UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Nathália Augusta de Almeida

Desamparo em pacientes com dor lombar crônica: estudo Psicanalítico e
Neurocientífico

São Paulo
2018

NATHÁLIA AUGUSTA DE ALMEIDA

**Desamparo em pacientes com dor lombar crônica: estudo Psicanalítico
e Neurocientífico**

Versão Corrigida

(Versão original encontra-se na unidade que aloja o Programa de Pós-Graduação)

Dissertação apresentada ao Instituto
de Psicologia como parte dos
requisitos para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

Área de concentração: Psicologia
Clínica

Orientadora: Profa. Dra. Elisa Maria
Parahyba Campos Rodrigues

São Paulo
2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

de Almeida, Nathália Augusta

Desamparo em pacientes com dor lombar crônica: estudo Psicanalítico e
Neurocientífico / Nathália Augusta de Almeida; orientadora Elisa Maria Parahyba
Campos Rodrigues. -- São Paulo, 2018.
498 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) --
Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2018.

1. dor crônica. 2. desamparo. 3. ocitocina. 4. psicologia da saúde. I. Parahyba
Campos Rodrigues, Elisa Maria, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Nathália Augusta de Almeida

Título: Desamparo em pacientes com dor lombar crônica: estudo Psicanalítico e Neurocientífico

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof.(a) Dr.(a): _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a): _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a): _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a): _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, que me transmitiu sua imensa satisfação pelo saber

AGRADECIMENTOS

Aos meus amados pais, Amaury e Aida, por sempre terem me apoiado, incentivado e lutado por mim, em todos os sentidos, e em todos os momentos da minha vida. Amo vocês infinitamente;

Aos meus irmãos, Luciana, Tito e Krista, por todo amor, irmandade, apoio e incentivo;

Aos meus sobrinhos Letícia, Ruben, João Augusto, Luíza e Albert por me darem tanta alegria e fazerem meu coração transbordar de tanto amor;

Aos meus padrinhos Andrés (*in memorian*), Harlette e prima Rita, por sempre terem feito parte da minha história, com muito amor;

Aos astrônomos que fizeram parte da minha infância e me ensinaram a apreciar o mundo acadêmico, em especial ao Prof. Dr. Amaury Augusto de Almeida e Prof. Dr. Patan Deen Singn (*in memorian*);

À Prof^a. Dr^a. Elisa Parahyba Campos Rodrigues, por todo incentivo, acolhimento e contribuições para que esta pesquisa se concretizasse;

Ao Prof. Dr. Avelino Luiz Rodrigues, por ter me acolhido, acreditado e investido no meu potencial. Serei eternamente grata aos seus ensinamentos e desenvolvimento acadêmico propiciado;

Aos membros do Laboratório Sujeito e Corpo pela parceria, apoio, incentivo e trocas fortalecedoras;

À Prof^a. Dr^a. Glaucia Rocha, querida Professora, orientadora de TCC e supervisora clínica, por sempre ter contribuído, investido e acreditado no meu desenvolvimento profissional e acadêmico;

À psicóloga Ms. Diana Espallargas, à colega de pós-graduação Beatriz Daró e ao ortopedista Dr. Fabiano Prata, por terem sido pessoas fundamentais para o início desta trajetória;

À minha querida amiga Barbara Subtil, pela importante amizade e parceria, pela Liga da Dor, e pelo fundamental apoio e supervisão do TAT, que foi enriquecido com seu conhecimento e experiência em pacientes com dor crônica;

À minha querida amiga e colega de pós-graduação Eliana do Vale, pela amizade, carinho, disponibilidade, trocas construtivas e ensinamentos sobre ocitocina e dor;

À Banca de Qualificação e Defesa Prof^a. Dra. Eliana Herzberg, Prof. Dr. Luciano Miller Reis Rodrigues e Prof. Dr. Marcelo Vaz Perez, pelas importantes contribuições para esta pesquisa;

Ao Prof. Dr. Luciano Miller Reis Rodrigues, que gentilmente se disponibilizou em auxiliar no processo de captação dos participantes desta pesquisa e possibilitou discussões construtivas sobre o tema, com prontidão e receptividade. Obrigada por ter aceitado participar desta empreitada;

A toda equipe do serviço, em especial ao Dr. Adriano Yonezaki, Dr. Leonardo Asano, Dr. Gustavo Bison, Dr. Claudio Carvalho e ao enfermeiro Santos pelo carinho e amizade;

Ao Dr. Leonardo Asano, pela fundamental contribuição, disponibilidade e cuidadosa atenção no processo de captação dos participantes;

A todos os participantes, por toda a dedicação dispensada. Sem eles este estudo não existiria;

A todos que de alguma forma, contribuíram ou torceram para que esta pesquisa pudesse ser concluída e apresentada.

RESUMO

de ALMEIDA, N. A. (2018). *Desamparo em pacientes com dor lombar crônica: um estudo Psicanalítico e Neurocientífico*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Introdução: A dor é uma experiência emocional e sensorial desagradável, associada ao dano real ou potencial de alguma região do corpo. Segundo a *International Association for the Study of Pain*, ela é sempre subjetiva, pois sua percepção é aprendida com a vivência pessoal de cada indivíduo. Estima-se que a hérnia de disco atinge de 2 a 3% da população brasileira, considerando uma prevalência de 2,5 em mulheres e 4,8% em homens, acima de 35 anos. Ao longo da vida, o sujeito pode entrar em contato com o desamparo inerente à natureza humana em vivências traumáticas e pós-traumáticas, remetendo-o à impotência do recém-nascido humano, como no exemplo de uma vivência de dor. Este projeto também pretende abarcar alguns princípios básicos das Neurociências e aproximar-se das possíveis relações da ocitocina na experiência subjetiva de desamparo e, posteriormente, na percepção da dor. **Objetivo:** Compreender a experiência subjetiva de desamparo em pessoas com dor crônica decorrente de hérnia de disco lombar e estudar a interação da ocitocina na vivência de desamparo e percepção da dor. **Método:** Tratou-se de estudo clínico randomizado controlado composto por 10 participantes do sexo masculino, idade entre 35 e 59 anos e com diagnóstico médico de hérnia de disco lombar. Foram realizadas, nesta ordem, anamnese, entrevista clínica semi-dirigida, e aplicação da Escala Visual Analógica de Dor (EVA) e do Teste de Apercepção Temática (TAT). Na reavaliação, entrevista clínica semi-dirigida e reaplicação da EVA e do TAT. No primeiro encontro, além da avaliação, foi fornecido aos participantes, por um médico treinado da equipe médica, ocitocina (no grupo experimental) ou soro fisiológico (grupo controle) na forma de spray nasal, para ser ministrado diariamente por 28 dias, até o dia da reavaliação psicológica dos mesmos participantes. A escolha do tipo de intervenção que os participantes receberam foi randomizada e duplo cego. **Considerações:** Mesmo inicialmente vivida em suas primeiras vezes em estágios muito primitivos do desenvolvimento, a experiência subjetiva do desamparo deixa marcas que permanecem presentes em todos os períodos de vida, podendo ser revivida pelo indivíduo em situações como a da dor. A dor compele ao indivíduo isolamento social, mas também pela dificuldade em conseguir se expressar ao outro e perceber-se compreendido. Com a redução dos sentimentos de isolamento e negativismo e do abrandamento da percepção de dor pelo uso de ocitocina, observou-se uma correlação positiva da ocitocina com a redução dos sentimentos de isolamento, negativismo com abrandamento da percepção de dor e do sentimento de desamparo. Por outro lado, os resultados corroboram achados de nossas pesquisas, ou seja, a maneira da pessoa lidar com sua dor expressa a sua forma de lidar com a vida e com o mundo. Estes dados contribuem na busca de estratégias para lidar com o fenômeno algico.

Palavras-chave: dor crônica, desamparo, ocitocina, psicologia da saúde

ABSTRACT

de ALMEIDA, N.A. (2018). Helplessness in people with chronic low back pain: a Psychoanalytic and Neuroscientific study. (Master's Dissertation). Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo.

Introduction: Pain is an unpleasant emotional and sensory experience associated with actual or potential damage to a region of the body. According to the International Association for the Study of Pain, it is always subjective because its perception is learned from the personal experience of each individual. It is estimated that disc herniation affects 2 to 3% of the Brazilian population, considering a prevalence of 2.5 in women and 4.8% in men, over 35 years. Throughout life, the subject can come into contact with the inherent helplessness of human nature in traumatic and post-traumatic experiences, referring to the impotence of the human newborn, as in the example of an experience of pain. This project also intends to cover some basic principles of neurosciences and to approach the possible relations of oxytocin in the subjective experience of helplessness and, later, in the perception of pain. **Objective:** To understand the subjective experience of helplessness in people with chronic pain due to lumbar disc herniation and to study the interaction of oxytocin in the experience of helplessness and pain perception. **Method:** This was a randomized controlled clinical study composed of 10 male participants, aged between 35 and 59 years and with a medical diagnosis of lumbar disc herniation. Anamnesis, a semi-guided clinical interview, and the application of the Visual Analog Pain Scale (EVA) and the Thematic Apperception Test (TAT) were performed. In the re-evaluation, semi-directed clinical interview and reapplication of EVA and TAT. At the first meeting, in addition to the evaluation, the participants were given, by a physician trained in the medical team, oxytocin (in the experimental group) or saline (control group) as a nasal spray, to be administered daily for 28 days, until the day of the psychological reevaluation of the same patients. The type of intervention the participants received was randomized and double blind. **Considerations:** Even when initially experienced in its earliest stages in very primitive stages of development, the subjective experience of helplessness leaves marks that remain present in all periods of life, and can be revived by the individual in situations such as pain. Pain compels the individual to be socially isolated, but also because of the difficulty in being able to express himself to the other and to perceive himself understood. With the reduction of the feelings of isolation and negativism and the slowing of the perception of pain by the use of oxytocin, a positive correlation of the oxytocin with the reduction of the feelings of isolation, negativism with slowing of the perception of pain and the feeling of helplessness was observed. On the other hand, the results corroborate findings of our research, that is, the way the person deals with their pain expresses the way of dealing with life and with the world. These data contribute to the search for strategies to deal with the pain phenomenon.

Key words: chronic pain, helplessness, oxytocin, health psychology

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – A coluna quebrada.....	19
Figura 2 – O Sistema Biológico das Emoções. Sistema Límbico.....	27
Figura 3 – Coluna vertebral com discos normais e coluna vertebral com hérnia de disco.....	31
Figura 4 – Fatia da coluna vertebral com disco normal e coluna vertebral com hérnia de disco.....	32
Figura 5– Tipos de Hérnia de Disco.....	32
Figura 6 – Ressonância magnética demonstrando a presença da hérnia.....	33
Figura 7 – Síntese central da ocitocina.....	39
Figura 8 – Fluxograma do processo de obtenção dos artigos selecionados para a revisão.....	51
Figura 9 – Fluxograma dos participantes através de cada etapa do experimento.....	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Relação dos artigos incluídos na revisão.....	52
Tabela 2 – Comparação das respostas do TAT na lâmina 1.....	136
Tabela 3 – Comparação das respostas do TAT na lâmina 2.....	138
Tabela 4 – Comparação das respostas do TAT na lâmina 3.....	140
Tabela 5 – Comparação das respostas do TAT na lâmina 4.....	142
Tabela 6 – Comparação das respostas do TAT na lâmina 5.....	144
Tabela 7 – Comparação das respostas do TAT na lâmina 6.....	145

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IASP	International Association for the Study of Pain
SNC	Sistema Nervoso Central
TAT	Teste de Apercepção Temática
EVA	Escala Visual Analógica de Dor
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa

SUMÁRIO

Prefácio	16
1 INTRODUÇÃO	20
1.1 O FENÔMENO DA DOR	22
1.2 ANATOMIA E FISIOLOGIA DA EMOÇÃO NA DOR	26
1.3 O CONCEITO DE DOR LOMBAR	29
1.4 O DOLOROSO ESTRAVASAMENTO DOS DISCOS VERTEBRAIS	31
1.5 PERSPECTIVAS PSICOANALÍTICAS DE COMPREENSÃO DA DOR	35
1.6 HORMÔNIO OCITOCINA E SEU POTENCIAL NO TRATAMENTO DA DOR	38
1.7 EFEITO PLACEBO	42
1.8 A QUESTÃO DO ESTADO DE DESAMPARO PRIMORDIAL DO SER	44
1.9 INTERAÇÃO MENTE E CORPO	46
2 REVISÃO DA LITERATURA	50
2.1 Discussão dos resultados	60
2.1.1 Comorbidades e aspectos psicossociais associados à dor lombar crônica	60
2.1.2 Avaliação da dor	61
2.1.3 Manejo da dor	63
2.2 Considerações	64
3 OBJETIVOS	66
3.1 Objetivo Geral	66
3.2 Objetivos Específicos	66
4 MÉTODO	67
4.1 Desenho clínico-qualitativo	67
4.2 Desenho experimental	68
4.3 Pesquisa de Campo	69
4.4 Participantes	69
4.5 Instrumentos	70
4.5.1 Entrevista Clínica Semidirigida	70
4.5.2 Escala Visual Analógica de Dor – EVA	70
4.5.3 Teste de Apercepção Temática (TAT)	71
4.5.4 Administração da ocitocina ou placebo	71
4.6 Procedimentos	73
4.6.1 Primeiro procedimento	73
4.6.2 Segundo procedimento	73
4.6.3 Terceiro procedimento	73
4.6.4 Quarto procedimento	74
4.6.5 Quinto procedimento	75
4.6.6 Sexto procedimento	76
4.7 Análise dos Resultados	76

5 COMPREENSÃO DOS ASPECTOS ÉTICOS	79
6 RESULTADOS	80
6.1 Apresentação dos dados da entrevista semidirigida, percepção da dor e análise da primeira aplicação do TAT.....	81
6.2 Apresentação dos dados da segunda entrevista, percepção da dor e análise da reavaliação do TAT – Participantes que fizeram uso de ocitocina.....	119
6.3 Apresentação dos dados da segunda entrevista, percepção da dor e análise da reavaliação do TAT – Participantes que fizeram uso de soro fisiológico	128
6.4 Comparação das histórias do TAT	136
7. DISCUSSÃO	147
7.1 Experiência subjetiva de desamparo e percepção de dor	147
7.2 Experiência subjetiva de desamparo e percepção de dor – Participantes que fizeram uso de ocitocina	154
7.2.1 Compreensão das diferenças na história do TAT.....	156
7.3 Experiência subjetiva de desamparo e percepção de dor – Participantes que fizeram uso de soro fisiológico.....	157
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	158
Referências	162
ANEXOS	176
ANEXO A - Entrevista Semi-dirigida.....	176
ANEXO B - Entrevista Semi-dirigida - Reavaliação	179
ANEXO C - Escala Visual Analógica de dor.....	180
ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	180
ANEXO E - Análise do TAT	184

Guilhermo Kahlo: “Como se sente Frida?”

Frida Kahlo: “Nem lembro mais como era antes da dor”

Prefácio

Quando pensamos no conceito freudiano de desamparo primordial do ser enquanto fonte de angústia e marca traumática essencial, consideramos que este produz efeitos significativos na constituição subjetiva do sujeito. A qualidade desses efeitos varia de sujeito para sujeito, podendo proporcionar descargas criativas e originais no limite entre o trágico e o humor, ou melancolia e sentimentos irreparáveis de perda (Sztainberg, 2004). Para introduzir estas temáticas – que foram devida e amplamente abordadas ao longo deste estudo – e proporcionar ao leitor uma imersão cultural a respeito deste tema, convido-o a voltar para algumas décadas e conhecer a história de Magdalena Carmen Frieda Kahlo y Calderón. Consagrada pintora mexicana e internacionalmente conhecida como Frida Kahlo (1907-1954), destacou-se como uma das mais importantes artistas do século XX e registrou em seus quadros, de maneira intensa e profunda, suas vivências de desamparo.

Sua condição física foi considerada fator determinante para o surgimento de sua pintura, tornando-se uma artista mundialmente reconhecida em uma trajetória permeada por diferentes experiências, cabendo destaque à dor que a acompanhou durante toda a vida (Levinzon, 2009). “Quase assassinada pela vida”, talvez seja um modelo exemplar de como o desamparo, mesmo como fonte de angústia, pode receber uma feição criativa (Sztainberg, 2004).

Mathilde, mestiça mexicana e mãe de Frida, ainda estava em processo de luto pela morte de seu único filho homem, falecido ao nascer. Por conta disto, ainda bebê, e impossibilitada em ser amamentada pela própria mãe, Frida foi entregue a uma ama de leite índia, prática comum no México naquela época. A depressão de sua mãe foi acentuada devido a uma nova gravidez, dois meses após o seu nascimento, tendo na irmã uma precoce rival na atenção e afeto da mãe. Estas condições atenuaram sua vivência de desamparo (Levinzon, 2009) na sua primeira infância, fase fundamental para o desenvolvimento psicológico e instauração da subjetividade (Prado, 2012).

Suas primeiras experiências com o sofrimento podem também ser atribuídas às sequelas de poliomielite, doença que a atingiu aos seis anos de idade e deixou-a com sequelas físicas: conhecida também como Frida perna de pau. Aos 18 anos, envolveu-se em um grave acidente entre um bonde e um precário ônibus de madeira no qual estava dentro e tinha como destino a cidade de Coyoacán (Herrera, 2016). Neste violento acidente, sofreu diversos ferimentos e fraturas, despedaçando seu corpo e exigindo um

longo período de recuperação. Teve uma tríplice fratura na região pélvica, tendo uma haste de ferro do bonde, provavelmente um corrimão, atravessando seu corpo, além de fraturar sua coluna lombar em três lugares, quebrar a clavícula, fraturar a terceira e a quarta vértebra, onze fraturas no pé direito e luxação no cotovelo esquerdo (Levinzon, 2009, Siqueira-Batista, Mendes, Fonseca & Maciel, 2014, Herrera, 2016).

Ao longo de sua vida, seus esforços para aliviar as constantes dores eram inúmeros, e visando a reparação de sua coluna, submeteu-se a inúmeras cirurgias, chegando a viajar para os Estados Unidos em busca de tratamento (Siqueira-Batista et al, 2014). Em casa, ficou meses acamada por conta de um colete de gesso, impossibilitando-a de locomover-se, pois sentia dores constantes na coluna e na perna direita (Morais, 2015, Herrera, 2016).

Após o acidente, considerado um renascimento, Frida permaneceu um mês internada gravemente ferida e logo no início, desenganada pelos médicos. Seus pais não puderam ir vê-la: sua mãe ficou tão impressionada que perdeu a fala por um mês, seu pai ficou tão triste que adoeceu, uma de suas irmãs desmaiou com a notícia. Apenas Matilde, uma outra irmã, foi quem lhe deu apoio neste momento crucial (Herrera, 2016). Podemos compreender Frida desamparada, fazendo referência à condição de ausência de ajuda e de falta de proteção, remetendo à um estado de privação de meios de sustentação da vida, esquecimento, solidão (Menezes, 2012)

Para vencer o tédio de seus longos períodos em que permaneceu acamada e em recuperação, foi fixado acima de sua cama um espelho que cobria a cama, marcando seu casamento com a pintura. O espelho permitiu que retratasse a si própria, tornando os autorretratos uma significativa parte de sua obra: “Pinto a mim mesma porque sou sozinha e porque sou o assunto que conheço melhor” (Siqueira-Batista et al, 2014). Frida não tinha nenhuma formação artística, começou a pintar utilizando as tintas e pincéis de seu pai, Guilherme Kahlo, que foi uma forte influência em sua vida e principalmente no desenvolvimento de suas aptidões artísticas. Ele era fotógrafo e compartilhava com ela o interesse pela pintura (Morais, 2015, Levinzon, 2009).

As sequelas e incapacidades resultantes do acidente sofrido foram reproduzidas em diversos momentos de sua vida, e as relações entre arte e sofrimento atrelados proporcionaram reflexões nas telas da pintora, com interseções com a sua experiência de dor. A dupla espelho em cima de sua cama, e em si mesma a dor que vinha à tona, foram elementos cruciais que conjugados fizeram a pintura aflorar (Sztainberg, 2004). Curiosamente, Frida nunca conseguiu pintar o acidente, afirmando que era

“complicado” e “importante” demais para ser reduzido em uma única imagem (Herrera, 2016).

A vivência da dor é experienciada como uma imposição do ambiente, é uma exposição do sujeito no mundo, sentindo-se mais inseguro, indefeso, sem ferramentas para lidar e tendo que abrir mão da própria onipotência. É estar numa vivência de cheio e vazios, cheio de estímulos, mas com vazios nas referências para se apegar. É o aprisionamento do corpo atrelado a uma vivência arcaica – o desamparo (Prado, 2012, Vieira, 2005). A força e a ênfase do sofrimento permeiam as pinturas de Frida Kahlo: "Minha pintura carrega em si a mensagem da dor. Creio que ela interessa pelo menos a algumas pessoas".

