentuação do Centro ou dos Lados

Consiste no destaque especial das áreas centrais ou laterais. Quando centrais, sugerem insegurança e medo de perder-se; quando laterais, desejo de fuga, de escapar ao estímulo.

16) Ilusão de Semelhança

Errônea suposição do sujeito de que uma ou várias lâminas são semelhantes, ex., *Não vi esta já?, esta é parecida com aquela outra...* Na ilusão de semelhança há um vazio associativo sentido como desagradável, mas a causa interior é projetada sobre o percebido; trata-se de uma racionalização mediante a projeção. Pode aparecer em personalidades associativas, acostumadas a projetar sobre o meio suas dificuldades. Sugere traços paranóides.

17) Respostas EQ de Guirdham

Arthur Guirdham relacionou dois tipos de respostas, que denominou 1) *EQa (astereognostic essential quality)* para respostas (quase sempre de objetos) que contém qualidades internas, p.ex., peso e solidez: Esta parece

pesada.... As **EQa** aparecem em protocolos de pessoas inteligentes e com elevada aptidão para síntese abstrata; 2) **EQe** (*emotional essential quality*), que são respostas **A, Ad, H** ou **Hd** que contém uma expressão fisionômica, ex. *Uma cabeça fantástica de um pequeno duende, triste e assustado, escondendo seu temor.* As **EQe** aparecem em pessoas inteligentes com dotes artísticos

ANEXOS

1. Simbologia Adotada

São diversos sistemas de classificação de respostas; adotamos a maior parte da lista seguinte da simbologia de B. Klopfer e D. Kelly, com adaptações.

T = Tempo total (soma dos períodos de exposição das 10 figuras)

R = Número de Respostas

G = Resposta global

DG = Globais confabuladas

G/ = Globais contaminadas

D = Resposta de detalhe

Dd = Resposta de detalhe incomum (ou detalhe menor)

Gs = Global com espaço em branco

Ds = Detalhe com espaço em branco

Dds = Detalhe incomum com espaço em branco

Tv = Tipo Vivencial, expresso pela fórmula **M:C**

Tp = Tipo de percepção, expresso pela fórmula **G:D:Dd**

F = Resposta de forma

F+ = Forma bem vista ou positiva

F- = Forma negativa (inadequada) ,

F. = Objeto ou conceito sem forma definida

M = Resposta de movimento humano

FM = Resposta de movimento animal

Fm, mF, m = movimento inanimado com forma, forma secundária e ausência do aspecto formal

FC, CF, C = respostas cromáticas com forma, forma secundária, e ausência do aspecto formal (cor pura)

Cn = cor nomeada

FK = Respostas tridimensionais

KF, K = Respostas de difusão (nuvem, neblina fumaça, etc) com alguma forma ou sem forma definida

Fk, kF, k = Respostas bidimensionais com forma, forma secundária ou ausência de forma

Fc, cF, c = Respostas de textura com forma, forma secundária ou ausência de forma

FC', C'F, C' = Respostas acromáticas com forma, forma secundária ou ausência de forma

P - Respostas populares

O - Respostas originais

H - Humano Ex.: pessoas, mulher, criança, palhaço, etc

(H) - Humano fantasmagórico Ex.: duende, gigante, bruxo, espantalho, monstros humanizados, fantasmas, etc.

Hd - Detalhe humano Ex.: boca, braço, cabeça, pé, etc.

A - Animal Ex.: urso, macaco, rato, etc

Ad - Detalhe Animal Ex.: pata, focinho, rabo, pele, etc

Sg - Sangue Ex.: manchas de sangue

Rad. - Radiografia

Mapa - Mapa

Pais. - Paisagem

Obj. - Objetos manufaturados, de modo geral

Pl. - Plantas

Sexo – Ex.: útero, vagina, pênis, pélvis

Explo - Explosões

Cena - Cenário. Ex.: sala com mesas e cadeiras

Abst. - Abstrações Ex.: forças mágicas, sonho, alegria, etc

Arte – Ex.: vaso chinês, pintura abstrata, aquarela

Arq. - Arquitetura Ex.: edifício, túmulo, ponte

2. Lista de Respostas Populares -P

São **populares (P)** respostas que surgem com muita frequência no Rorschach, e são **originais (O)** aquelas que ocorrem muito raramente. As respostas populares dizem respeito à participação do pensamento do sujeito no do grupo a que pertence.

L.I. Morcego, borboleta, pássaro (sempre com corpo central e asas laterais);
(D.C): mulher.

L.II. Dois animais quadrúpedes (ursos, coelhos, touros, etc), figuras humanas, dois palhaços.

L.III. Duas figuras humanas; (D.C): borboleta ou gravata.

L.IV. Pele de animal, monstro, gorila, gigante.

L.V. Qualquer criatura alada com corpo central e asas laterais, borboleta ou pássaro.

L.VI. Pele de animal.

L.VII. Figuras femininas, rostos de crianças; 2/3 superiores: dois animais.

L.VIII. D. lateral: animais quadrúpedes.

L.IX. não há

L.X. D. azul lateral: caranguejo, polvo, aranha; D. verde central inferior: cavalos marinhos.

3. Porcentagens Médias (adultos escolarizados - valores aproximados)

R = 20 - 60

T/R = 15-50"

G = 20-30%

D = 50-70%

DG+Dd+Ds+Dds = <15%

ΣF = 50-70%

F+ = 80-90%

F- = <10%

M: ΣC: ΣCh = 2,3 ou 4 de cada tipo num universo de R=30

H = 10-20%

A = 30-40%

P = 20-30%

VIII+IX+X = >33%

$\Sigma G:M = 2:1$ (ideal 6:3)

M>FM

H>Hd

A>Ad

C=1

CF=1-2

FC=3

Obs:Ch = somatório das respostas de esfumaçado que incluem K, k, c, C' e F(C), com forma, forma secundária ou puras ponderadas respectivamente por 0,5, 1 e 1,5.