Frida expressou a intensa dor e desamparo que sentia, em especial, na tela *A coluna quebrada* (1944). A artista se retratou usando um colete de aço, com o seu corpo aberto com uma coluna jônica partida em vários lugares, simbolizando sua coluna vertebral. A dor é, referida por pregos encravados em seu corpo nu e ferido, fazendo referência aos seus conteúdos psíquicos. Nesta pintura, sua vivência de desamparo é metaforizada pela planície imensa e árida, numa paisagem desértica incapaz de gerar vida, medonha e arrasada, reforçando sua solidão e desolação interior (Siqueira-Batista et al, 2014). Porém, mesmo nos seus autorrelatos mais dolorosos, não são auto piedosos ou sentimentalistas, e sua determinação e dignidade de suportar são representadas por seu porte majestoso. É uma mistura de franqueza e auto invenção através da pintura. "Não estou doente. Estou partida. Mas me sinto feliz por continuar viva enquanto puder pintar" (Herrera, 2016).

Figura 1 – A coluna quebrada, Frida Kahlo (1944)

Fonte: <http://www.fridakahlofans.com/c0480.html>

1. INTRODUÇÃO

A perspectiva da Psicossomática, considerada estrutural neste estudo surge como proposta metodológica que procura confluir saberes de diferentes áreas do conhecimento, como a Psicologia, Psicanálise e as ciências Biomédicas, com o objetivo de estudar as inter-relações de aspectos fisiológicos e psicológicos das funções corporais normais e anormais, visando integrar a psicoterapia com a terapia somática (Psychosomatic Medicine, 1939). Seu interesse é atuar na inter-relação mente e corpo visando compreender o ser humano e o processo de adoecimento. Partindo de diferentes lugares, mas como campo de compreensão do ser humano, se propõe em atingir o complexo fenômeno psicossomático desta inter-relação.

Além de considerar a perspectiva da Psicossomática, este estudo se baseia no referencial teórico Psicanalítico, mas não se excluindo outras formas de compreensão e intervenção. O que se pretendeu foi ir além das intervenções baseadas na reabilitação e em tratamentos eminentemente biológicos, em saúde, que apresentam pouca ênfase na compreensão da experiência subjetiva e contexto social dos participantes deste estudo, visando contribuir para uma abordagem biopsicossocial de um processo de saúde-doença e, por consequência, atenção à saúde integral do sujeito.

Em resultados preliminares do levantamento sobre o estado da arte na temática da dor, observou-se a escassez de pesquisas de abordagem psicanalítica na compreensão deste fenômeno. Além disso, a dor, em especial a dor lombar, é um acometimento físico frequente na população mundial e apresenta uma tendência crescente. É necessário que este campo do conhecimento seja mais explorado e refletir em intervenções psicológicas que preencham esta lacuna existente na ciência e ampliar a assistência a esta parcela da população mundial.

Ferreira et al., 2016) teve como objetivo estimar a prevalência de dor crônica na população adulta residente na cidade de São Paulo, e identificar os fatores associados à dor crônica em países em desenvolvimento. A prevalência foi dor crônica foi de 28,1%, com maior prevalência no gênero feminino, idade superior que 65 anos e prevalência próxima à reportada em países desenvolvidos.

Em 2017 foi realizado uma pesquisa que teve como objetivos estimar a prevalência de dor crônica no Brasil, descrever e comparar as diferenças entre os sexos e características da dor e identificar o impacto da dor na vida diária. A prevalência de dor crônica na população brasileira foi de 39% e a idade média de 41 anos com

predominância em mulheres (56%), com maior prevalência de dor crônica no sul e regiões do sudeste. A insatisfação com a gestão da dor crônica foi relatada em 49% dos participantes. O tratamento da dor não era específico para o gênero, entretanto associados ao gênero foram encontradas diferenças na percepção da intensidade da dor e na interferência de dor nas atividades da vida diária (Souza et al., 2017).

A partir disto, associando-se ao método qualitativo e o desenho experimental, esta pesquisa pretendeu descrever, medir e compreender o ser humano e o processo de adoecer, em sua subjetividade, na inter-relação mente e corpo, baseando-se na teoria freudiana e em princípios das Neurociências.

Portanto, o presente trabalho teve como objetivo geral compreender a experiência subjetiva de desamparo em participantes com processo algico crônico decorrente de hérnia de disco lombar e estudar a interação da ocitocina na vivência de desamparo e percepção da dor, partindo do pressuposto que a dor física pode ser considerada um tipo de sofrimento psíquico e reconhecida como uma experiência pessoal e subjetiva.

Buscou-se contribuir aos profissionais da área de saúde, podendo ampliar a compreensão, investigação e formas de intervenção em pessoas que sofrem de dor crônica, enriquecendo o conhecimento multidisciplinar na área da saúde.

1.1 O FENÔMENO DA DOR

A dor e sua cronicidade são determinadas pela composição de doenças orgânicas e pelo sofrimento psíquico do sujeito, sendo estes dois fatores abordados nesta pesquisa como expressões clínicas diferentes, mas com gênese comum.

Em 1965, os pesquisadores canadenses Melzack e Wall publicaram na *Science* o trabalho “Pain Mechanisms: A New Theory”, gerando uma revolução no entendimento a respeito do manejo e dos mecanismos da dor. Em 1994, a *International Association for the Study of Pain* [IASP] definiu a dor como uma experiência emocional e sensorial desagradável associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos, a considerando uma experiência multidimensional que engloba componentes sensitivos e afetivos, e também uma experiência subjetiva e a sua percepção é aprendida e assimilada a partir da história de vida do sujeito (IASP, 1994, Paula, 2015). Williams e Craig (2016) propuseram uma definição um pouco diferente, definindo a dor como uma “experiência angustiante associada a uma lesão tecidual ou potencial” (p.2), mas considerando também seus componentes sensoriais, emocionais, cognitivos e sociais.

Do ponto de vista temporal, a dor pode ser aguda ou crônica, e esta distinção é de grande importância, pois possuem características e repercussões no sujeito com relevantes particularidades. Geralmente, a dor aguda é aquela de início súbito e duração menor que 6 semanas, por exemplo, como a dor de uma inflamação, sendo sua causa facilmente diagnosticada e tratada (Sakata, 2008), possuindo características e tempo de duração bastante demarcados.

A dor crônica, por sua vez, não se atém a um período limitado de tempo, afetando o sujeito de maneira global, proporcionando consequências em suas relações externas e internas, mudanças em seu cotidiano, limitações em atividades gerais, alterações de sono, energia, e irritabilidade (Kreling, Cruz & Primenta, 2006, Darlow et al., 2015). A dor e sua cronicidade são determinadas pela composição de doenças orgânicas e pelo sofrimento psíquico do sujeito, e suas repercussões psicológicas representam parcela importante em sua cronificação (Darlow et al., 2015).

Do ponto de vista neurológico, a dor pode ser nociceptiva, em decorrência da ativação dos nociceptores, ou neuropática, decorrente de alteração ou lesão do sistema nervoso (Sakata, Issy, 2008).

Nociceção é o termo neurofisiológico referente aos mecanismos neurológicos de quando um estímulo lesivo é detectado, transformados em potenciais de ação e

transmitidos para o sistema nervoso central (SNC) por fibras nervosas periféricas. Quando ocorre um potencial gerado nos nociceptores, os estímulos seguem pelas fibras aferentes primárias em direção a medula espinal e projetados para o córtex pelas vias ascendentes, ocorrendo a percepção consciente da dor no indivíduo (Sakata, Issy, 2008).

Os nociceptores são terminações nervosas livres responsáveis pela transmissão da dor, respondentes a estímulos mecânicos, químicos ou térmicos. Uma lesão tecidual é capaz de provocar a formação e também a liberação de substâncias que tem como função sensibilizar e ativar os nociceptores, imediatamente seguido pela transmissão do impulso para a medula espinal e centros supra-espinais (Sakata, Issy, 2008).

Mecanismos periféricos e centrais estão presentes no aumento ou inibição da transmissão da dor, podendo alterar a mensagem que será enviada ao córtex cerebral. Esta capacidade (ou plasticidade) de mudança na transmissão da dor pode variar em diferentes síndromes dolorosas. Os estímulos prolongados ou intensos podem ocasionar a liberação das substâncias responsáveis pela instalação do processo inflamatório, podendo durar horas ou dias, e sua persistência, acarreta em mudanças no SNC (Sakata, Issy, 2008).

Uma lesão pode provocar alterações na sensibilidade das fibras nervosas, fenômeno conhecido como sensibilização periférica, com aumento da atividade espontânea neuronal, diminuição do limiar necessário para ativação dos nociceptores e aumento da resposta aos estímulos dolorosos (Sakata, 2008).

A maior parte dos neurônios que transmitem a dor entram via medula espinal por sua raiz dorsal. Na medula espinal, neurônio espinal, excitabilidade e inibição estão inter-relacionados e determinam a mensagem que será transmitida para os centros supra-espinais (como o tálamo, sistema límbico e córtex). Neste processo, tanto neurotransmissores excitatórios como inibitórios estão envolvidos, e diversos neurotransmissores são responsáveis pela transmissão da dor da periferia para o SNC, e há mecanismos para diminuir como aumentar a transmissão de dor (Sakata, 2008).

Uma dor provocada por estímulos parecidos pode ser percebida de maneira completamente diferente em cada pessoa. Todo estímulo doloroso é modulado em diversos níveis do SNC através de sistemas anatômica e neurofisiologicamente distintos, sendo cada mensagem modificada (para mais ou menos) e modulada em sua transmissão ascendente ou descendente (Sakata, 2008).

A dor neuropática é ocasionada por disfunção ou lesão do sistema nervoso central ou periférico e por hiperatividade patológica de membranas excitáveis. Possui

entidades heterogêneas, diferindo em etiologia e local de lesão. As características da dor podem ser variáveis, e a conduta terapêutica diferente e o alívio do sintoma mais difícil, tornando muitas vezes necessária a associação de diferentes tipos de medicamentos e tratamentos (Sakata, Issy, 2008).

Uma lesão ou alteração do sistema nervoso central ou periférico pode ocasionar em dor neuropática, estando associada a uma cascata de eventos e alterações biológicas importantes. Pensando em sinapses, estas podem formar conexões anormais, e conexões excitatórias podem expandir-se para outras células e os neurônios do SNC se tornarem mais sensíveis a estímulos inócuos e à neurotransmissores, aumentando a sensibilidade dos nociceptores (Sakata, 2008).

O fator crônico envolve um complexo processo psicológico, comprometendo aspectos afetivos, cognitivos, interpretativos e motivacionais. Além do indivíduo que sofre de dor, as pessoas envolvidas também são afetadas, tais como familiares, amigos, acompanhantes e também a equipe de saúde que o atende (Angelotti, Sardá, 2005).

O estado de doença é um estado do sujeito, possui subjetividade, emoções e compreensões, antes, durante e após o processo de adoecimento. Além das limitações da própria tecnologia disponível para tratar a dor, muitas vezes os profissionais da saúde não são preparados para lidar com a subjetividade do paciente, condição que o leva a enxergar a doença e não o sujeito que está doente e sofre (Barros, 2002). Esta situação implica, não só o melhor preparo dos profissionais da saúde, mas também a necessidade de uma abordagem multidisciplinar no tratamento, com a psicologia assumindo papel fundamental neste processo (Angelotti, Sardá, 2005).

Entretanto, em um estudo realizado sobre o estado da arte da experiência de dor e variáveis psicossociais no Brasil, foi constatado que a psicologia brasileira não tem ocupado de maneira suficiente o seu lugar no campo de estudo da dor. Em um total de 33 artigos levantados, apenas 14 abordavam análise variáveis psicossociais de relevância para o estudo da dor (Almeida, Costa, Doca & Turra, 2010).

O estudo de Paula (2015) concluiu que cada participante apresenta uma dinâmica psíquica individual e a maneira que lidam com sua dor está intimamente relacionada ao modo de lidar com a sua história de vida, apresentando o acometimento físico com conteúdos psíquicos únicos e associados a ele. Este achado pode ser sustentado com a definição clássica de dor da IASP (1994), que a define como uma experiência emocional desagradável que engloba componentes sensitivos e afetivos, e também uma experiência subjetiva e a sua percepção é aprendida e assimilada a partir

da história de vida do sujeito. A pesquisa também evidenciou que a sintomatologia física está vinculada a uma série de características que fazem parte do campo psicossocial (percepção da dor, consequências que provoca na vida do indivíduo, entre outros).

1.2 ANATOMIA E FISILOGIA DA EMOÇÃO NA DOR

O Sistema Nervoso Central (SNC) é um todo, único e indivisível, possuindo direta dependência com o que somos, com nossa capacidade de análise e julgamento, nossos atos, julgamentos, reações e ações. Para esta compreensão, é necessário abandonar o conceito “localizacionista” de finalidade didática das funções do SN e considerar seu desenvolvimento como um todo. Com sua evolução, áreas específicas se especializaram e se somaram, e este conjunto de distintas funções nos deu a possibilidade de termos memória, cognição, memória, linguagem articulada, imaginação, intenção e planejamento, dentre outras, e sempre, visando a nossa homeostase e associação de carga emocional (Annunciato, 2005).

Ao longo da vida, passamos por vários estados emocionais, tais como raiva, alegria, euforia, prazer, desprazer, tristeza, depressão. Estes estados emocionais podem ser divididos em sensações físicas e em sensações conscientes, já que a emoção é um estado corporal, e a sensação, consciente (ex. o aceleração dos batimentos cardíacos quando estamos com raiva). Quando ativadas, as reações psicofisiológicas (ex. mudança do diâmetro da pupila) e comportamentais (ex. chorar), o córtex central (mais especificamente no córtex do giro do cíngulo) podem resultar em um estado afetivo, seja ele de prazer ou de desprazer. É esperado que uma pessoa busque emoções positivas, tentando afastar-se das negativas, como exemplo, em uma situação de experiência de dor (Annunciato, 2005).

No encéfalo existe um sistema que foi primeiramente descrito em 1878 pelo neurologista francês, Pierre Paul Broca, nomeado de estruturas límbicas e está relacionado com as emoções. Este sistema era compreendido sendo formado apenas pelo giro do cíngulo, giro parahipocampal e giro denteado. Em 1937, o neurologista americano James Papez ampliou a compreensão dos circuitos e incorporou estruturas, como a amígdala, hipotálamo, corpos mamilares, núcleos anteriores do tálamo e neocórtex. Este conjunto de estruturas é hoje conhecido na sua importância dentro da compreensão do funcionamento das emoções, e também na percepção, significação e memória da dor. Porém, o sistema límbico só se tornou mais conhecido e estudado a partir de 1952, quando Paul MacLean o relacionou a evolução das espécies e as emoções vivenciadas pelos animais (Annunciato, 2005).

Figura 2 - O Sistema Biológico das Emoções. Sistema Límbico

Fonte: <http://inspirandogente.com.br/neurociencia/neuroanatomia-fundamental-sistema-limbico/>

No que tange a dor e estruturas do sistema límbico, o hipocampo possui um papel de grande importância graças as suas relações com a memória. As sensações de dor juntamente com o medo (originado do contato com sinais de perigo inatos e aprendidos), possibilitam ao homem identificar possíveis ameaças, e a memória, contribui na identificação de sinais desta natureza aprendidos ao longo da vida que devem ser evitados. Como resultante, a dor vivenciada ficará na memória (biológica e psíquica) como algo a ser evitado. Neste complexo funcionamento, podemos claramente compreender a relação existente entre memória, emoção, medo e dor (Annunciato, 2005).

O sistema da dor aguda desencadeia reações típicas, de “luta ou fuga”, que corresponde a uma adaptação psicobiológica dos sujeitos. O estado psíquico, o contexto no qual a dor foi percebida e a intensidade do estímulo da dor contribuem na compreensão da situação a qual foi experienciada. No caso da dor crônica, o sujeito pode passar por oscilações emocionais, como depressão e letargia na inibição, ou ansiedade na estimulação. Dentro deste complexo conjunto de movimentos adaptativos, deve-se citar a plasticidade cerebral que possibilita uma maior adaptação a experiências distintas como a dor aguda e a dor crônica (Annunciato, 2005).

Considerando os vários mecanismos psicossomáticos, como neuroendócrinos, emocionais e associados à dor, e partindo da sua definição, de uma experiência sensorial

e emocional desagradável associada à lesão real ou potencial dos tecidos (IASP, 1994), é sabido que a dor aguda pode desencadear no ser humano reações típicas de “luta e fuga” ou culminar em modificações emocionais, como depressão e letargia. Porém, no seu processo de cronificação, não há apenas uma substância química ou uma área específica do cérebro encarregada em desencadear e promover estados de adaptação a esta nova modalidade. O que ocorre é a participação dinâmica e ativa de várias substâncias químicas e áreas cerebrais distribuídas nas partes periféricas e centrais do sistema nervoso, concomitantemente a outras que são inibidas (Annunciato, 2006).

1.3 O CONCEITO DE DOR LOMBAR

A lombalgia, também conhecida como dor lombar, é uma dor localizada na região dorsal da coluna vertebral, caracterizada por tensão e rigidez muscular. Ela é adocimento com alta incidência e prevalência, mas de difícil diagnóstico, vem sendo responsável por altos custos econômicos em diversas sociedades. Em levantamento realizado nos Estados Unidos, este acometimento pode gerar um custo de mais de 90 bilhões de dólares para os sistemas de saúde e previdenciário. Nesse estudo é estimado que 80% das pessoas tenham, ao menos, um episódio de lombalgia ao longo da vida (Martins, Puertas, Wajchenberg, 2014).

É considerada uma condição de saúde altamente prevalente e responsável por causar sofrimento considerável em pessoas de todo o mundo. Uma pesquisa recente mostrou que a dor lombar causa mais anos vividos com deficiência do que qualquer outra condição de saúde. Com relação ao tipo de tratamento mais adequado para este tipo de população, concluiu-se o multidisciplinar a forma mais eficaz tomando como parâmetro de comparação os cuidados conservadores e tratamentos físicos no combate a dor (Vos et al., 2012, Kamper et al., 2015).

Foi realizada uma revisão sistemática (Hoy et al., 2012) sobre a prevalência global de dor lombar mundial e variáveis possíveis sobre esta prevalência. Consultados estudos de população geral publicados entre 1980 2009, identificou-se um total de 165 estudos em 54 países. Evidenciou-se um problema global, com a maior prevalência entre indivíduos do sexo feminino e com faixa etária entre 40 e 80 anos. Concluiu-se que na medida em que a população envelhece o número de indivíduos com dor lombar será crescente nas próximas décadas.

Outra revisão sistemática (Meucci, Fassa, Faria, 2015), com o objetivo de estipular a prevalência mundial de dor lombar crônica de acordo com idade e sexo, verificou uma prevalência de dor lombar crônica de 4,2% em indivíduos com idade entre 24 e 39 anos e 19,6% naqueles com idade entre 20 e 59. De nove estudos com indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, seis relataram dor lombar crônica entre 3,9% e 10,2% e três, prevalência entre 13,1% e 20,3%. Na população brasileira mais idosa, a prevalência de dor lombar crônica foi de 25,4%. Concluíram que a prevalência de dor lombar crônica aumenta na terceira década de vida até os 60 anos de idade, sendo mais prevalente em mulheres (Meucci, Fassa, Faria, 2015).

Com relação ao tipo de tratamento mais adequado para este tipo de população, uma revisão sistemática (Kamper, 2015) com o intuito de avaliar os efeitos a longo prazo da reabilitação biopsicossocial e multidisciplinar para pacientes com dor lombar crônica, concluiu ser esta a intervenção foi mais eficaz tomando como parâmetro de comparação os cuidados conservadores e tratamentos físicos no combate a dor.

Os fatores psicológicos desempenham papel de grande importância no desenvolvimento da dor lombar e na sua progressão para uma dor persistente e invalidante. Darlow et al. (2015) considera catastrofização, crenças de auto-eficácia, depressão, sofrimento emocional e expectativas por resultados fatores psicológicos associados no processo da cronificação da dor. O autor também considera que interpretar um estímulo como ameaçador cria na pessoa que sofre de dor um medo (associado com estratégias de fuga e evasão), hipervigilância, diminuição da tolerância à dor, dificuldade em ignorar a dor, catastrofização e um menor uso de estratégias de enfrentamento. A dor crônica e suas repercussões psicológicas constituem importante área do conhecimento que merece ser ampliada, em especial, no campo da psicologia da saúde (Jensen, Turk, 2014).

1.4 O DOLOROSO ESTRAVASAMENTO DOS DISCOS VERTEBRAIS

Com o intuito de delimitar a amostra, foi eleito um acometimento físico específico para o aprofundamento nos estudos da dor crônica que esta pesquisa tem como proposta.

Com a melhoria das possibilidades diagnósticas, algumas doenças passaram a ser mais estudadas e valorizadas (Martins, Puertas, Wajchenberg, 2014). Dentre elas, a hérnia de disco, uma discopatia degenerativa, sendo a de maior relevância na patologia do aparelho locomotor (Sakata, 2008).

A coluna vertebral é composta por vértebras e em seu interior existe um canal onde a medula espinhal ou nervosa está situada. Entre as vértebras cervicais, torácicas e lombares, estão os discos intervertebrais, estruturas em forma de anel, constituídas por tecido cartilaginoso e elástico cuja função é evitar o atrito entre as vértebras e amortecer o impacto (Negrelli, 2001).

Figura 3 - Coluna vertebral com discos normais e coluna vertebral com hérnia de disco

Fonte: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAgxEkAG/018-anatomy-book-hernias-disco>

Figura 4 - Fatia da coluna vertebral com disco normal e coluna vertebral com hérnia de disco

Fonte: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAgxEkAG/018-anatomy-book-hernias-disco>

A hérnia de disco é um processo em que os discos intervertebrais desgastam-se com o tempo e o uso repetitivo, provocam o seu deslocamento e parte do conteúdo sai da posição normal, comprimindo as raízes nervosas que emergem da coluna, pelo deslocamento da massa central do disco nos espaços intervertebrais. Esta saída do núcleo pulposo para fora dos limites do disco pode ser protrusa (compressão aumentada do núcleo pulposo sobre os anéis fibrosos, ocorrendo uma lesão mais extensa, com abaulamento dos anéis fibrosos e compressão da medula ou as raízes nervosas adjacentes), extrusa (lesão completa dos anéis fibrosos, causando o extravasamento do conteúdo do núcleo pulposo em direção à medula espinhal ou à raiz nervosa) ou sequestrada (o mesmo que extrusão, porém, um ou mais fragmentos do núcleo pulposo e/ou dos anéis fibrosos podem migrar para o canal medular, comprimindo a medula espinha ou a raiz nervosa) (Sakata, 2008).

Figura 5 - Tipos de Hérnia de Disco

Fonte: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAgxEkAG/018-anatomy-book-hernias-disco>

As compressões das diferentes raízes causam alterações que levam às distintas localizações de hérnia. Os locais mais frequentes de hérnias de disco lombar são nos espaços L4-L5 (compressão da 5ª raiz lombar) e L5-S1 (compressão da 1ª raiz sacral) (Sakata, 2008).

Figura 6 - Ressonância magnética demonstrando a presença da hérnia nível L4-L5 e L5-S1

Fonte: <http://iemfisioterapia.com.br/tratamento-coluna.html>

Seus principais fatores de risco são a influência genética, envelhecimento, causas ambientais e posturais, desequilíbrios musculares, sedentarismo, tabagismo e o hábito de levantar e/ou carregar muito peso (Negrelli, 2001, Vialle, Vialle, Henao & Giraldo, 2010).

Ela pode ser assintomática, provocar dor de intensidade leve, moderada ou tão intensa que pode ser incapacitante, assumindo características aguda ou crônica. Os sintomas são diversos e estão associados à área em que foi comprimida a raiz nervosa. Os mais comuns da hérnia de disco lombar são: parestesia (formigamento) com ou sem dor nos membros inferiores, podendo se estender até o pé; dor na coluna; na coluna e na perna (e/ou coxa) ou apenas na perna ou na coxa (Negrelli, 2001, Vialle et al., 2010).

O tratamento clínico conservador tem sido a primeira escolha de tratamento biomédico, cujos objetivos são o alívio da dor, o retardamento da progressão da doença e a preservação da capacidade funcional. O quadro pode ser revertido com o uso de analgésicos e anti-inflamatórios, repouso e sessões de fisioterapia, a acupuntura vem

sendo, progressivamente, incluída no instrumental terapêutico. Na escolha do tratamento, se cirúrgico ou clínico, é considerado o déficit motor e a gravidade dos sintomas. A cirurgia só é indicada quando o paciente não responde ao tratamento conservador e nos casos de compressão do nervo exercida por parte do disco que extravasou (Negrelli, 2001).

1.5 PERSPECTIVAS PSICOANALÍTICAS DE COMPREENSÃO DA DOR

Para discutir o tema da dor, a ideia inicial para esta pesquisa é de utilizar-se das contribuições de autores psicanalíticos para ampliar esta compreensão psicodinâmica.

George L. Engel (1913-1999), psiquiatra e psicanalista norte-americano, passou a maior parte da sua carreira trabalhando na Universidade de Rochester e em seu hospital (Nova Iorque), é conhecido pela formulação do modelo biopsicosocial, que busca abordar o ser humano em suas complexas relações mente-corpo-sociedade, promovendo ampla de compreensão do indivíduo (Engel, 1977).

No tocante ao tema da dor, uma grande contribuição de Engel (1959) foi a conceituação do funcionamento psíquico da dor crônica e dos mecanismos de dor, grande relevância para este estudo. O autor considera a dor uma experiência subjetiva que apresenta semelhanças a um afeto, já que tendo sido representada psiquicamente uma vez, não necessita de estímulo periférico para ser novamente sentida. A dor pode também assumir caráter de prazer ou de desprazer, dependendo da relação que se estabelece com ela e dos benefícios e prejuízos que dela decorrem. Para compreender o paciente com dor e pensar em formas de intervenção é fundamental a compreensão do desenvolvimento e da função do seu psiquismo (Engel, 1959).

Considerando as distinções fundamentais entre a dor aguda e crônica para compreensão do fenômeno da dor e de sua prevalência, aspectos psicológicos (subjetivos) e psicossociais auxiliam a compreendê-la de maneira mais integrada. A dor também é, assim, uma experiência particular, e torna-se necessário ouvir a pessoa que a está sentindo para compreendê-la e, ao conhecer o sujeito, torna-se possível entender as reações diante dela e do manejo (Engel, 1959, Loeser, 2009). Ademais, as pessoas respondem de forma diferente ao que elas percebem como dor, e quando é descrita pelo sujeito que a sofre, este entendimento apenas é alcançado pela linguagem por meio de termos e relato de vivências (Engel, 1959).

Engel (1959) supõe que a capacidade de sentir dor seja desenvolvida a partir de experiências induzidas perifericamente, entretanto, após o sujeito ter a experiência de dor, esta pode ocorrer sem o estímulo físico correspondente, assim como na experiência visual ou auditiva. O que causa a dor e a parte que dói ficam registradas no sistema nervoso central e no aparelho mental, divididas em "memórias da dor" e de um "local de dor" (partes do corpo nas quais a pessoa já teve vivências de dores anteriormente). Partindo dessas definições, é possível pensar como pode haver dor sem que haja lesão

tecidual ou patologia orgânica. A memória de dor pode levar a pessoa a buscar ambientes, situações e comportamentos que evitem o sofrimento sentido em decorrência daquela dor (Loeser, 2009, Paula, 2015).

A dor pode também ser considerada uma adaptação do indivíduo para minimizar ou evitar eventuais danos que o organismo esteja exposto, compondo um sistema de proteção. Está também relacionada com o aprendizado sobre o meio ambiente e seus perigos, e sobre o corpo e suas limitações. É um sistema de proteção primitivo e uma das ferramentas utilizadas pelo ser humano para manter-se em seu ambiente. Ao funcionar como sistema de alerta e mecanismo de defesa, ajuda a afastar ou evitar experiências que podem causar sentimento desagradáveis, mas, também, pode ser vivenciada como meio de alcançar gratificações, mesmo que tenha de pagar, um alto preço, na forma de sofrimento, dor e suas consequências. Estas relações fazem com que a dor seja considerada um mecanismo psíquico complexo, assumindo papel adaptativo de grande importância na economia psíquica (Engel, 1959).

Os impulsos primitivos encontram no corpo, e mais facilmente no corpo doente, formas de se manifestar, expressando nele o que não teve espaço na dinâmica psíquica. O foco deve ser deslocado da doença para o sujeito que adoece, e a ênfase deixa de estar nos elementos da patologia, mas sim no que ela representa na história de vida de quem adoece (Eksterman, 1994).

Sigmund Freud (1856-1939), médico neurologista e criador da Psicanálise, em seu trabalho intitulado “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (Freud, 1905/1974), compreendeu que as excitações sexuais acompanhavam todas as produções do psiquismo, e a percepção e expressão da dor foi por ele incluída neste processo, inaugurando suas compreensões sobre o masoquismo. Já em 1924, o masoquismo foi interpretado por meio da noção de “mescla pulsional”, sendo possível entender como era possível haver prazer na dor. A partir disto, a questão econômica do prazer passou por uma reformulação, e o princípio de prazer, que antes era compreendido como regulador da vida psíquica, foi colocado em xeque quando analisado do ponto de vista econômico e visto como um problema para a metapsicologia (Freud, 1924/1974, Fortes, 2007).

O masoquismo propõe que possa existir prazer em conjunto com a dor, um prazer que se dá concomitantemente ao aumento da tensão de estímulos. Esse prazer que é experimentado tendo como condição necessária o “consentimento à dor”, não visa o adormecimento da excitação, mas assume uma posição de abertura, ao mesmo tempo

ao prazer e à dor, podendo considerar uma experiência de intensidade, vulnerabilidade e de acolhimento à excitação e que só pode ser encontrada em uma região fora do circuito de evitação da dor (Fortes, 2007).

1.6 HORMÔNIO OCITOCINA E SEU POTENCIAL NO TRATAMENTO DA DOR

Considerando a avaliação psicológica vasta e complexa, pode-se incluir na abordagem psicossomática, enquanto concepção biopsicosocial, também os conhecimentos das Neurociências. Esta investigação pretendeu investigar possíveis interações da ocitocina em pessoas com dor crônica, buscando compreender como ela intervém na experiência subjetiva de desamparo, na percepção e no fenômeno da dor.

O funcionamento humano é comandado por três sistemas, sendo eles o psíquico, o neural e o hormonal ou endócrino, porém, dependendo do momento, cada um deles pode estar mais no comando do que os outros. O sistema hormonal está geralmente associado com o controle das funções metabólicas corporais, como na velocidade das reações químicas nas células, ou envolvido no metabolismo celular, através de mensageiros químicos, chamado hormônios (Guyton, Hall, 1997).

Um hormônio neuropeptídeo (tipo específico de hormônio com cadeia curta de aminoácido) quando secretado, assume controle específico sobre funções psicológicas básicas, como apetite, stress, emoções, sofrimento de separação, sentimentos maternos e sexuais, entre outros (Panksepp, 1998). E, neste processo de regulação do corpo biológico, os sistemas nervoso e hormonal estão inter-relacionados (Guyton, Hall, 1997).

Nos últimos anos, um hormônio chamado ocitocina tornou-se um dos peptídeos mais estudados do sistema neuroendócrino humano, devido seus fortes indícios de potencial terapêutico, mas também, seus efeitos e a sensação de bem-estar, presente no processo de empatia e no processo de vinculação inicial mãe-bebê (Bethlehem, Honka, Bonnie Baron-Cohen, 2013).

A ocitocina, do grego: *okytokine*, sendo literalmente traduzida, significa “nascimento rápido”, remetendo aos efeitos que possui na indução de contrações uterinas no parto (Mameli comporet al., 2014). É produzida nos núcleos paraventricular e supra-optico, e posteriormente armazenada no hipotálamo, podendo ter ações central, ou periférica (Ross, Young, 2009, Carter, 1998, Mameli et al., 2014).

Figura 7 - Síntese central da ocitocina.

Abreviaturas: OT: oxitocina; PVN: núcleo paraventricular; SON: núcleo supraóptico.
 Fonte: Tracy, Georgiou-Karistianisa, Gibson & Giummarra, 2015.

A ocitocina tem funções de neurotransmissor e neuromodulador (Tracy et al, 2015), e entre os efeitos periféricos como neuromodulador, podemos citar, além das contrações uterinas no parto, a redução do sangramento durante o parto; o estímulo da liberação do leite materno para a lactação; e entre os efeitos centrais, o desenvolvimento do apego e a empatia entre pessoas e medo do desconhecido (Bethlehem et al., 2013; Lee, Macbeth, Pagani, 2009).

Hormônios hipotalâmicos ocitocinérgicos também podem ser projetados para áreas cerebrais centrais específicas que estão envolvidas na modulação da motivação, do desempenho sexual, do bem-estar, alívio do stress (Lima, 2017) e também da percepção da dor (Melis, Argiolas, 2011, Stevens et al., 2013, Mameli et al., 2014).

Evidências sugerem que a ocitocina têm potencial para modular a experiência de dor em consequência de sua presença em regiões centrais e periféricas (Tracy et al., 2015) e na modulação de múltiplas funções fisiológicas e psicológicas (Goodin et al., 2016, Tracy et al, 2015). Por essa capacidade multifuncional, a ocitocina pode apresentar, também, um mecanismo interessante de ação na analgesia endógena (Juif, Poisbeau, 2013, Goodin et al, 2015)

Múltiplos núcleos do tronco cerebral têm a capacidade de modular o processamento de informações sensoriais e o neurotransmissor ocitocina possui participação fundamental na modulação da entrada sensorial (Rinaman, 2007, Goodin et al, 2016). Os núcleos do tronco cerebral formam conexões sinápticas ao longo do sistema nervoso central e com os neurónios do cordão da espinha dorsal, permitindo a ocitocina funcionar como um neurotransmissor e influenciar a neurotransmissão (Goodin et al, 2016).

Uma revisão sistemática recente forneceu análise compreensiva sobre o uso de ocitocina como um potencial agente analgésico (Rash, Aguirre-Camacho, Campbell, 2014). Outro estudo sugere que existe boa relação entre a concentração de ocitocina e a modulação da dor na enxaqueca, contribuindo na melhora da sintomatologia álgica (Wang et al, 2013). Outros dois estudos clínicos confirmam que a administração da ocitocina intracerebral e intratecal induzem efeitos analgésicos em pacientes com dor na coluna vertebral (Yang, 1994, Mameli et al, 2014).

Em contraponto, o ensaio randomizado de Zunhammer, Geis, Bush e Greenlee (2015) investigou, com uma metodologia experimental, o efeito da ocitocina intranasal na percepção e processamento do calor nociceptivo em voluntários saudáveis do sexo masculino. O estudo forneceu a hipótese de um efeito específico positivo da ocitocina na dor; no entanto, não foi confirmado.

A participação da ocitocina no comportamento social tem sido investigada por meio de duas abordagens. Na primeira, pesquisadores examinaram diferenças no comportamento social ou na cognição humana após administração exógena de ocitocina (intranasal). Neste caso, a farmacocinética da OT, ainda, não é totalmente compreendida, e não se sabe a quantidade de ocitocina que chega aos locais-alvos cerebrais. Na segunda abordagem, e como desdobramento da primeira, ainda não se adquiriu conhecimento se a administração exógena de ocitocina pode interagir com a ocitocina endógena já presente no corpo biológico ou com outros hormônios (McCullough et al, 2013).

A literatura científica enfatiza a necessidade de se existir um método confiável, específico e disponível para medição da ocitocina, de forma que possa ser adotado como padrão ouro na área, contribuindo para os avanços na compreensão dos papéis da ocitocina na cognição humana e comportamento social (McCullough, Churchland, Mendez 2013). Pesquisas sobre os efeitos psicológicos e neurobiológicos da ocitocina, assim como sobre suas aplicações terapêuticas, têm aumentado desde as

últimas décadas. Porém, na literatura consultada, não foram encontrados trabalhos que correlacionassem possíveis efeitos da ocitocina em pessoas com dor crônica na vivência subjetiva de desamparo e na percepção da dor.

1.7 EFEITO PLACEBO

Visando evidenciar as possíveis interações da ocitocina sobre a experiência subjetiva de desamparo e percepção de dor, este capítulo foi inserido na introdução deste projeto para possibilitar melhor compreensão da intervenção experimental utilizada na metodologia desta pesquisa.

Diferentemente do que se acreditava até pouco tempo, placebos não são meras substancias inertes. Eles são feitos de palavras e rituais, símbolos e significados, e sua administração, dentro de um conjunto de estímulos sensoriais e sociais. É um fenômeno psicobiológico e psicossomático, que ocorre após a administração de uma substância inerte ou de um tratamento fictício, seguido da sugestão verbal de um possível benefício que esta substancia administrada possa vir a fornecer (Benedetti, Carlino, Pollo, 2011).

O termo “placebo” foi originalmente usado para significar qualquer efeito/melhoria que ocorre após a administração de uma substância inerte (placebo), incluindo remissão espontânea, possíveis vieses, e assim por diante. Já o efeito placebo diz respeito a modificações biológicas, num indivíduo, ocasionada pela administração do placebo, podendo representar a resposta psicofisiológica real no processo cérebro/mente, inserido num contexto de estímulo (como a sugestão verbal) de uma possível melhora clínica, fazendo o paciente acreditar que o tratamento é real e efetivo (Benedetti, 2008).

Na área da saúde, percebe-se a necessidade de uma atenção ampla ao ser humano, não sendo possível compreendê-lo sem observar seu funcionamento global, forçando o diálogo entre os saberes fragmentados e possibilitando intervenções mais adequadas. Assim, na maneira de compreender este fenômeno, o mundo interno e o psiquismo humano também devem ser contemplados, não se compreendendo o efeito placebo apenas pelo prisma biológico, mas sim contemplando a história de vida do sujeito e suas significações psicológicas (Campos, Rodrigues, 2005).

O efeito que segue após a sua administração pode ser atribuído ao contexto bio-psico-social que envolve o paciente, expectativas, confiança, esperança e antecipação de melhora clínica. Porém, outros elementos podem ser considerados, como a relação entre médico e paciente, as expectativas e necessidades do paciente, sua personalidade e estado psicológico, a severidade e o desconforto ocasionados pelos sintomas, além do tipo de instrução verbal que foi dada e as características do preparo e o ambiente. Com o intuito de se obter um melhor efeito, cada um destes fatores podem ser manipulados

pelo pesquisador, apesar de em um experimento não ser tão fácil manipular tantos fatores independentes (Benedetti, 2008, Benedetti, Carlino, Pollo, 2011).

Pode-se também considerar que exista interação na unidade mente-corpo no placebo, pois neste fenômeno ocorre uma mudança na unidade, como resultado do significado simbólico que se atribui a um objeto ou um evento no ambiente de cura. Símbolos induzem expectativas de resultado, destacando o papel crucial do significado e da expectativa. Sendo assim, no contexto da psicologia, o conceito de placebo concentra-se em fatores proximais ou internos - como expectativas, crenças e a relação mente-corpo (Benedetti, 2008).

Considerando o raciocínio psicodinâmico, a definição psicanalítica de sugestão pode ser contemplada nesta compreensão, significando o “termo que designa um meio psicológico de convencer um indivíduo de que suas crenças, suas opiniões ou suas sensações são falsas e de que, inversamente, as que lhe são propostas são verdadeiras” (Roudinesco, Plon, 1998, p.735), como um efeito placebo. A sugestão assume um meio fundamental da vida psíquica de um indivíduo, um fenômeno primário e irreduzível, onde o orgânico e o psíquico se inter-relacionam, de forma intensa e auto evidente.

1.8 A QUESTÃO DO ESTADO DE DESAMPARO PRIMORDIAL DO SER

“Na arte de viver todo indivíduo[...] tem de descobrir por si mesmo de que modo específico ele pode ser salvo”(Freud, 1930).

Buscando a compreensão de alguns fatores psicológicos relevantes da interação mente e corpo em pacientes com dor crônica, o referencial psicanalítico foi o escolhido. Ao pensar psicanaliticamente e levando em consideração que a mesma considera a relação mente e corpo, este projeto se utilizará do conceito freudiano de vivência de desamparo, com o intuito de ampliar a compreensão deste movimento psicodinâmico.

A literatura psicanalítica enxerga a experiência do nascimento e da primeira infância fundamentais no desenvolvimento psicológico do indivíduo, podendo este ser afetado e possuindo estrita relação no processo de instauração da subjetividade (Prado, 2012).

A palavra *Hilflosigkeit*, utilizada por Sigmund Freud em seus escritos, faz referência a uma problemática que, ao longo de sua obra, foi para ele uma referência constante (Menezes, 2012).

A condição de “ausência de ajuda” da *Hilflosigkeit* de Freud remete à tensão interna que o bebê experimenta, desamparo este estruturante e fundante do psiquismo que assume posição fundamental na constituição psíquica e faz parte da condição geral no funcionamento psíquico de qualquer sujeito. Desamparo refere à condição de ausência de ajuda e de falta de proteção, remetendo à um estado de privação de meios de sustentação da vida, esquecimento, solidão, sem ter em quem agarrar-se, apoiar-se, escorar-se (Menezes, 2012).

Laplanche e Pontalis (1992) atribuem o termo estado de desamparo ao:

Estado do lactente que, dependendo inteiramente de outrem para a satisfação das suas necessidades (sede, fome), é impotente para realizar a ação específica adequada para pôr fim à tensão interna. Para o adulto, o estado de desamparo é o protótipo da situação traumática geradora de angústia (p. 112).

Ainda nas definições de Laplanche e Pontalis (1992), a tradução do termo desamparo pode estar referido à “impotência do recém-nascido humano que é incapaz de empreender uma ação coordenada e eficaz (*motorische Hilflosigkeit*)” – impotência motora que o impossibilita de atingir uma ação coordenada que satisfaça necessidades vitais - e, “do ponto de vista econômico, tal situação leva ao aumento da tensão da necessidade que o aparelho psíquico não pode ainda dominar (*psychische Hilflosigkeit*)” (Laplanche e Pontalis, 1992, p. 112) – em decorrência do aumento da tensão e de o

aparato psíquico não conseguir dominar a vivência, que é experienciada como desprazer. O desprazer é então o traço em comum entre a situação de perigo do nascimento e as a *posteriore*, sendo para o adulto o modelo da situação traumática e geradora de angústia (Menezes, 2012).

O termo *Hilflosigkeit* abrange a questão do desamparo, e pode também contribuir na compreensão de vivências traumáticas e pós-traumáticas, nas quais o sujeito pode entrar em contato com o desamparo inerente à natureza humana, remetendo-o à impotência do recém-nascido humano, dada as similaridades das vivências. Podemos relacionar esta “re-vivência” como uma via de mão dupla, e esta ida (a vivência do passado) podendo retornar, e o sujeito reviver o seu próprio estado de desamparo (Prado, 2012).

A vivência da dor é experienciada como uma imposição do ambiente, é uma exposição do sujeito no mundo, fazendo com que o indivíduo acometido se sinta mais inseguro, indefeso, sem ferramentas para lidar e tendo que abrir mão da própria onipotência. É estar numa vivência de cheio e vazios, cheio de estímulos, mas com vazios nas referências para se apegar. É o aprisionamento do corpo atrelado a uma vivência arcaica (Prado, 2012; Vieira, 2006).

Desamparo diz respeito à incompletude, ao limite, à finitude e ao imprevisível. É necessário que o sujeito crie possibilidades afetivas para enfrentar a *Hilflosigkeit*, procurando destinos para seu desamparo e procurando lidar com esta condição (Menezes, 2012).

1.9 INTERAÇÃO MENTE E CORPO

“A cadeia dos processos fisiológicos no sistema nervoso provavelmente não tem uma relação de causalidade com os processos psíquicos (...) cada membro da cadeia fisiológica corresponde, a partir de dado momento, a um fenômeno psíquico” (Freud, 1891).

Um olhar atento sobre a produção teórica e prática da Psicossomática, de imediato constata-se que o percurso percorrido por este campo do conhecimento é cheio de acidentes, tortuoso e com desvios de seus principais pressupostos. Fica claro que ao falarmos de Psicossomática, obrigatoriamente, devemos delimitar de forma pertinente este conceito e explicitar o que ele nos significa, pois, se faz necessário o alerta, existe uma enorme confusão conceitual em relação a ele, embora, nem sempre, isto seja explicitado, o que possibilita a falsa ideia de que a noção de Psicossomática seja homogênea. Concretamente percebemos que existe um grande número de significados e tendências na Psicossomática (Rodrigues & França, 2010).

Engel, (1967) adverte *there are almost as many conceptualizations as there conceptualizers* e nesta mesma direção o correspondente verbete no Dicionário Internacional de Psicanálise (2005) é severo, “fenômeno psicossomático, entrelaçamento de Psique e Soma, permanece problemático e suscitou numerosas hipóteses, a ponto de ‘babelizar’ um pouco este conceito” Mijola (2005).

Um marco em seu processo de construção enquanto campo organizado do conhecimento, a pedra fundamental, emergiu com Helen Flanders Dunbar com seu livro *“Emotions and bodily changes”, A Survey of Literature on Psychosomatic Interrelationships, 1910-1953*, em 1935.

A Psicossomática passa a designar um conceito, uma disciplina científica, na década de 20 do século XX, tendo como pavimento, além de Helen Dunbar, os trabalhos existentes na literatura alemã e da Europa central, dos referenciais da Medicina Antropológica, com as formulações de Sigmund Freud e o incremento da produção psicanalítica e com a fundação do periódico *Psychosomatic Medicine*, em 1939.

Ressalta-se que quando Helen Dunbar lança o seu livro, um dos alicerces fundamentais da disciplina psicossomática, ela a designa como o *“between field”* (Dunbar, 1954), o que está entre campos, na interface, e não como fator etiológico de um campo sobre o outro. Este referencial foi reforçado no conteúdo do editorial

(statement) de fundação do periódico “Psychomatic Medicine”: “This journal is devoted not to the isolated problems of the diseased mind or the diseased body, but to the interrelationships between emotional life and bodily processes both normal and pathological” (Introductory Statement, 1939).

A perspectiva considerada neste projeto propõe que tanto as respostas físicas quanto as psíquicas expressam a forma de cada indivíduo se relacionar com o mundo, posicionando-se como campo interdisciplinar, perspectiva bastante semelhante aos objetivos e propósitos das sociedades científicas de Psicossomática ao redor do mundo. Destaca-se que não é adotado o referencial psicogenético, que trabalha com a ideia dualista de doença e/ou sintoma psicossomático.

Vale frisar que já em 1964 a Organização Mundial de Saúde, emitiu um boletim sobre Psicossomática, onde alertava para a impropriedade do termo doença psicossomática, visto que ele atentava frontalmente com os objetivos e a razão de existir da própria psicossomática, que é a visão integral, biopsicossocial do processo saúde-doença no ser humano.

A concepção e proposta interdisciplinar da Psicossomática compreende o ser humano como um ser biopsicossocial, tanto na saúde quanto na doença, considerando a totalidade humana e se propondo a promoção e atenção à saúde, e não apenas um entendimento exclusivo da doença, do sintoma manifesto. Seus pilares estão assentados nos conhecimentos da Fisiologia (Psicofisiologia), Patologia Geral, Psicologia Social, Psicologias Dinâmicas (dando ênfase à Psicanálise) e das concepções bio-psico-sociais. Propõe que tanto as respostas físicas quanto as psíquicas expressam a forma de cada indivíduo se relacionar com o mundo, desta forma a doença é então compreendida como uma resposta de uma pessoa que vive em sociedade, que está envolvida em outros sistemas, e não um evento casual (Rodrigues, Campos & Pardini, 2010). Para que se possa alcançar as motivações do fenômeno humano, a biografia da pessoa necessita ser conhecida, estudada e compreendida, já que, ao longo de sua vida, estruturou e construiu formas de ser, de sentir e de reagir aos diversos estímulos do ambiente, em prol da manutenção de sua homeostase (Rodrigues, França, 2010).

Para Engel (1959), a psicossomática é o objeto de estudo e o campo mais complexo de toda a medicina (da área de saúde), e para compreendê-la é necessário incluir todos os aspectos da vida e do viver, desde os ambientes físico e sociocultural, até os componentes subjetivos do sujeito. É uma abordagem que está interessada nas maneiras pela quais os fatores psicológicos e somáticos interagem no todo da sequencia

de eventos que constituem uma experiência particular de doença. O significado da palavra psicossomática é um adjetivo, que ao ser relacionado com qualquer substantivo dá qualidade a uma ação, uma postura frente ao processo saúde-doença e sujeito e identifica o fenômeno e o processo na interface entre a ordem psicológica e a ordem somática. (Engel, p 5, 1967).

A abordagem psicossomática está preocupada com o modo como os fatores psicológicos e somáticos interagem antes, durante e após a experiência particular da doença. É também considerado pelo autor que muitas doenças são uma das formas do organismo se ajustar as mudanças no ambiente interno e externo e os fatores socioculturais, biológicos e psicológicos interagem e influenciam na etiopatogenia e no curso da doença (Engel, p.6, 1967).

Campos e Rodrigues (2005) compreendem a psicossomática como o “estudo sistemático das relações existentes entre os processos sociais, psíquicos e transtornos de funções orgânicas ou corporais”, partindo-se do modelo bio-psico-social, que Engel (1977), propôs ao desenvolver seu pensamento sobre o complexo funcionamento do ser humano e que é considerado e utilizado neste projeto. Os autores também a consideram um “exercício pretensamente interdisciplinar”, que busca superar fragmentações e cruzar fronteiras disciplinares. A doença é vista como a expressão do organismo, além de revelar como um indivíduo lida com ele mesmo e com seu meio, onde respostas físicas e psíquicas estão concomitantemente relacionadas (Campos, Rodrigues 2005).

Ainda no final do século XIX, S. Freud (1895/1996) apresentou através de seus estudos com as mulheres histéricas sintomas corporais como manifestações de conflitos psíquicos, associando a repressão dos conflitos psicológicos com a conversão em sintomas físicos. Estes estudos assumem a lógica psíquica, baseada nas experiências e na história de vida do sujeito, a partir de suas respectivas representações simbólicas de seus corpos. Este raciocínio, restrito à compreensão do fenômeno histórico descrito por S. Freud (1895/1996), podem também contribuir para a visão integral de corpo e mente, e a presente influência de um sobre o outro.

Eksterman (1994) propõe que a abordagem original da psicossomática buscou no embasamento teórico de Freud sobre a histeria na compreensão simbólica de outras doenças. Entretanto, os mecanismos psicodinâmicos são diversos (Rodrigues, Campos, Pardini, 2010), e apenas interpretar o sintoma não possibilita a cura da doença orgânica. A histeria é enquadrada como um distúrbio de representação do corpo, e as enfermidades físicas, “reações adaptativas mal sucedidas do corpo”, ocorrendo tanto

devido aos estresses biológicos quanto psicossociais (Eksterman, 1994, p. 13). A partir deste raciocínio, a dor pode ser considerada uma adaptação do indivíduo para minimizar ou evitar possíveis ameaças que o corpo esteja sofrendo, compondo o sistema de proteção e estando relacionado tanto aos aprendizados sobre os perigos do meio ambiente quanto às limitações do corpo (Engel, 1959).

2. REVISÃO DA LITERATURA

A busca do material bibliográfico foi conduzida por etapas. Primeiramente, foram consultadas as bases de dados eletrônicas: BVS-Psi, BVS Salud, Index-Psi, LILACS, PsycINFO, PubMed, Science Direct, Scopus, e Web of Science. Os descritores utilizados foram “chronic pain” AND “back pain” AND “psychology”. Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão de material: a) estudos originais, b) dor lombar crônica e interfaces com psicologia como tema principal, c) texto completo disponível, d) inglês ou português como idiomas de publicação, e) publicação no período compreendido entre 2011 e 2016. As buscas foram realizadas durante o mês de maio de 2016. Foi realizada a leitura dos títulos, excluindo aqueles que se distanciavam do objeto de estudo (cf. item “b” acima). Os trabalhos nos quais não houve clareza de conteúdo pelo título foram mantidos para a próxima etapa. Em seguida, foi realizada a leitura dos resumos, buscando a presença dos temas escolhidos. A seleção dos artigos e a extração dos dados foram realizadas por dois juízes cegos. No caso de não haver consenso acerca da inclusão ou exclusão de algum artigo, o material foi encaminhado a um terceiro juiz, também cego.

Foram encontrados 8.549 estudos. Destes, após análise de título, 205 foram mantidos para análise de resumo. Após a leitura dos resumos foram excluídos 130 artigos e, após a remoção de duplicatas (n=5), 70 artigos restantes foram lidos em seu inteiro teor e incluídos nesta revisão, conforme se pode observar no fluxograma do processo de seleção dos artigos (Figura 8).

As análises mantiveram enfoque nas características metodológicas e nos resultados dos artigos que se adequaram aos critérios de inclusão. Elas foram qualitativas.

Figura 8- Fluxograma do processo de obtenção dos artigos selecionados para a revisão

Tabela 1 – Relação dos artigos incluídos na revisão

Autor	Ano de Publicação	Título
Ramonda, A., Bouton, C., Richard, I. et al.	2011	Psychosocial risk factor for chronic low back pain in primary care - a systematic review.
McCluskey, S., Brooks, J., King, N., Burton, K.	2011	The influence of ‘significant others’ on persistent back pain and work participation: A qualitative exploration of illness perceptions.
Tlach, L., Hampel, P.	2011	Long-term effects of a cognitive-behavioral training program for the management of depressive symptoms among patients in orthopedic inpatient rehabilitation of chronic low back pain: a 2-year follow-up.
McCracken, L. M., Gutiérrez-Martínez, O.	2011	Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy.
Kindermans, H. P., Huijnen, I. P., Goossens, M. E. et al.	2011	“Being” in pain: The role of self-discrepancies in the emotional experience and activity patterns of patients with chronic low back pain.
Peeters, P. A., Vlaeyen, J. W.	2011	Feeling More Pain, Yet Showing Less: The Influence of Social Threat on Pain.
Mirjalilia, R. A., Besharata, M. A., Koochia, S.	2011	The moderating role of self-efficacy on the relationship between alexithymia and severity of pain in chronic pain patients.
Tooyserkania, M. A., Besharata, M. A., Koochi, S.	2011	The moderating role of positive and negative affects on the relationship between alexithymia and experience of pain in chronic pain patients.
Williams, L. J., Pasco, J. A., Jacka, F. N., Dodd, S., Berk, M.	2012	Pain and the relationship with mood and anxiety disorders and psychological symptoms.

van Hooff, M. L., Avest,W., Horsting, P. P. et al.	2012	A short, intensive cognitive behavioral pain management program reduces health-care use in patients with chronic low back pain.
Sanderson, K. B., Roditi, D., George, S. Z. et al.	2012	Investigating patient expectations and treatment outcome in a chronic low back pain population.
Andersson, G., Johansson, C., Nordlander, A., Asmundson, G. J.	2012	Chronic Pain in Older Adults: A Controlled Pilot Trial of a Brief Cognitive-Behavioural Group Treatment.
Moradi, M.; Hagmann, S., Zahlten-Hinguranage, A. et al.	2012	Efficacy of Multidisciplinary Treatment for Patients With Chronic Low Back Pain A Prospective Clinical Study in 395 Patients.
Issner, J. B., Cano, A.; Leonard, M. T., Williams, A. M.	2012	How Do I Empathize With You? Let Me Count the Ways: Relations Between Facets of Pain-Related Empathy.
Scholich, S.L., Hallner, D., Wittenberg, R.H. et al.	2012	The relationship between pain, disability, quality of life and cognitive- behavioural factors in chronic back pain.
van Damme, S., Moore. D. J.	2012	From the clinic to the lab (and back)—a call for laboratory research to optimize cognitive behavioural treatment of pain.
Reese, C., Mittag, O.	2013	Psychological interventions in the rehabilitation of patients with chronic low back pain: evidence and recommendations from systematic reviews and guidelines.
Esteves, J. E., Wheatley,L., Mayall, C., Abbey, H.	2013	Emotional processing and its relationship to chronic low back pain: Results from a case-control study.
van Wilgen,C. O., van Ittersum, M. W., Kaptien, A. A.	2013	Do illness perceptions of people with chronic low back pain differ from people withouth chronic low back pain?

Vereckei, E., Susanszky, E., Kopp, M. et al.	2013	Psychosocial, educational, and somatic factors in chronic nonspecific low back pain.
Misterska, E., Jankowski, R., Gtowacki, M.	2013	Chronic pain coping styles in patients with herniated lumbar discs and coexisting spondylotic changes treated surgically: Considering clinical pain characteristics, degenerative changes, disability, mood disturbances, and beliefs about pain control.
Ivo, R., Nicklas, A., Dargel, J., Sobottke, R. et al.	2013	Brain structural and psychometric alterations in chronic low back pain.
Domenech, J., Baños, R., Peñalver, L. et al.	2013	Design considerations of a randomized clinical trial on a cognitive behavioural intervention using communication and information technologies for managing chronic low back pain.
Gorczyca, R., Filip, R., Walczak, E.	2013	Psychological Aspects of Pain.
Haanstra, T. M., Hanson, L., Evans, T. et al.	2013	How do low back pain patients conceptualize their expectations regarding treatment? Content analysis of interviews.
Brunner, E., Herdt, A., Minguet, P. et al.	2013	Can cognitive behavioural therapy based strategies be integrated into physiotherapy for the prevention of chronic low back pain? A systematic review.
Shahni, R., Shairi, M. R., Moghaddam, M., Zarnaghash, M.	2013	Appointment the Effectiveness of Cognitive-behavioral Treatment of Pain on Increasing of Self-efficacy in Patients with Chronic Pain.
Fischer, C. A., Neubauer, E., Adams, H. S., Schiltewolf, M., Wang, H.	2014	Effects of multidisciplinary pain treatment can be predicted without elaborate questionnaires.

Heyduck, K., Meffert, C.	2014	Illness and Treatment Perceptions of Patients with Chronic Low Back Pain: Characteristics and Relation to Individual, Disease and Interaction Variables.
Froud, R., Patterson, S., Eldridge, S. et al.	2014	A systematic review and meta-synthesis of the impact of low back pain on people's live.
Schütze, R., Slater, H., O'Sullivan, P. et al.	2014	Mindfulness-Based Functional Therapy: a preliminary open trial of an integrated model of care for people with persistent low back pain.
Kerns, R. D., Shulman, M., Nielson, W. R. et al.	2014	Can We Improve Cognitive–Behavioral Therapy for Chronic Back Pain Treatment Engagement and Adherence? A Controlled Trial of Tailored Versus Standard Therapy.
Misterska, E., Jankowski, R., Głowacki, M.	2014	Psychometric properties of the Polish language version of the Chronic Pain Coping Inventory-42 for patients treated surgically due to herniated lumbar discs and spondylotic change.
von der Hoeh, N. H., Voelker, A., Gulow, J. et al.	2014	Impact of a multidisciplinary pain program for the management of chronic low back pain in patients undergoing spine surgery and primary total hip replacement: a retrospective cohort study.
Ehde, D. M., Dillworth, T. M., Turner, J. A.	2014	Cognitive-Behavioral Therapy for Individuals With Chronic Pain: Efficacy, Innovations, and Directions for Research.
Linden, M., Scherbe, S., Cicholas, B.	2014	Randomized controlled trial on the effectiveness of cognitive behavior group therapy in chronic back pain patients.

Ferreira, M. S., Pereira, M. G.	2014	The mediator role of psychological morbidity in patients with chronic low back pain in differentiated treatments.
Wertli, M. M., Rasmussen-Barr, E., Weiser, S. et al.	2014	The role of fear avoidance beliefs as a prognostic factor for outcome in patients with nonspecific low back pain: a systematic review.
Wertli, M. M., Eugster, R., Held, U. et al.	2014	Catastrophizing—a prognostic factor for outcome in patients with low back pain: a systematic review.
Mattelliano, D., Scherer, Y. K., Chang, Y. P.	2014	Biobehavioral Pain Profile in Individuals with Chronic Spine Pain.
Jensen, M. P., Turk, D.C.	2014	Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain: why it matters to ALL psychologists.
Koenig, A. E., Kupper, J. R., Skidmore, K. M., Murphy, K. M.	2014	Biopsychosocial Functioning and pain self-efficacy in chronic low back pain patients.
van Hooff, M., Spruit, M.; O'Dowd, J. K. et al.	2014	Predictive factors for successful clinical outcome 1 year after an intensive Combined physical and psychological programme for chronic low back pain.
Burns, J. W., Gerhart, J. I., Bruehl, S. et al.	2015	Anger Arousal and Behavioral Anger Regulation in Everyday Life among Patients with Chronic Low Back Pain: Relationships to Patient Pain and Function.
Hoffmann, K., Peersman, W., George, A., Dorner, T. E.	2015	Associations and Synergistic Effects for Psychological Distress and Chronic Back Pain on the Utilization of Different Levels of Ambulatory Health Care. A Cross-Sectional Study from Austria.
Davis, C. E., Kyle, B. N., Thorp, J., Wu, Q., Firnhaber, J.	2015	Comparison of Pain, Functioning, Coping, and Psychological Distress in Patients with Chronic Low Back Pain Evaluated for Spinal Cord Stimulator Implant or Behavioral Pain Management.

Morley, S., Williams, A.	2015	New Developments in the Psychological Management of Chronic Pain.
Pincus, T., Anwar, S., McCracken, L. M. et al.	2015	Delivering na Optimised Behavioural Intervention (OBI) to people with low back pain with high psychological risk; results and lessons learnt from a feasibility randomised controlled trial of Contextual Cognitive Behavioural Therapy (CCBT) vs. Physiotherapy.
Kamper, S. J., Apeldoorn, A.T., Chiarotto, A. et al.	2015	Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis.
Ramond-Roquin, A., Pecquenarda, F., Schersc, H. et al.	2015	Psychosocial, musculoskeletal and somatoform comorbidity in patients with chronic low back pain: original results from the Dutch Transition Project.
Wernicke, S., Huberts, J. W., Wippert, P. M.	2015	The pain of being misunderstood: Invalidation of pain complaints in chronic low back pain patients.
Jerome, J., Topham, R., Dematatis, A., Corteville, J.	2015	Treatment Outcomes after Combination Interventional and Cognitive Motivational Counseling on Analgesic Medication Use in Patients with Chronic Spine Pain.
Huijnen, I. P. J., Rusu, A. C., Scholich, S. et al.	2015	Subgrouping of Low Back Pain Patients for Targeting Treatments Evidence from Genetic, Psychological, and Activity related Behavioral Approaches.
Darlow, B., Dean, S., Perry, M. et al.	2015	Easy to Harm, Hard to Heal.
Yu, L., Norton, S., Harrison, A., McCracken, L. M.	2015	In search of th eperson in pain: A systematic review of conceptualization, assessment methods, and evidence for self and identity inchronicpain.
Åkerblom, S., Perrin, S., Rivano, Fischer. M., McCracken, L. M.	2015	The Mediating Role of Acceptance in Multidisciplinary Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain.

Edlunda, S. M., Carlssona, M. L., Linton, S. J., Fruzzetti, A. E., Tillfors, M.	2015	I see you're in pain – The effects of partner validation on emotions in people with chronic pain.
Flink, I. K., Smeets, E., Bergbom, S., Peters, M. L.	2015	Happy despite pain: Pilot study of a positive psychology intervention for patients with chronic pain.
Snelgrove, S., Liossi, C.	2015	Living with chronic low back pain: a metasynthesis of qualitative research.
Meucci, R. D., Fassa, A. G., Faria, N. M.	2015	Prevalence of chronic low back pain: systematic review.
Skidmore, J. R., Koenig, A. L., Dyson, S. J. et al.	2015	Pain Self-efficacy Mediates the Relationship Between Depressive Symptoms and Pain Severity.
Hayashi, K., Arai, Y. C., Morimoto, A. et al.	2015	Associations Between Pain drawing and Psychological Characteristics of different Body Region Pains.
Rzeszutek, M., Oniszczenko, W., Schier, K., Biernat-Kaluza, E., Gasik, R.	2015	Trauma symptoms, temperament traits, social support and the intensity of pain in a Polish sample of patients suffering from chronic pain.
Kim, J. H., McMahon, B. T., Hawley, C. et al.	2016	Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Virtue Based Model.
Mills, S., Torrance, N., Smith, B. H.	2016	Identification and Management of Chronic Pain in Primary Care: a Review.
Castelnuovo, G., Giusti, E. M., Manzoni, G. M. et al.	2016	Psychological Treatments and Psychotherapies in the Neurorehabilitation of Pain: Evidences and Recommendations from the Italian Consensus Conference on Pain in Neurorehabilitation.
Darnall, B. D., Scheman, J., Davin, S. et al.	2016	Pain Psychology: A Global Needs Assessment and National Call to Action

Cherkin, D. C., Sherman, K. J., Balderson, B. H. et al.	2016	Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction vs Cognitive Behavioral Therapy or Usual Care on Back Pain and Functional Limitations in Adults With Chronic Low Back Pain A Randomized Clinical Trial.
O’Keeffe, M., Purtill, H., Kennedy, N. et al.	2016	Comparative Effectiveness of Conservative Interventions for Nonspecific Chronic Spinal Pain: Physical, Behavioral/ Psychologically Informed, or Combined? A Systematic Review and Meta-Analysis.
Rodrigues-de-Souza, D.P., Palacios-Ceña, D., Moro- Gutiérrez, L. et al.	2016	Socio-Cultural Factors and Experience of Chronic Low Back Pain: a Spanish and Brazilian Patients' Perspective.

2.1 Discussão dos resultados

2.1.1 *Comorbidades e aspectos psicossociais associados à dor lombar crônica*

A dor crônica e suas repercussões psicológicas constituem importante área do conhecimento que merece ser ampliada, em especial, no campo da psicologia da saúde (Jensen & Turk, 2014), já que os fatores psicológicos desempenham papel de grande importância no fator desencadeante da dor lombar e na sua progressão para uma dor persistente e invalidante. Com relação ao tipo de tratamento mais adequado para este tipo de população, a revisão sistemática de Kamper (2015), com o intuito de avaliar os efeitos a longo prazo da reabilitação biopsicossocial e multidisciplinar para pacientes com dor lombar crônica, concluiu serem estas as intervenções mais eficazes, tomando como parâmetro de comparação os cuidados conservadores e tratamentos físicos no combate à dor. Quanto à reabilitação destes pacientes, sugere-se que seja multiprofissional, para que as comorbidades psicológicas, como ansiedade e depressão, sejam assistidas. Ivo et al. (2013) também sugerem que as comorbidades sejam tratadas e o paciente assistido com um todo.

Assim considerada, a dor crônica lombar, apesar de ser uma condição comum, é desafiadora tanto para os pacientes, quanto para os profissionais que os tratam. O estudo de Esteves, Wheatley, Mayall, Abbey (2013) indicou que fatores psicológicos e psicossociais podem ser vistos como expressões de um processamento emocional disfuncional, particularmente no que diz respeito à supressão das emoções neste tipo de acontecimento físico. Portanto, na avaliação e no manejo dos aspectos psicológicos de pacientes com dor lombar crônica os autores consideraram importante atentar ao papel do processamento emocional na cronificação da doença. Fatores psicossociais, como baixo *status* social, depressão ou insatisfação no trabalho também são conhecidos por promover a cronicidade da dor lombar e reiteram a importância do atendimento multidisciplinar (Fischer et al., 2014, Ivo, 2013).

Snelgrove e Liossi (2015) discutiram a importância do apoio profissional e familiar, a motivação do sujeito e as condições de trabalho por influenciarem a experiência subjetiva de dor. Os resultados identificaram três temas globais inter-relacionados: o impacto da dor lombar crônica no eu; relacionamentos com profissionais de saúde e a organização de cuidados e relacionamentos com familiares e amigos; e por fim, como o paciente lida com sua própria dor, podendo o apoio

profissional e familiar, a motivação e as condições de trabalho, influenciar nesta experiência individual e subjetiva.

Scholich et al. (2012) buscaram estabelecer correlações entre dor, incapacidade, qualidade de vida e fatores de risco psicológico esperados em pacientes que sofrem de dor lombar crônica, como depressão, ansiedade, medo e resistência à dor. Os resultados sugeriram que episódios de cronificação da dor, ao serem olhados isoladamente, tendem a não evidenciar o papel de variáveis psicológicas neste processo.

Esses estudos reforçam a importância de que o acompanhamento do paciente não contemple apenas o diagnóstico médico. Destacam a grande importância de um olhar para questões de cunho psicológico, como a ocorrência de depressão e ansiedade, assim como o medo de sentir dor, o entendimento de fatores psicossociais envolvidos, a presença de comorbidades e consequências em decorrência da dor, sendo estes exemplos todos intimamente associados à cronificação e ao aumento da percepção de dor.

Além de ser um importante problema de saúde pública, a dor lombar também é uma doença incapacitante que afeta diretamente a qualidade de vida de quem a sofre. Sendo que os fatores psicológicos e psicopatológicos citados anteriormente, como ansiedade e depressão, podem ter um impacto muito maior na incapacidade e, consequentemente, na qualidade de vida do que a própria dor em si (Ferreira, Pereira, 2014; Scholich et al., 2012). As conclusões dos estudos reforçam a importância do paciente ser levando-se em consideração associações com variáveis relacionadas às características das pessoas, doença e experiências de internação (Heyduck, Meffert 2014).

2.1.2 Avaliação da dor

Fischer et al. (2014) tiveram como objetivo geral investigar se questionários e escalas são necessários para prever melhorias em pacientes após serem submetidos a intervenções multidisciplinares, tendo como resultado não ser necessário confrontar os pacientes com um questionário extenso e complicado para prever o resultado da terapia multidisciplinar. A justificativa para tal foi feita com base no sucesso terapêutico em uma perspectiva multidimensional, considerando que questionários que incluem muitos itens demoram muito para serem completos, aumentando o risco de desmotivação e abandono por parte dos pacientes.

Foram encontrados 83 instrumentos diferentes para compreensão e avaliação da dor, indicando considerável dispersão quanto ao tipo de instrumento a ser utilizado. Este resultado pode indicar uma dificuldade em se conseguir avaliar a dor, já que a mesma é um fenômeno subjetivo, complexificando sua mensuração e compreensão. Outro componente a ser considerado são os inúmeros sintomas que podem estar associados, tais como ansiedade, depressão, incapacidade, entre outros, ampliando os tipos de instrumentos a serem utilizados para se aproximar de uma possível compreensão multidisciplinar e indicar quais são as variáveis mais importantes ou frequentes neste tipo de população.

O instrumento mais utilizado nos estudos revisados para a avaliação da percepção da dor é a Visual Analogue Scale (VAS), tendo sido utilizada em 14 deles. Esta escala avalia a intensidade da dor no indivíduo e é considerada um instrumento importante para verificação mais fidedigna da evolução e eficácia do tratamento, já que é respondida de acordo com a percepção do paciente sobre sua dor. Consiste em uma linha de 10 cm, composta de uma escala de 0 a 10, onde se encontra escrito em uma das extremidades “Leve” e na outra, “Intensa”, sendo que o próprio paciente assinala o número de intensidade que melhor representa a sua dor. Por ser compreendido em diversas culturas e de fácil interpretação, tem sido um instrumento considerado adequado para a mensuração da dor.

No que respeita à avaliação de outras variáveis importantes, um instrumento frequentemente utilizado é a Health Survey (SF-36), que possibilita mensurar o impacto da dor crônica sobre a qualidade de vida desta população. É um instrumento genérico que avalia qualidade de vida, de fácil administração e compreensão. Consiste em um questionário composto por 36 itens, englobados em 8 escalas ou domínios, que são: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, com escore final de 0 a 100, sendo 0 correspondente ao pior estado de saúde geral e 100, ao melhor estado de saúde.

Pode-se considerar que as escalas VAS e SF-36 possuem fundamentação teórica coerente, estudos sobre características de precisão e validade, procedimentos de administração, correção e interpretação para serem utilizadas em pacientes com dor lombar crônica.

2.1.3 Manejo da dor

O estudo de Skidmore et al. (2015) propôs examinar as relações entre sintomas depressivos e a gravidade da dor em uma amostra de pacientes com dor lombar crônica. Os resultados sugeriram que mudanças nos sintomas depressivos refletiram numa mudança significativa na gravidade da dor.

A perspectiva multidisciplinar no tratamento do paciente com dor lombar crônica ficou evidente ao longo dos estudos selecionados e parte do princípio de que o melhor manejo consistiria em uma variedade de diferentes estratégias de intervenção, como no estudo de Moradi (2012).

Quanto às intervenções psicológicas, van Hooff et al. (2012) avaliaram a estabilidade dos resultados de intervenções cognitivo-comportamentais em grupo em pacientes com dor lombar crônica, consistindo em psicoeducação na perspectiva cognitivo-comportamental e atividades físicas graduadas. Os achados indicaram diminuição tanto do uso de medicação para controle de dor quanto da necessidade de buscar serviços de saúde (Åkerblom, Perrin, Fischer, McCracken, et al., 2015).

Domenech et al. (2013) tiveram como objetivo conceber um ensaio que investigasse a eficácia, em curto e longo prazos, de tratamento cognitivo-comportamental em pacientes com dor lombar crônica. Os componentes abarcados neste tratamento eram constituídos pela psico-educação, visando sanar os equívocos sobre dor lombar, realçar a relevância de manter um nível adequado de atividade. Os autores sugerem que não há uma terapia padrão ouro para dor lombar crônica, mas reforçam a necessidade de se encontrar novas estratégias de tratamento que possam obter resultados mais eficazes neste tipo de população.

Linden, Scherbe e Cicholas (2014) tiveram como objetivo testar em pacientes adultos, diagnosticados com dor lombar crônica e hospitalizados, se a TCC em grupo seria eficaz em relação à tolerância à dor e à incapacidade, para além dos efeitos sobre a somatização em geral e adicionais aos efeitos de um programa de reabilitação ortopédica. O estudo indicou que os pacientes submetidos à terapia obtiveram melhores respostas ao tratamento e replicou outras pesquisas, aumentando a base de evidências para esta técnica de intervenção.

Schütze et al. (2014) investigaram a viabilidade e a utilidade clínica da implementação da *Mindfulness Based Functional Therapy* (MBFT) para o tratamento da dor lombar persistente, na atenção primária. As intervenções eram realizadas em grupos e envolviam: discussões em grupo, psicoeducação, meditação, entre outras. Os

resultados encontrados foram positivos e os autores sugeriram a implementação deste tipo de terapia na atenção primária à saúde, podendo contribuir na melhora do funcionamento emocional e físico desses pacientes.

Os estudos de Tlach e Hampel (2011), Damme e Moore (2012), Andersson, Johansson, Nordlander e Asmundson (2012), Shahni, Shairi, AsghariMoghaddam e Zarnaghash (2013), Linden, Scherbe e Burkhard (2014), von der Hoehe et al. (2014), Pincus et al. (2015) e Cherkin et al. (2016) também contemplaram a perspectiva comportamental para a compressão da dor e para a eficácia deste tipo de intervenção psicológica em pacientes com dor lombar crônica. Eles sugerem que a assistência ao paciente acometido pela dor crônica tenha uma perspectiva multidisciplinar, incluindo esta perspectiva também em processos de reabilitação. Assim, não só o acometimento físico em si é tratado, mas são consideradas as comorbidades psicológicas, tais como ansiedade e depressão, concomitantemente assistidas. Os resultados foram, no geral, satisfatórios quando o paciente foi submetido à terapia psicológica, apresentando melhoras no tratamento e na percepção de sua dor.

2.2 Considerações

Os resultados dos estudos levantados enfatizam que a dor lombar crônica acarreta ao sujeito grande impacto em sua rotina, necessitando procurar serviços de saúde especializados para buscar tratamento específico. Ademais, reforçam, portanto, a necessidade de contemplar os aspectos emocionais (e não só os aspectos físicos) em uma avaliação psicossocial que possibilite a compreensão mais ampla do paciente que sofre de dor lombar crônica.

Para avaliação da dor, a *Visual Analogue Scale* (VAS) foi a mais utilizada e, para a avaliação da Qualidade de Vida, a SF-36, possivelmente, por serem eficazes e de manejo prático.

Em relação aos tratamentos psicológicos, em função das comorbidades, do impacto que a dor crônica tem sobre a qualidade de vida e de provocar a incapacidade na pessoa, foram realizados estudos em que há a atuação de equipe multiprofissional, nos quais a intervenção psicológica foi comumente descrita como psicoeducacional. No que tange às propostas de terapia psicológica propriamente dita, os estudos concentraram a atenção sobre aquelas de fundamentação cognitivo-comportamental (TCC), comportamental e, mais recentemente, daquelas que aliam o *Mindfulness* à

TCC. Entretanto, não foram observados relatos de uma terapia padrão ouro para dor lombar crônica, nos trabalhos ora analisados, sendo reforçada a necessidade da avaliação das necessidades específicas do paciente por uma equipe multidisciplinar, com a presença do psicólogo, e os ganhos que são acarretados ao paciente, do que em sua abordagem teórica em si.

A delimitação temporal não permitiu verificar os tipos de tratamentos psicológicos estudados em período anterior a 2011 e, assim, entender mais amplamente eventuais razões pelas quais estudos com intervenções fundamentadas em outras teorias psicológicas não terem aparecido nos estudos mais recentes. Essa característica observada também sugere que novas pesquisas possam ser feitas para ampliação dos resultados aqui relatados.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

O presente projeto teve como objetivo geral compreender a experiência subjetiva de desamparo em indivíduos com dor crônica decorrente de hérnia de disco lombar.

3.2 Objetivos Específicos:

- Verificar se a experiência subjetiva de desamparo está presente nestes indivíduos e buscar sua compreensão;
- Evidenciar, ou não, se a experiência subjetiva do desamparo interfere na percepção de dor;
- Evidenciar, ou não, as possíveis interações da ocitocina sobre a vivência de desamparo;
- Investigar a possível inter-relação entre a experiência subjetiva de desamparo, o uso da ocitocina e a percepção de dor.

4. MÉTODO

Ao adotar-se a perspectiva da Psicossomática enquanto uma concepção biopsicossocial conduz a pesquisadora a algumas reflexões e convida a alertar que, as referências de conhecimento utilizados para estudar tais interações, com o intuito de compreendê-los, evocam-se ordens epistemológicas distintas – da biologia, da psicologia e das ciências sociais em uma pluralidade discursiva.

Esta pesquisa não tem como pretensão generalizar seus resultados encontrados, mas ser um estudo qualitativo de caráter experimental – que inclui dados quantitativos da Escala Visual Analógica de Dor (EVA) – que possibilite aprofundar nas questões propostas e auxiliar em futuras pesquisas.

4.1 Desenho clínico-qualitativo

Pretendeu-se utilizar alguns instrumentos da pesquisa descritiva e compreensiva, de caráter predominantemente clínico-qualitativo, semelhante ao proposto por Turato (2011). Este método, articulado a procedimentos quantitativos, buscava ferramentas para compreender e interpretar as relações de sentido e significado que se davam no campo da saúde-doença, considerando e reconhecendo a individualidade dos participantes da pesquisa.

Este método como pilares as atitudes existencialista, psicanalítica e clínica (Turato, 2011). A primeira se dava na medida em que se valorizava a angústia e a ansiedade como motoras da pesquisa; a segunda significava que se utiliza de concepções vindas da dinâmica do inconsciente na análise e discussão dos dados e na aplicação dos instrumentos, considerando a transferência e a contratransferência; o pilar da atitude clínica consistia em levar em consideração o sofrimento do sujeito, possibilitando acolhimento do mesmo através da escuta e do olhar, tendo em primeiro lugar “o desejo e o hábito de dar ajuda terapêutica” (Turato, 2011). Acrescenta-se ainda que prima pelo pluralismo, podendo o pesquisador utilizar de variedade de referenciais teóricos, almejando a interdisciplinaridade.

Deste modo, esse desenho clínico-qualitativo é caracterizado por:

1. Pesquisa naturalística, ou seja, o campo da pesquisa é o ambiente natural do sujeito;
2. Tem que possuir dados descritivos;
3. A preocupação da pesquisa é com o processo;
4. É realizada através do raciocínio indutivo e dedutivo;
5. A questão da significação é essencial;
6. Valorização de instrumentos psicanalíticos básicos.

(Turato, 2011)

4.2 Desenho experimental

A pesquisa também contou com o delineamento experimental, chamado de ensaio clínico randomizado controlado, o qual foi adotado no quinto procedimento (administração da ocitocina ou placebo – soro fisiológico) com o intuito de evidenciar, ou não, as possíveis interações da ocitocina sobre a percepção de dor e investigar a possível inter-relação entre a experiência subjetiva de desamparo.

Para que um delineamento fosse considerado experimental, três condições necessitaram estarem presentes, sendo elas: manipulação de variáveis, controle de variáveis e randomização (distribuição dos pacientes, aleatória, amostra sorteada, que não foram controladas inicialmente, para participar dos diferentes grupos que compõe o experimento – grupo experimental e grupo controle) (Baptista, Campos, 2007, Oliveira, Parente, 2010).

O delineamento experimental trabalha com duas variáveis, sendo elas a variável independente e variável dependente. A variável independente consiste na mudança que o pesquisador realiza (manipulável – manipulação de variáveis), experimental ou exploratória, para mensurar, observar e avaliar o efeito que essa mudança tem em outra variável, sendo ela a variável dependente (Baptista, Campos, 2007). Nesta pesquisa a variável independente foi a ocitocina e a dependente, o participante portador de hérnia de disco lombar que atendeu aos critérios de inclusão e aceite em participar do estudo.

As medidas pré-teste (avaliação) e pós-teste (reavaliação) foram utilizadas para ter maior controle sobre os resultados, possibilitando saber se a variável independente afetou a amostra composta pelo grupo experimental (no pós-teste, ou, reavaliação). E, a

fim de precaver possíveis vieses, esta pesquisa optou em realizar a distribuição duplo-cega dos participantes para sua etapa experimental.

4.3 Pesquisa de Campo

Foi realizada investigação psicológica estruturada em 2 encontros individuais, com duração de aproximadamente 180 minutos o primeiro encontro, e 30 minutos o segundo encontro, em datas e horários acertados entre o pesquisador e o participante de pesquisa. Na sala estavam presentes somente a pesquisadora e o participante e os encontros gravados em áudio e, posteriormente, transcritos para possibilitar melhor análise por parte da pesquisadora, além do necessário registro.

O primeiro encontro se deu pela coleta de dados (vide instrumentos) e o fornecimento da substância aos participantes, juntamente das instruções da forma de uso. O segundo encontro, ocorreu após 28 dias e foi composto pela reavaliação dos participantes.

4.4 Participantes

Os 10 participantes que compuseram a amostra desta pesquisa foram indicados e convidados a participar do estudo pela equipe médica de um serviço especializado no tratamento de doenças da coluna vertebral, a partir de diagnóstico clínico principal de hérnia de disco lombar devido ao comprometido do disco intervertebral para fora dos seus limites normais.

Dentro dos critérios de inclusão, foram incluídos participantes do sexo masculino, entre 35 e 59 anos de idade, cientes de seu diagnóstico médico e num processo crônico de dor.

Dado o envolvimento evolutivo íntimo da ocitocina com a função reprodutiva, não é surpreendente encontrar efeitos distintos no cérebro de machos e fêmeas (MacDonald, Feifel, 2013). Com relação aos estudos clínicos dos efeitos da ocitocina, a diferença em seus efeitos pode ser demonstrada em alguns estudos, como no de Hurlemann et al. (2010) e de Liu, Guastella e Dadds (2012). Entretanto, esses efeitos mostraram-se variáveis, e muitos outros estudos nesta área não encontraram um efeito específico relacionado ao sexo do sujeito, como no estudo de Bartz, Zaki, Bolger e

2011. Portanto, foram incluídos na amostra desta pesquisa somente sujeitos do sexo masculino.

Pensando-se na incidência de hérnia de disco lombar na população brasileira, que chega a atingir de 2 a 3% da população, tem relevante prevalência de 4,8% em homens, acima de 35 anos (Negrelli, 2001, Vialle et al., 2010). Levando em consideração estes dados e a fim de se obter uma amostra homogênea, todos os participantes incluídos do estudo possuíam no momento da entrevista, no mínimo, 35 anos de idade.

4.5 Instrumentos

4.5.1 Entrevista Clínica Semidirigida

Visando facilitar o alcance dos objetivos propostos pelo método clínico-qualitativo proposto por Turato (2011), a entrevista clínica semidirigida de questões abertas proporcionou, tanto para a pesquisadora quanto para o participante, dar direções para a entrevista. Teve-se como intuito obter dados que visassem a possibilidade da análise das histórias de vida de cada participante, assim como as condições e acontecimentos significativos e a compreensão de quais momentos da vida a dor teve início, se intensificou e tornou-se crônica. A entrevista clínica é um método de estudo da história do participante, visando compreender a sua psicodinâmica (Martínez, 1999).

A entrevista clínica semidirigida permitiu também, contextualizar os dados da avaliação do instrumento Teste de Apercepção Temática (TAT), servindo de base para a análise de cada participante.

4.5.2 Escala Visual Analógica de Dor – EVA

Um dos instrumentos mais utilizados no campo multidisciplinar para avaliar a intensidade da dor no indivíduo, é também um instrumento importante para verificação mais fidedigna da evolução e eficácia do tratamento. Consiste em uma linha de 10 cm, composta de uma escala de 0 a 10, onde encontra-se escrito em uma das extremidades “Leve” e na outra, “Intensa”, sendo o próprio paciente quem assinala o número de intensidade que melhor representa a sua dor.

Por ser compreendido em diversas culturas e de fácil interpretação, é um instrumento considerado adequado na mensuração da dor (Sousa, Silva, 2005). Além disso, não é utilizado na comparação de indivíduos, pois sua utilização e mensuração

são individuais, e a marcação que cada um dá para a intensidade da sua dor não é passível de ser comparada, já que a dor é uma experiência subjetiva. Esperava-se que a escala colaborasse na compreensão da percepção da dor, com a possibilidade de investigar a possível inter-relação entre a experiência subjetiva de desamparo, o uso da ocitocina e a da percepção de dor.

4.5.3 Teste de Apercepção Temática (TAT)

O TAT consiste na apresentação de algumas pranchas com imagens para o participante, e a solicitação de que ele crie uma história sobre cada uma delas. Murray desenvolveu este teste pressupondo que frente a uma mesma situação vital, cada indivíduo tem uma experiência diferente, e esta experiência guia suas atitudes quando em contato com a realidade. Deste modo, os desenhos buscam mobilizar diferentes situações vitais para o indivíduo, permitindo que a sua estrutura psicodinâmica seja revelada na história contada (Murray, 1995). A fantasia é evocada através da projeção na lâmina, possibilitando uma baixa na vigilância do ego sobre o inconsciente, favorecendo o surgimento de conflitos existentes no inconsciente (Silva, 1984).

Nesta pesquisa, a aplicação do teste TAT visou compreender componentes importantes do funcionamento psicodinâmico e do mundo interno desta população escolhida para ser estudada, visando compreender a experiência subjetiva de desamparo.

4.5.4 Administração da ocitocina ou placebo

4.5.4.1 Cálculo da dosagem

Foi fornecido a cada um dos participantes da pesquisa, para administração intranasal ocitocina (Syntocinon ® - Spray Nasal – Novartis, Brasil) ou placebo (soro fisiológico) e instruído uso por 28 dias, sendo 05 nebulizações ($5 \times 4 = 20$), duas vezes/dia ($20 \times 2 = 40$), 3 nebulizações em uma narina e duas em outra (Chaves, 2007). Para fazer uso diário durante 28 dias, forneceu-se 6 frascos por participante. O tempo de uso foi baseado em estudos anteriores (Heinrichs, Baumgartner, Kirschbaum & Ehlert 2003, Kosfeld, Heinrichs, Zak, Fischbacher & Fehr, 2005).

4.5.4.2 Kit com frascos

Cada participante recebeu um kit consistido por uma caixa térmica de isopor ($14,5 \times 12 \times 7,5$ cm), e 6 frascos de vidro, de coloração âmbar e capacidade para

10ml/cada. O conteúdo dos frascos foi ocitocina ou soro fisiológico. A apresentação dos kits foi a mais próxima possível. As caixas eram etiquetadas em sua parte superior, com a identificação A ou B que em código informavam qual a substância foi utilizada pelo sujeito, ao final do estudo e o aviso de manter os frascos refrigerados (já que o Syntocinon® - Spray Nasal – Novartis, Brasil – precisa ser mantido em geladeira. Os rótulos foram os mesmos, onde estará escrita a forma de uso do spray nasal.

4.5.4.3 Riscos

Até o presente momento, nenhuma pesquisa relata efeitos adversos e/ou riscos conhecidos associados à administração de ocitocina intranasal (Lange, Kern, McGregor, Bickel & Fehm, 2002). Levantamentos bibliográficos no SibiUSP e no PubMed resultaram negativas para *"ocytocin side effects"*, *"nocious oxytocin effects"*, *"risks of oxytocin"* para administração nasal, nas dosagens (24-40IU) utilizadas em situações experimentais.

A bula do Syntocinon® - Spray Nasal – Novartis, Brasil, spray de ocitocina sintética, utilizada em todos os países onde está disponível, tanto como medicamento como em pesquisas, apresentam a mesma composição. A bula é documento oficial da indústria que manufatura o produto é sancionado pela ANVISA, autoriza o uso em sujeitos humanos como medicamento e em doses muito mais elevadas do que as utilizadas em pesquisa de neurociência e comportamento. Assim, o trabalho de MacDonald et al. (2011) serve de referência para a avaliação de risco das dosagens em situações experimentais neste trabalho, evidências demonstram que a ocitocina intranasal: (1) não produz mudanças subjetivas negativas ou desconfortáveis detectáveis; (2) não produz efeitos colaterais verificáveis e (3) não é associada com resultados adversos quando administrada em 18—40 IU por curto período em condições controladas de pesquisa. Esse estudo criterioso conclui que o uso de curto prazo (pontual, como em nossa pesquisa), os efeitos são: (1) mínimos efeitos colaterais (não distinguíveis do grupo placebo); (2) não há diferenças detectáveis entre o reportado pelos participantes do grupo placebo ou experimental e (3) é seguro o uso com populações mais vulneráveis tanto quanto com indivíduos saudáveis. Relata que só foram encontrados três incidentes de efeitos colaterais indesejáveis: dois devido ao uso inadequado do spray nasal e um vinculado ao uso de longo termo.

Em relação à bula do Syntocinon® comercializado no Brasil, encontram-se algumas indicações de cautela em condições de parto, gravidez e pessoas com

cardiopatias. Os critérios de exclusão desta pesquisa corroboraram com estas informações.

4.6 Procedimentos

4.6.1 Primeiro procedimento

A avaliação do diagnóstico clínico do paciente foi realizada por um médico ortopedista especialista em coluna vertebral. Neste diagnóstico, considerou-se que a dor pode ser classificada em relação à: (1) fisiopatologia, (2) duração, (3) localização, (4) etiologia, (5) dependência do sistema simpático, (6) região afetada e (7) síndrome. Nesta pesquisa, os critérios de indicação para participação do estudo restringiram-se as classificações (1), (2), (3), (4) e (6), considerando-se a dor neuropática funcional, crônica, com localização bem definida (próximo à lesão, podendo exacerbar com movimento), de etiologia orgânica devido ao extravasamento do centro do disco intervertebral para fora dos seus limites normais, e tendo como região afetada a coluna lombar.

4.6.2 Segundo procedimento

Assim que o médico ortopedista da clínica especializada no tratamento de doenças da coluna vertebral avaliava em consulta que o sujeito enquadrava-se nos critérios de inclusão desta pesquisa, este era automaticamente convidado a participar do estudo e orientado a conversar com a pesquisadora após a finalização da consulta médica. Neste contato inicial, era visado pela pesquisadora estabelecer um bom *rapport* com o candidato a participante de pesquisa, a fim de se construir confiança com a pesquisadora e, conseqüentemente, melhor adesão na pesquisa. Após aceite inicial do participante, era agendado dia e horário disponíveis para ambos para a primeira etapa dos procedimentos.

4.6.3 Terceiro procedimento

A partir da concordância e assinatura do TCLE era solicitado que respondesse a EVA, seguido da entrevista clínica semidirigida de questões abertas (vide instrumentos). Através desta ferramenta, tanto a pesquisadora quanto o sujeito tiveram a possibilidade de propiciar direções para a entrevista, facilitando alcançar os objetivos propostos pelo método clínico-qualitativo (Turato, 2011). O intuito era obter dados que

possibilitassem a análise da história de vida do sujeito e a descrição do participante (através da observação e impressão da pesquisadora), o surgimento da dor e seu desenrolar durante a vida (em quais momentos da vida surgiu a dor, se intensificou e como tornou-se crônica), também, sua história familiar; história laboral; relações sociais e histórico médica. Pretendeu-se abordar as principais condições de vida que o participante vivenciou e os acontecimentos que foram significativos a ele.

4.6.4 Quarto procedimento

Aplicação reduzida do TAT (Murray, 1995), seguida do protocolo de aplicação (apresentado mais a diante).

4.6.4.1 Protocolo de aplicação do TAT

Os pressupostos psicanalíticos que sustentam e foram a base do TAT fundamentaram a interpretação e a análise do teste e do material coletado, organizados a partir das concepções de funcionamento do id, ego e superego. Compreendeu-se o TAT a partir das experiências (conscientes, pré-conscientes ou inconscientes) passadas e presentes de cada um dos participantes (Freitas, 2000).

A pesquisadora optou por uma aplicação reduzida de lâminas, suficientes para atingir os conteúdos psicológicos relacionados à temática do desamparo,. Além disso, a escolha das pranchas passou pela supervisão de 3 psicólogos experientes em teste projetivo. Desta forma, a aplicação das lâminas do TAT seguiu a administração da seguinte sequencia: 1, 3RH, 11, 16, 19 e 20.

- Lâmina 1: Criança contemplando o violino. Demonstra relações frente às figuras paternas, conflitos de autonomia e submissão, sentimentos de culpa, capacidade de ter êxito na vida, preocupações obsessivas, respostas sexuais simbólicas. É sempre a primeira prancha a ser aplicada, pois, em geral, não representa uma situação muito ameaçadora (Murray, 2005).
- Lâmina 3RH: Curvado (a) sobre o divã, apresenta uma pessoa com sexo indefinido, sentada no chão, com a cabeça inclinada sobre o braço direito, ao lado de uma arma. Esta imagem é um estímulo de grande carga dramática, podendo evocar associações referentes a tristeza, abandono, desespero e depressão (Murray, 2005), além da mobilização do superego (Werlang, 2000).

- Lâmina 11: Caminho em volta de uma montanha de pedras. No caminho há figuras escuras indefinidas e nas pedras, um dragão. É uma das imagens menos estruturadas do teste, propiciando o aparecimento de medos infantis e primitivos. Evoca atitudes frente ao desconhecido, ao perigo e ao instintivo (Murray, 2005).
- Lâmina 16: Em branco. Permite projeção total, costumando aparecer necessidades presentes no sujeito, ou a relação de transferência (Murray, 2005; Werlang, 2000).
- Lâmina 19: Representação de uma cabana em meio a neve. Tema mais frequente são as necessidades de projeção e amparo frente a um espaço inóspito, mobilizando perigo e medo (Murray, 2005, Werlang, 2000).
- Lâmina 20: Induz um clima de expectativa. Pode-se considerá-la como o fechamento do protocolo, indicando as principais aflições e perspectivas do sujeito. Nesse sentido, é importante que seja a última prancha a ser apresentada (Murray, 2005).

As instruções utilizadas por Bellak (1979) para a administração do TAT seguem as de Murray (1995), diferindo apenas no inquérito, realizado ao final da administração do teste, e não após cada lâmina. A justificativa para tal foi que caso fosse feito o inquérito após cada lâmina, o material pré-consciente faz-se consciente e interfere negativamente a continuidade da aplicação.

As análises do TAT foram feitas pela pesquisadora e o conteúdo das pranchas e análises submetidas à apreciação de uma psicóloga externa que possui experiência na aplicação do TAT em pacientes com dor crônica, atuando como juíza das análises.

4.6.5 Quinto procedimento

Fornecido por meio da randomização e duplo cego por um médico treinado da equipe um kit de frascos contendo em seus conteúdos soro ou ocitocina. Todas as informações foram registradas, e a pesquisadora não teve acesso ao material até o final da análise dos resultados. O primeiro uso foi feito assim que o sujeito recebeu o material, na presença do médico, garantiu-se a compreensão da importância do uso e de como foi administrada. Foi alertado que a pesquisadora enviaria diariamente mensagem para lembrá-lo do uso do spray nasal, e de mantê-los refrigerados. Solicitou-se que todo

o material fornecido fosse devolvido para a pesquisadora no dia da respectiva reavaliação.

4.6.6 Sexto procedimento

A reavaliação foi composta por uma segunda entrevista clínica semidirigida de questões abertas, levando-se em consideração o que foi discutido na primeira avaliação, além de compreender como foi o uso da substância, se ocorreu algum evento significativo durante este período e como estava a sua dor. Em seguida, realizada a reaplicação da EVA e TAT, buscando-se verificar variações decorrentes da intervenção experimental.

É válido ressaltar que todas as etapas foram excludentes e só foi considerado o material coletado do sujeito que tenha cumprido todas as etapas da metodologia desta pesquisa.

4.7 Análise dos Resultados

Todas as etapas foram consideradas de maneira integrada, e, na busca de um resultado substancial, realizou-se o intercruzamento das informações obtidas.

Esperava-se que a entrevista semidirigida permitisse contextualizar os dados que foram obtidos, levando em consideração a história de vida de cada um dos sujeitos, suas condições de vida, acontecimentos significativos, além de verificar-se em quais momentos da vida a dor surgiu, intensificou e tornou-se crônica.

Os resultados da EVA foram utilizados para complementar os resultados obtidos, visando colaborar na compreensão da percepção e o fenômeno da dor em pacientes com hérnia de disco lombar, corroborando com a possibilidade de evidenciar, ou não, as possíveis interações da ocitocina sobre a experiência emocional do desamparo e da percepção da dor.

O acesso aos conteúdos inconscientes do sujeito foi possibilitado pelo TAT, auxiliando na compreensão do funcionamento psicodinâmico. Os resultados encontrados entre o grupo experimental e controle foram comparados, visando o alcance dos objetivos específicos deste estudo. Os resultados da entrevista e do TAT foram organizados em tabela para melhor visualização dos dados.

O TAT foi interpretado de acordo com as instruções do protocolo de interpretação de Bellak (1979), que é organizado em 10 itens:

- Tema: o título dado pelo participante;
- Herói: definido pela observação do personagem principal da história. Neste campo, observou-se idade, sexo e vocação do herói. Foi importante também averiguar a adequação do herói, verificando se conseguia resolver seus problemas, conflitos e tarefas de maneira aceitável social, moral, intelectual e emocionalmente. A adequação foi organizada como forte, média ou fraca;
- Necessidades comportamentais do herói: é avaliada a partir da identificação da ação do herói. Em seguida, buscou-se compreender a influência dinâmica que levasse a tal necessidade;
- Concepção do ambiente: características que o sujeito forneceu para o ambiente em que o herói está (ou estava). Para Bellak (1979), a percepção do meio foi um modo de auto percepção inconsciente;
- Figuras percebidas como: classificação de como o herói percebe os pais, as autoridades, os semelhantes e os mais jovens (ou hierarquicamente submissos), avaliando qual a relação do sujeito com estas figuras;
- Conflitos subjetivos: foi uma das classificações principais, pois demonstrou a relação estabelecida entre id, ego e superego. Foi um campo destinado a pontuação de quais questões foram conflitantes psiquicamente para o sujeito;
- Mecanismos de defesa: Bellak (1979) utiliza a classificação de Anna Freud (1986), sendo, portanto, o mesmo referencial que a pesquisadora embasou-se. Acrescentou-se a eles os mecanismos apresentados por Silva (1989) como mecanismos facilmente apreendidos pelo TAT. Deste modo, os mecanismos investigados no TAT foram: repressão, regressão, isolamento, projeção, inversão contra o eu, formação reativa, anulação, introjeção, sublimação (A. Freud, 1986) e racionalização e negação (Silva, 1989);
- Ansiedades: são sentimentos, que podem advir do id, ego ou superego. A ansiedade advinda do id relaciona-se com experiências infantis na qual houve tensão e ausência de gratificação. A advinda do ego diz respeito a tensões incorporadas que já foram percebidas como externas. Já aquelas que vêm do superego estão relacionadas ao sentimento de culpa, que fazem o indivíduo introjetar a necessidade de punição ou perda do objeto de amor (A. Freud, 1986);

- Adequação do superego: foi classificada como rígido, atuante, flexível ou frágil, conforme Silva (1989). O superego rígido é percebido quando o herói for punido com muita severidade por deslizes pequenos, já o atuante, a uma punição compatível com o ato. O flexível permitirá que, mesmo diante de pequenos deslizes não haja punição, enquanto que o frágil não pune atos antissociais do herói (Silva, 1989);
- Integração do ego: é classificada em boa quando o relato for completo, com bom vocabulário, utilizando defesas adequadamente e com soluções adequadas no desfecho; razoável no caso de histórias nas quais o conflito apareça, mas que não é desenvolvido devido à defesa ou à superficialidade; fraca, quando o conflito não aparece na história, sendo o relato podre, contraditório ou hesitante; e, por último, desestruturada, em histórias em que o conteúdo inconsciente invade a consciência, comprometendo o contato com a realidade, o que fará com que o relato não tenha relação com o estímulo (Silva, 1989).

Ao término da categorização, a história foi desmembrada em três quadros descritivos, no qual se descreveu a história de modo simplificado; interpretativo, destinado à compreensão do significado oculto; e diagnóstico, no qual realizou-se a interpretação psicanalítica (Werlang, 2000).

A partir destes dados, uniu-se a entrevista inicial e a aplicação do TAT, e estes dados organizados em categorias, possibilitando compreender a experiência subjetiva de desamparo em sujeitos com dor lombar crônica decorrente de hérnia de disco. Estes resultados foram organizados em uma tabela para melhor visualização dos dados, que foram analisados pela pesquisadora e contrapostos com a literatura, para identificar semelhanças e diferenças encontradas em outros estudos.

Em seguida, as reavaliações do TAT foram divididas em dois grupos, resultantes da randomização e diferenciando os resultados dos que foram submetidos ao uso de ocitocina e soro fisiológico. Buscou-se a compreensão destes dois grupos e suas diferenças, a fim de evidenciar, ou não, as possíveis interações da ocitocina sobre a vivência de desamparo. E por fim, investigado a possível inter-relação entre a experiência subjetiva de desamparo, o uso da ocitocina e a percepção de dor.

5. COMPREENSÃO DOS ASPECTOS ÉTICOS

Em conformidade com as determinações éticas estabelecidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para pesquisas com seres humanos, na Resolução 196/96, o projeto de pesquisa já foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC – (CEP-FMABC) sob o número do processo 1.786.233.

O tema desta pesquisa é bastante atual e pôde fornecer resultados que ajuda a compreender a vivência de desamparo em sujeitos com processo algico crônico decorrente de hérnia de disco lombar. Deste modo, contribui para a comunidade científica e para a comunidade geral, com potencial, inclusive, de intervenção nos casos relacionados ao tema que necessitam.

Como parte da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) afigurou-se como condição para a coleta dos dados e para a realização das avaliações, sem o qual devidamente assinado, não era realizada.

No termo apresentado aos participantes, foram esclarecidos todos os elementos da pesquisa que julgou-se de interesse, as dúvidas foram sanadas e deixou-se explícita a não obrigatoriedade em participarem da pesquisa, bem como a possibilidade de retirarem o consentimento ou assentimento em participar dela a qualquer momento. Além disso, foi assegurado o sigilo absoluto sobre a identidade dos participantes e assegurados os princípios da bioética: beneficência, não maleficência e justiça.

Uma vez que, em pesquisa envolvendo seres humanos e partindo-se do princípio de haver a possibilidade de risco aos participantes, a pesquisadora se comprometeu com o seu devido encaminhamento, se necessário, para atendimento psicoterápico, indicando a Clínica-Escola do Instituto de Psicologia da USP como garantia de triagem, caso o participante não tivesse disponibilidade para atendimento particular.

Pôde-se considerar como benefícios desta pesquisa o avanço da compreensão psicológica da questão do desamparo referente ao adoecimento crônico (hérnia de disco), como também de forma geral na área da saúde já que permitiu o diálogo com áreas afins visando à melhoria do atendimento psicológico destes pacientes.

6. RESULTADOS

Os resultados foram organizados de acordo com o material coletado de cada participante de pesquisa, escolhidos de maneira aleatória e incluídos na pesquisa caso tenha cumprido todas as exigências de cada etapa dos procedimentos desta pesquisa (já descritos anteriormente). Os nomes utilizados são fictícios e as transcrições procuraram preservar ao máximo o estilo de fala e o vocabulário de cada um dos participantes.

Figura 9 - Fluxograma dos sujeitos em cada etapa do experimento

6.1 Apresentação dos dados da entrevista semidirigida, percepção da dor e análise da primeira aplicação do TAT

Alberto

Alberto é uma pessoa de 47 anos, sexo masculino, com segundo grau completo, kardecista e em um relacionamento estável há 4 anos. Apresentou-se na entrevista vestindo trajes casuais. Seu diagnóstico atual é de hérnia discal L4-L5.

Demonstrou-se colaborativo desde o início, aparentando estar sentindo-se à vontade com a pesquisadora, solícito e disposto a falar o que fosse necessário, com bom humor e muitas vezes antecipando-se aos assuntos. Pareceu ser um homem determinado e organizado, conseguindo expor suas ideias de forma clara. Ao longo da entrevista foi observado que consegue estabelecer correlações entre sua dor física e questões psicológicas em sua linha de raciocínio. Foi percebido através da contratransferência como disponível e solícito.

Histórico de dor e sua percepção

Alberto iniciou seu relato antes mesmo que a pesquisadora o questionasse, referindo que sua família inteira (mãe, pai, ele e mais 2 irmãos e 3 irmãs) tem diagnóstico de hérnia de disco lombar. Por saber disso, sempre entendeu suas dores iniciais como algo já esperado, ou até mesmo relacionado com a atividade que estava realizando, em decorrência de movimentos repetitivos ou postura inadequada. Há 3 anos, durante o trabalho, sofreu a queda de uma escada de altura significativa, enquanto segurava uma máquina de 30 kg. No momento, sua maior preocupação era com a cabeça, felizmente não ocorrendo nenhum tipo de trauma e/ou sequelas. Após 6 ou 7 meses deste incidente, percebeu que as dores da coluna pioraram, em especial na região lombar e perna esquerda, chegando a ficar “travado de dor” (sic). Lembra claramente que o médico informou-o que a sua coluna já estava muito desgastada, além de ter muitas hérnias de disco e o esmagamento do nervo, possivelmente em decorrência de sua queda, o que contribuía para que suas dores ficassem ainda mais severas.

Há aproximado 1 ano e meio realizou sua primeira intervenção cirúrgica com o intuito de aliviar o esmagamento do nervo e realizar a retirada de algumas hérnias que tinha na coluna. Afirma que a realização da cirurgia foi indiferente em sua vida, pois percebeu que com o tempo sua situação agravou, sentindo dores ainda mais fortes e o

afinamento da perna esquerda. Estava confiante com a possibilidade de realizar sua segunda cirurgia, esperando melhora e poder retornar ao trabalho (já estava afastado há 2 anos), que sempre foi uma fonte de prazer. Tinha o hábito de viajar e interagir com clientes, referindo ser a profissão que executou na vida que se sentiu melhor, inclusive não se importando em trabalhar aos finais de semana.

“E infelizmente, me acontece isso... Com as coisas que a gente mais gosta, vem e aparece uma dificuldade. Mas acho que é pra gente evoluir, aprender ou dar valor, e começar a ver a vida e viver o presente, cada dia como se fosse o último e viver da melhor forma. Viver bem para morrer bem, é o que todo ser humano merece” (sic).

Alberto descreve sua dor como constante, sendo necessário “aprender a conviver com ela” (sic). Tem dias que ela piora no final da tarde, precisando ficar em repouso imediatamente, tem vezes que ela aparece à noite, quando levanta da cama para ir ao banheiro: “Oi, estou aqui de novo, não te abandonei não” (sic), não conseguindo voltar mais a dormir. “Fica sempre nessa alternância... tem dia que ela tá cruel, mas ela está sempre ali, eu convivo sempre com a dor” (sic). Percebe que a “força de vontade” (sic) para seguir com a vida é fundamental, inclusive nos dias em que não acorda tão bem. “Mente sã, corpo sã, e se a mente for e você ficar, a gente acaba se entregando”. Então a gente vai pra cima né? Não vamos deixar cair, vamos lutar contra isso tudo, enquanto der né? Você não pode se acomodar, mas também não pode abusar, né?” (sic). “Às vezes, a pessoa se prejudica mais com o psíquico do que com o físico... e a dor continua” (sic).

Muitas vezes, optou em não tomar medicação, pois sabia que não surtiria efeito significativo para aliviar sua dor. Suas noites também são difíceis, tanto com a posição que conseguirá permanecer dormindo, quanto com acordar com a dor, após ter feito algum movimento na cama. Para andar ou ficar em pé também apresenta dificuldades, já que vem sentindo sua perna mais muito dura e as dores na região lombar se agravarem. Lembra que já teve rotina de ir ao pronto socorro tomar medicação para dor, mas, por não obter alívio da dor e ter construído com sua experiência alguns significados para sua dor, não tem mais o hábito de medicação.

“Eu sinto mais medo do equilíbrio mental do que da própria dor ou de você ter que usar uma muleta, uma cadeira de rodas, mas aqui (aponta para a cabeça), você vai ficando com angústia, estressado, e as coisas não acontecem, você fica amarrado... Você tem que ter paciência de Jó” (sic).

Toda a sua família sabe de sua condição de saúde e o apoiam no tratamento e em momentos mais difíceis, como financeiro, já que está sem nenhuma possibilidade de renda salarial fixa e não recebe nenhum tipo de benefício. “Resolvendo isso (a dor) e eu voltando ao normal, o normal da gente, do ser humano, do trabalhador, pra mim já tá ótimo já”.

Breve histórico de vida

Alberto é natural de São Paulo, filho homem mais novo de 6 irmãos, sendo 3 homens e 3 mulheres. Sua mãe ainda é viva e tem 74 anos. Seu pai, mineiro, falecido aos 54 anos em decorrência de doença de chagas. Tanto seu pai quanto sua mãe sempre foram muito dedicados na criação dos filhos, permeado de muito trabalho. Possui até hoje uma relação de união com os irmãos, com muita parceria e participação na vida um do outro.

Lembra que começou a trabalhar aos 15 anos, só parando neste momento da sua vida após agravamento do seu estado de saúde. Chegou a ter diversos tipos de função, mas sempre trabalhando em pé e carregando peso. Seu último emprego e do qual precisou afastar-se era com fibra ótica. Estava trabalhando como encarregado e possuía um cargo de muita confiança. Apresentou desejo em retornar, e mantém contato com os antigos chefes para falar sobre como anda seu tratamento.

Aos 18 casou-se com sua primeira esposa. Esta relação durou 14 anos e juntos tiveram 4 filhos. Hoje, são amigos e entendem que o relacionamento não deu certo porque eram muito jovens quando se casaram. Seu segundo casamento durou 6 anos, infelizmente, por conta de sua esposa ter sido vítima de um tipo de câncer muito raro. Ao mencionar sobre este acontecimento de vida, relacionou as dores na perda tão doídas como a dor física. Sua recuperação levou ao menos 2 anos, e, há 4 anos, está com sua atual companheira, com quem tem uma relação estável e de muita parceria e companheirismo. Tanto sua família, incluindo mãe, irmãos, sobrinhos, seus 4 filhos, neto e a família de sua esposa, incluindo seus 2 filhos e neta, possuem um bom relacionamento.

Percepção da dor

Alberto percebe a dor como limitante e restrita, não o permitindo ter prazeres na vida ou buscar realizações, já que a dor o tirou de uma das maiores fontes de prazer, que

era sua atividade profissional, onde sentia-se útil e reconhecido como pessoa e profissional.

Frente às restrições libidinais, a relação com a família e atual companheira se tornaram suas únicas formas de obtenção de prazer, como se a dor e o quadro clínico tivessem subtraído e cindido a vida que tinha. Estes dados corroboram com o resultado da escala de dor (EVA), que foi 9, confirmando o comprometimento que a dor lhe causa.

Análise da 1ª aplicação do TAT considerando a entrevista semi-dirigida

As histórias contadas por Alberto na primeira aplicação do TAT retratam heróis que se sentem afligidos e permeados por dúvidas, tristes, sofrendo e angustiados (histórias 1 e 2). Os locais apresentam característica de serem inóspitos e o ambiente escasso de ajuda, remetendo ao desamparo (histórias 3, 5 e 6). Demonstrou resistência para entrar em contato com as lâminas 4 e 5, sugerindo dificuldade para acessar aspectos inconscientes e ao que seria eventualmente revelado ao contar uma história. Sugere pouco acesso ao simbólico, além de prender-se ao concreto da realidade para não entrar em contato com conteúdos inconscientes. A experiência subjetiva de desamparo ficou evidente nas histórias 1, 2, 3, 5 e 6.

Estes dados corroboram com a forma como Alberto se sente diante da dor e das restrições impostas ao longo de sua vida, sentindo-se desamparado e incapaz de sair destes problemas sozinho.

Ao longo do seu discurso, demonstra ter a percepção de influências emocionais em sua vida: “Mente sã, corpo sã, e se a mente for e você ficar, a gente acaba se entregando”. Percebe assertivamente a dor como algo que demanda equilíbrio mental, mas, frente a sua impossibilidade de buscar saídas assertivas para lidar com a dor, utiliza-se da racionalização e associa “força de vontade” (sic) para seguir com a vida. Na história 6 do TAT relata a necessidade de “querer encontrar um caminho”, demonstrando o desejo de encontrar um modo de aliviar seu sofrimento (a dor).

Alberto apresentou dificuldade em ter esperança, tomar decisões, arcar com as consequências de seus atos (possíveis erros e frustrações) e criar alternativas para seus problemas e para a vida. Foi percebido afligido, ameaçado, duvidoso sobre sua própria capacidade de ter êxito na vida, sem ajuda externa, com dificuldade em ver soluções, sentindo-se solitário e desamparado. Apresentou necessidade de decidir-se sozinho, de ser orientado, ajudado, amparado, de encontrar o seu “caminho”, com menos

“nebulosidade” (história 6). Estes dados corroboram com as principais ansiedades, que são de depressão, tristeza, solidão, impotência e referentes à sua própria capacidade. “E infelizmente, me acontece isso... Com as coisas que a gente mais gosta, vem e aparece uma dificuldade” (sic). “Às vezes, a pessoa se prejudica mais com o psíquico do que com o físico... e a dor continua” (sic).

Pode-se compreender a dor na vida de Alberto como uma fonte de restrições libidinais, tirando dele fontes de prazer e assumindo característica de cisão em sua vida. Entretanto, Alberto racionalmente associa a dor como uma possibilidade de evolução, de aprender ou dar valor, e começar a ver a vida e viver o presente, cada dia como se fosse o último e viver da melhor forma, conduzindo-o a lançar mão de outros mecanismos de defesa, como isolamento e anulação. Também utilizou-se da repressão (histórias 3, 4 e 5) e negação (história 2), dificultando o acesso ao seu inconsciente, e projeção (história 6).

O mecanismo de defesa mais utilizado foi a racionalização (histórias 1, 2, 3, 4, 5 e 6) e utilizou-se de argumentos lógicos e resistência ao entrar em contato com conteúdos inconscientes (histórias 3, 4, 5 e 6).

Américo

Américo é uma pessoa de 37 anos, sexo masculino, com segundo grau completo, católico, solteiro e sem filhos. Apresentou-se na entrevista vestindo trajes casuais de trabalho. Seu diagnóstico é de hérnia discal L5-S1.

Demonstrou-se colaborativo desde o início, aparentando estar sentindo-se à vontade com a pesquisadora. Aparentou ser correto e exigente, independente e preocupado em cumprir com suas obrigações, parecendo fisicamente ter uma idade superior. Foi percebido através da contratransferência como disponível, solícito e pessimista.

Histórico de dor e sua percepção

“Começou doendo, doendo, e a dor foi piorando, piorando” (sic). Américo iniciou seu relato contando do seu histórico de dor de 10 anos atrás, quando realizou sua primeira cirurgia de hérnia de disco, aos 27 anos de idade. As dores iniciaram 3 anos antes, quando tinha 24 anos. “Chegou um ponto que tomava muito remédio, muita dor...” (sic). Sentia fortes formigamentos na perna esquerda indo até o pé. Associou o adoecimento às questões relacionadas ao trabalho, como carregar peso.

Sua recuperação foi de aproximadamente 1 ano e sua principal cuidadora foi sua avó materna. Lembra que o médico avisou-o que em até 8 anos, tudo voltaria e precisaria iniciar um novo tratamento devido a uma possível nova hérnia, e foi assim que aconteceu. Há 2 anos voltou a sentir dor, mas agora, do lado direito, além de lidar com uma dormência permanente no pé esquerdo: “Deve ter sido de tanto que doeu, e não voltou. Não sei se esmagou um nervo ou o que foi que aconteceu” (sic). Chegou a fazer 3 bloqueios para dor e vem seguindo o tratamento desde então.

“Foi horrível de novo, fiquei preocupado, fiquei apavorado... dói muito e eu não queria mais operar. Fiquei com muito medo na hora de operar, de ficar paraplégico. Minha pressão foi a mil, fiquei muito nervoso. Na hora que o médico chegou para me operar me deu desespero, mas eu tive que ir, não estava aguentando mais” (sic).

Américo associava suas dores com esforço físico, mas passou a perceber que possíveis movimentos muito menos bruscos eram suficientes para desencadear sua dor. Há dois meses tossiu e teve uma nova crise. Sua dor “queima, dói, formiga, adormece... e quando inflama isso é constante” (sic). Afirma que aprendeu a conviver com a dor e

tenta pensar que ela não está incomodando tanto, e assim, refere conseguir dar seguimento a sua vida sem tantos prejuízos, já que fez a escolha de não pedir ajuda.

“Hoje eu sou sozinho. Se acontecer algo comigo, eu vou ter que pegar o carro e ir sozinho dirigindo” (sic), já que prefere fazer tudo por conta própria e evitar procurar ajuda. “É uma opção minha de querer resolver minhas coisas” (sic), mesmo precisando de ajuda. “É muito chato sentir dor, ninguém gosta de sentir dor... e nós queremos uma coisa perfeita dentro do nosso corpo” (sic), “Mas, não estando doendo, já tá bom. Tudo que envolve dor não é bom” (sic).

Dormir de lado e com um travesseiro entre as pernas foi uma estratégia que lhe foi ensinada quando teve sua primeira hérnia de disco e que mantém até hoje. Refere sempre ter feito uso de medicamentos para dor prescritos a ele, mas chegou ao ponto de procurar serviços de saúde e ser prescrita alguma medicação a qual já tinha feito o uso anteriormente e sabia que não iria ajudar na sua dor. Atualmente, não faz uso de nenhuma medicação.

Breve histórico de vida

Américo é o filho do meio de uma família de três filhos, natural da região do ABC Paulista. Seu irmão mais velho é falecido, vítima de homicídio, e seu irmão mais novo mora com os pais. Aos 5 anos de idade optou a morar com seus avós maternos, mas manteve proximidade diária com seus pais. Sua referência materna e paterna foram seus avós, sendo muito apegado ao seu avô.

Era muito próximo de seu irmão mais velho (4 anos mais velho), e o mais novo (18 anos mais novo), devido a diferença de idade, costumava ajudar a cuidar dele. Lembra que sua infância foi muito boa, apesar das exigências. Morando com seus avós, acabou aceitando este formato, mesmo sabendo que morando com seus pais poderia ter sido um pouco mais fácil. “Só que aí eu aprendi a ser muito exigente comigo mesmo e com os outros, querer as coisas muito certas, não admitir que está mais ou menos. Não é mais ou menos, tem que resolver o problema. Não quero saber de mais ou menos” (sic). Américo sente essa questão também refletir em seu trabalho, chegando a “cobrar demais” (sic) em busca da perfeição, porque “precisa ser desse jeito” (sic).

Sua avó faleceu há 4 anos vítima de um câncer de cabeça e pescoço em decorrência de tabagismo, e seu avô, há 15 anos, por infarto. Lembra que foi o principal cuidador e responsável da sua avó, dando a ela toda a assistência e tomando decisões necessárias, referindo que foi “horrível” (sic). Ao longo do adoecimento de sua avó

precisou aprender também a fazer as coisas de casa, já que, assim como seu avô, também era muito dependente dela.

Começou a trabalhar jovem, aos 13 anos, na feira. Atualmente, é serralheiro e trabalha na mesma empresa há 18 anos. É muito dedicado e implicado na sua profissão, sabendo que o trabalho do serralheiro é um trabalho artístico e que pode chegar à perfeição. Sua maior convivência acaba sendo com os colegas de trabalho, já que passam muito tempo juntos na jornada de trabalho.

Américo nunca foi casado e tampouco teve relacionamentos longos. “Eu nunca quis ficar muito tempo... é coisa minha” (sic). Atualmente, está namorando há 1 ano e meio e recebe apoio por parte dela em seu tratamento médico.

Já que continua morando na mesma casa em que foi criado, conseguiu manter-se próximo de suas amizades de infância. Seu maior medo atual é de perder entes queridos e afirma que desde pequeno, apesar de ter morado com os avós, tem uma rotina diária de convivência com, ao menos, sua mãe.

Percepção da dor

Américo tem a dor presente em sua vida, sofrendo com a mesma tanto fisicamente (escore EVA 7), quanto em acontecimentos significativos de sua vida referidos em entrevista (afastamento da família, perda do irmão). Observa-se sua forma de relacionar com a dor estrutural e da mesma forma que lida com os acontecimentos da vida: isolando-se, não pedindo ajuda, sendo pessimista.

Análise da 1ª aplicação do TAT considerando a entrevista semi-dirigida

As histórias apresentam heróis com desejo de modificar a realidade, desejando uma vida ideal, na qual não existam sofrimentos e limitações. Entrando em contato com a frustração, permeados por sentimentos de desamparo, tristeza, sentindo-se fracos, debilitados e prejudicados, a espera de uma mudança mágica e indicando necessidade interna de serem ajudados (histórias 1 e 2).

Demonstrou resistência para entrar em contato com a lâmina 3 e 5, sugerindo dificuldade em acessar aspectos inconscientes e ao que seria eventualmente revelado ao contar uma história. Sugere pouco acesso ao simbólico, prendendo-se ao concreto da realidade, indicando dificuldade em acessar seus desejos, conflitos inconscientes e se autoconhecer. A experiência subjetiva de desamparo ficou mais evidente nas histórias 2

e 6, sentindo-se incapaz, com dificuldade em pedir ajuda externa, de se conectar com o outro e mostrar seu mundo interno.

Os mecanismos de defesa mais utilizados foram racionalização (histórias 1, 2, 4, 5 e 6) – indicando resistência em acessar conteúdos e conflitos inconscientes, projeção (histórias 1, 2, 3 e 5), negação (histórias 2, 3 e 6), repressão (história 5), e formação reativa (história 3).

Percebe o ambiente solitário, pouco acolhedor, permeado de sofrimento, desamparo e impotência - não conseguindo fazer algo por si e necessitando pedir ajuda externa para sair do estado de sofrimento. Este sofrimento corrobora com sua vivência de desamparo, tristeza, decepção e incapacidade de se ajudar.

Tanto no TAT quanto na entrevista, Américo indicou aprender a lidar com sentimentos de ameaça, perigo e garantir sua sobrevivência. “Foi horrível de novo, fiquei preocupado, fiquei apavorado... dói muito e eu não queria mais operar. Fiquei com muito medo na hora de operar, de ficar paraplégico. Minha pressão foi a mil, fiquei muito nervoso...” (sic).

Pareceu ser uma pessoa exigente e pessimista, colocando expectativas em um mundo ideal, no qual o sofrimento não exista e dificultando sua possibilidade de pedir ajuda e interagir com o meio e frustrando-se por não conseguir ver-se livre da dor.

“Hoje eu sou sozinho. Se acontecer algo comigo, eu vou ter que pegar o carro e ir sozinho dirigindo” (sic), já que prefere fazer tudo por conta própria e evitar procurar ajuda, vendo isso como uma opção e indicando onipotência. “É uma opção minha de querer resolver minhas coisas” (sic), mesmo precisando de ajuda. “Só que aí eu aprendi a ser muito exigente comigo mesmo e com os outros, querer as coisas muito certas, não admitir que esteja mais ou menos. Não é mais ou menos, tem que resolver o problema. Não quero saber de mais ou menos” (sic). Américo sente essa questão também refletir em seu trabalho, chegando a “cobrar demais” (sic) em busca da perfeição, porque “precisa ser desse jeito” (sic).

Ao longo de sua história de vida pode-se identificar vivências de desamparo em suas relações objetais (familiares, relacionamento afetivo), baseadas em expectativas exageradas e interpretadas como insuficiente e insatisfatório o que recebe do outro. Frente a isso, sua frustração é retroalimentada, não conseguindo sentir-se satisfeito e atendido e, conseqüentemente, afastando-se do outro. Para Américo, é um exercício constante de frustração conviver com o outro e com a dificuldade de superar a sua não satisfação nas relações, já que para ele ou o objeto é totalmente satisfatório

(exteriorizando seu perfeccionismo), ou não. Pessimismo, desesperança e desamparo surgem como resultantes deste modo de funcionamento mental superegóico, que acaba demandando lidar com a falta e restrições (físicas também, consideradas ameaças concretas). Na aplicação do TAT, pode-se identificar a demanda de mudança de realidade das histórias 1, 3, 4, 5 e 6.

Como consequência de relações objetais não satisfatórias, Américo não estabelece relações afetivas duradouras e percebe o mundo como ameaçador, e sua patologia (hérnia de disco), acaba contribuindo para a sua não possibilidade de viver satisfatoriamente bem, reforçando sua postura pessimista diante da vida..

Carlos

Carlos é uma pessoa de 36 anos, sexo masculino, com segundo grau completo, cristão e casado há 18 anos. Apresentou-se na entrevista vestindo trajes casuais. Seu diagnóstico é de hérnia discal L4-L5.

Demonstrou-se colaborativo desde o início, aparentando estar sentindo-se à vontade com a pesquisadora. Pareceu ser um rapaz calmo, porém, desanimado com a vida. Foi percebido através da contratransferência como disponível, solícito e desamparado frente à dor e as restrições impostas na sua vida.

Histórico de dor e sua percepção

Com 28 anos de idade começou a sentir as primeiras dores. Lembra-se que estava trabalhando há 3 anos na área de pintura automotiva em uma montadora de grande porte quando, em um movimento brusco (comuns no trabalho), deu um “tranco de lado” (sic) nas costas e então começou a sentir as dores na região lombar da coluna. Neste dia, precisou ser medicado e deu início às visitas ao médico, mas até então, sem nenhum diagnóstico fechado. Desde aquela ocasião, os quadros de dor lombar foram frequentes, até um dia que “travou e ficou torto” (sic), retornando ao médico com urgência. Em um pedido de exames mais completo foi diagnosticado a hérnia de disco lombar.

Referiu sentir dor diária há 10 anos, classificando-a como limitadora e demandando que se “force” (sic) muito para conseguir fazer movimentos físicos. Afirmou que tem um jeito específico para sentar, não faz nenhum tipo de esforço e só toma remédio quando a dor vem ainda mais forte. “Ela chega sem avisar” (sic). Faz sessões frequentes de fisioterapia e acupuntura, e refere que a acupuntura tem melhora momentânea, porém, muito importante para seu tratamento. Carlos tem a cirurgia como última opção, por associar a cirurgia com a possibilidade de ficar ainda pior. Então, prefere continuar com a dor, se limitando, fazendo repousos, alongamentos e se medicando até o quanto conseguir conviver com a dor e lidar com as limitações físicas decorrentes da hérnia de disco lombar. Gostaria de uma “garantia de melhora” (sic) com a cirurgia.

Em alguns momentos, sente a dor mais “intensa” (sic), chegando a não conseguir andar. A perna que mais dói é a esquerda, do seu início até a ponta do dedão,

além de dormências com frequência nesta mesma perna. “É como tentar colocar um sapato que tem uma pedra imensa dentro dele” (sic)”

Carlos também faz associação com a religião para compreender os motivos de sofrer, referindo que com a dor, aprendeu a orar e ajudar mais, a ver a dor como uma possibilidade de aprendizagem. “Tem vezes que me sinto com uma bola de ferro, que você tem que andar arrastando com aquela bola super pesada... Aprendi a conviver com essa dor, mas não a desejo nem ao meu maior inimigo” (sic).

Sente-se limitado desde 2015, quando forçou novamente sua coluna no trabalho do qual se encontra afastado atualmente. Contraditoriamente, e negando a própria realidade, afirmou calmamente que a dor não trouxe nenhuma repercussão em sua vida. E então, se corrige dizendo que precisou rever sonhos que não seriam mais possíveis de serem alcançados ou de ter crescimento no trabalho.

Breve histórico de vida

Natural de São Paulo, de família pernambucana. Seus pais são vivos e sempre moraram com eles, saindo de casa apenas para casar. Têm 4 irmãos mais velhos: um falecido há 8 anos, um vivo de 43, outro irmão de 48 anos e uma irmã adotiva de 45 anos, que participou ativamente de sua criação, considerando-a uma segunda mãe. Lembra que teve uma criação “bem estruturada” (sic). Os 4 filhos foram planejados pelos pais e segundo ele, todos muito desejados. Carlos também conviveu com seus avós maternos durante a infância. Lembra que seu pai foi rígido na criação dos filhos, ensinando boas noções de valores e condutas. Refere a morte do irmão como um grande “baque” (sic) na família, considerando irreparável a dor de perder um filho.

Sua infância e adolescência foram tranquilas, com muita brincadeira entre os irmãos, mas sempre, muito caseiro e preferindo videogame a ir para a rua brincar. Seus familiares sabem da sua condição de saúde e são pessoas muito presentes em sua vida. Até hoje, mantém o costume de tomar café na casa da mãe. A família lhe faz companhia quando está em casa “travado” (sic) e o acompanham em consultas médicas.

Carlos tem três filhas, 16, 13 e 10 anos de idade, sendo a mais velha fruto de um relacionamento não duradouro (noivado) que teve antes de se casar com sua atual esposa. Todas as filhas convivem e possuem boa convivência entre si. Considera seus sogros como segundos pais, além de ter muita consideração pelos irmãos e cunhados. Amigos antigos não fazem parte de seu círculo de convivência. Nunca foi de “curtição” (sic), tendo comportamento mais caseiro.

Casou-se jovem, tendo a esposa acompanhado todo o seu processo de adoecimento. Sente-se apoiado e compreendido, já que sua condição física o limita de coisas que gostaria de estar fazendo, como trabalhar. Acredita que procura melhoras em relação a sua condição atual para que possa ter uma vida melhor ao lado da esposa, cogitando a possibilidade de realizar a cirurgia. Por cinco meses, Carlos e a esposa ficaram separados, considerando a situação um “equivoco” (sic). Este momento de sua vida ocorreu concomitantemente com uma de suas fortes crises de dor. Desde então, vem se apegando fortemente à religião.

Percepção da dor

Carlos lida com a percepção de sua dor de maneira impotente e imatura, com uma experiência de desamparo representativa frente a sua dor. No primeiro encontro, quantificou sua dor em 8.

Análise do TAT considerando a entrevista

As histórias do TAT de Carlos retrataram heróis que se sentiam vazios e impotentes, incapazes de solucionar os próprios problemas e precisando de ajuda (histórias 1 e 2), sozinhos, tristes, impotentes passivos e desamparados (histórias 2, 4 e 6), demandando força e união (história 3). Chegaram a recorrer a recursos mágicos para conseguir algum tipo de solução de problemas (história 4) e apresentaram dificuldade para enxergar o futuro (história 5 e 6). Na entrevista, Carlos foi percebido desanimado com a vida, tendo que lidar com as inúmeras limitações que a dor lhe impõe, relacionando-a como uma enorme pedra dentro de um sapato, não conseguindo atender aos próprios desejos.

Carlos percebeu-se num ambiente escasso de ajuda e com poucos elementos internos para encontrar possibilidades que aliviem seu sofrimento. Frente a isso, sente-se desamparado e recorrendo a recursos mágicos (fé) e ao impossível para aliviar seu sofrimento. Apresenta imaturidade, incapacidade de superar obstáculos e dificuldade de lidar com frustrações e de encontrar soluções por conta própria, demandando amparo, ajuda e socorro.

No TAT este dado pode ser correlacionado com as histórias com ambientes escassos de ajuda (histórias 1, 2, 3, 4, 5 e 6), recorrendo a recursos mágicos (história 4) como possibilidade de resolução de seus problemas e confirmando a forma como o

Carlos se sente diante da vida: sem possibilidade concreta de ajuda, já que também recusa a possibilidade cirúrgica para sua hérnia de disco.

Percebe-se desamparado, solitário, frágil, permeado de impotência, de estar perdido e sem perspectivas futuras, incapaz e sem saída. Apresentou dificuldade de encarar os próprios problemas, com ausência de criatividade para encontrar uma solução e dificuldade em se conectar com o outro (história 1) e mostrar seu mundo interno e receber ajuda. Sua dificuldade de lidar com as frustrações da vida foram representadas na maioria das histórias (2, 3, 4 e 6).

Apresentou sentimento de abandono, solidão, depressão, tristeza e passividade, atenuando sua fragilidade e remetendo-lhe a vivência de desamparo (histórias 1, 2, 4, 5 e 6). Entretanto, apresentou incongruência frente a sua experiência subjetiva de desamparo quando comparada com o apoio familiar que recebe, sugerindo ser insuficiente e, conseqüentemente, contribuindo para seus sentimentos de abandono, impotência e desamparo. A experiência do desamparo ficou mais evidente nas histórias 2, 4 e 6.

O mecanismo de defesa mais utilizado foi a projeção (histórias 1, 2, 4, 5 e 6), projetando no outro a responsabilidade da sua própria salvação e se ausentando do que poderia fazer por si próprio “Às vezes preenche o vazio dos outros” –(projeção do seu vazio no outro – fragmento retirado da história 1). Utiliza-se da racionalização (histórias 1, 3 e 6) para não entrar em contato com os conteúdos que lhe causam sofrimento, da negação para negar a percepção da ameaça de vida que sente e regressão (história 2), buscando uma atitude infantil (o choro) para receber ajuda do ambiente e confirmando sua não assertividade em solicitar ajuda externa e retroalimentar sua condição. Em entrevista, Carlos que aprendeu a orar e ajudar mais, e a ver a dor como uma possibilidade de aprendizagem. Também é lançado mão do mecanismo de defesa idealização, visando diminuir a angústia de aniquilação.

Revelou dificuldade de entrar em contato com os próprios conflitos e acessar os próprios conteúdos, incapacidade de solucioná-los e de desenvolver recursos para lidar com as frustrações. Apesar de afirmar ter precisado rever sonhos que não seriam mais possíveis de serem alcançados (como crescimento no trabalho), afirmou anteriormente que a dor não trouxe nenhuma repercussão em sua vida. Retrata simbolicamente a hérnia de disco como um obstáculo que se vê incapaz de superar sozinho. Por associá-la com a possibilidade de ficar ainda pior Carlos tem a cirurgia (recurso de ajuda) como última opção, continuando com a dor, que tem característica “intensa” (sic) e limitante,

chegando a não conseguir andar. Conteúdos relacionados ao medo do novo – a cirurgia – forma encontrados nas histórias 3 e 6, sugerindo fantasias ameaçadoras frente ao procedimento e ter estruturado a sua vida em função deste adoecimento.

Edson

Edson é uma pessoa de 51 anos, sexo masculino, católico, casado há 29 anos e muito solícito. Apresentou-se na entrevista vestindo trajes de frio, pois no dia chovia e havia caído a temperatura. Estava apreensivo, pois teve problemas em chegar no horário, já que teve dificuldades em encontrar o local correto de onde a pesquisado estaria. Seu diagnóstico é de hérnia discal L5/S1.

Demonstrou-se colaborativo desde o início, não apresentando pressa em terminar o processo de avaliação. Muito religioso, disse inúmeras vezes “Graças a Deus” (sic) enquanto era entrevistado. Estava muito tranquilo e se sentindo à vontade com a pesquisadora. Foi percebido através da contratransferência como afetuoso e positivo.

Histórico de dor e sua percepção

Iniciou seu relato firmando ter muita fé em Deus e acredita que “ficará bom” (sic) também da coluna. As dores impossibilitam-no de trabalhar.

Lembra que as dores iniciaram em meados de 2007, depois que veio morar em São Paulo em busca de tratamento para um câncer. Lembra que já estava bem na época que começou a sentir as dores. Ao longo destes anos com dor chegou a tomar diversos remédios e a “chorar igual criança” (sic), mas desde que tirou um dos rins, está sem medicação para dor. Não sabe referir se já tinha dores na região lombar quando morava na Bahia, ou se vieram em decorrência do trabalho como ajudante de pedreiro em São Paulo.

Seu diagnóstico de hérnia de disco lombar foi feito somente há um ano. A dor afeta seu apetite e sua atividade laboral. Lembra que já teve dores que teve que ser levado às pressas para o pronto socorro, tendo a impressão de que a perna iria “estourar” (sic) de tanta dor.

Se ficar em repouso as dores ficam controladas, mas se fizer “qualquer movimento, as dores mais fortes começam” (sic). Consegue vestir-se, tomar banho e andar sozinho, mas sente uma dor leve e constante que “não dá sossego” (sic). A perna que mais dói é a esquerda, dando “formigueira” (sic), “igual um espinho, que vai furando” (sic). Diariamente, pela tarde e pela manhã, a dor costuma atacar. Às vezes,

tenta ao menos ajudar lavando a louça da casa, mas tem muita dificuldade de se manter em pé por muito tempo.

Considera-se uma pessoa muito regrada e que busca sempre tratamento e ajuda especializada. Apresenta grande expectativa de melhora da dor e poder voltar a trabalhar.

Breve histórico de vida

Ao ser sugerido que contasse um pouco sobre sua história de vida, Edson relembra que veio no ano de 2007 encaminhado de um Hospital em Salvador, para São Paulo em busca de tratamento por conta de um câncer “agressivo” (sic). Mesmo tendo feito quimioterapia, foi para a cirurgia correndo muitos riscos de vida, mas com muita confiança na equipe médica. Após 4 anos, ao longo do acompanhamento médico pós-operatório, descobriram que seu rim direito estava praticamente “morto” (sic), sendo necessário tirá-lo o quanto antes. Logo depois, foi submetido a retirada de vesícula.

Nunca imaginou que moraria em São Paulo, e somente veio porque sua esposa o acompanhou. Toda sua família, principalmente seus cunhados o apoiaram muito nesta mudança em busca de tratamento, amparando e ajudando-o.

Nesta vinda veio acompanhado de sua esposa, deixando sua única filha com os avós maternos, pois teriam que morar de favor na casa de uma de suas irmãs. Sua filha foi buscada pela mãe na Bahia logo quando conseguiram um lugar maior para morar. Hoje, ela tem 25 anos.

É natural de Brumado-Bahia, segundo filho mais velho de uma família de 7 filhos, sendo 4 mulheres e 3 homens. Na infância, morava na mesma casa seus pais, irmãos e avó materna, que esteve presente na criação dos netos até o seu falecimento. Possui lembranças boas e alimenta o sonho de retorno a terra natal.

Lembra que nasceu em casa e que não foi um bebê planejando. Nasceu bem, muito saudável e começou a trabalhar na roça com 8 anos para ajudar o pai, por conta disso não tendo finalizado os estudos. Sua vida foi um “trabalhar direto” (sic), sendo esta a maior expectativa que seus pais tinham dele, pois com isso, contribuía financeiramente na criação dos demais irmãos, já que seria muito difícil para o seu pai dar conta, sozinho. Apesar da exigência de começar a trabalhar muito cedo, lembra que seus pais eram afetuosos.

Trabalhar na roça fazia parte do seu dia-a-dia, e já que era perto de casa, almoçava todos os dias em na companhia de sua mãe. Não teve espaço e tempo na sua

infância para brincar, porque dormia muito cedo para trabalhar no dia seguinte. Tinha poucos brinquedos e não considera que teve infância, mas não apresentou um pesar por conta disso. Ao menos aos domingos, costumava ir ao rio para pescar e brincar com alguns amigos da região e seus irmãos, tendo assim um pouco de distração. Nunca teve inimigos e até hoje se dá muito bem com os irmãos e amigos, afirmando terem sido criados com muita união.

Quando viaja para a Bahia, sempre visita irmãos, tios, primos e amigos, sendo recebido por todos de “braços abertos” (sic). Afirmar que são vínculos intensos e de muito carinho. Além das amizades antigas, conseguiu fazer muitos amigos em São Paulo, sendo eles homens e mulheres.

Teve criação católica e ia à missa todo domingo com a família, mantendo o costume até os dias de hoje.

Sua adolescência também foi de muito trabalho. Aos 13 anos começou a trabalhar na fazenda do seu tio materno, saindo de casa por volta das 3 da manhã para cuidar dos animais e da roça, retornando só a noite. Afirmar sempre ter gostado muito do trabalho, parando apenas quando veio morar em São Paulo.

Começou a frequentar festas em fazendas vizinhas aos 10 anos de idade, mas somente a partir dos 13 começou a paquerar. Teve muitas namoradas e aproveitou muito sua adolescência. Aos 22 conheceu sua esposa em uma dessas festas, casando-se aos 23 anos de idade. Sempre foram muito unidos e afirma que ela é sua “companheira principal” (sic), dando como exemplo a vida dos dois para São Paulo, num momento tão delicado de doença.

Atualmente, acredita que tendo saúde, o torna uma pessoa muito feliz. Não possui vícios e possui autocuidado preservado.

Percepção da dor

A dor de Edson assume característica intensa e limitante, fazendo com que sintasse castrado e impotente. Estas percepções corroboram com a sua percepção de dor na EVA, que foi de 10.

Análise da 1ª aplicação do TAT considerando a entrevista semidirigida

As histórias de Edson retrataram heróis que passam por dificuldades, como a não realização de uma atividade a qual se propunha fazer (historia 1), que não atingem realização pessoal ou encontram resoluções adequadas para tal (história 2), que correm

perigo e precisavam lutar pela sobrevivência (história 3). Estes heróis podem ser relacionados com a forma que Edson se sente frente à sua condição física, incapaz de transformar sua vida, com limitações e com dores que se fizer “qualquer movimento, as dores mais fortes começam” (sic), proporcionando representativas repercussões negativas em sua vida. Os ambientes, favoreciam deslocamentos (história 5) ou demandavam garantir a própria sobrevivência (história 6).

Edson foi percebido permeado por sentimentos de impotência, incapacidade e passividade (histórias 1, 2 e 3), com necessidade de lutar e fazer algo por si, mas, apesar dos impedimentos físicos, percebe-se impossibilitado, sem disposição, com dificuldade de encontrar formas de resolver suas próprias demandas e de lidar com os limites impostos pelo próprio corpo. Apresenta necessidade de ser amparado, porém, percebe o ambiente pouco provedor, escasso de ajuda, sentindo-se solitário. A experiência subjetiva de desamparo ficou mais evidente na história 5, e, ao longo de sua história de vida, pode-se encontrar vivências de desamparo que atentaram sua infância.

Na história 4, demonstrou resistência para acessar aspectos inconscientes e ao que seria eventualmente revelado ao contar uma história, sugerindo pouco acesso ao simbólico, além de prender-se ao concreto da realidade para não entrar em contato com conteúdos inconscientes.

No TAT, Edson expressou conteúdos internos que na entrevista não referiu, sugerindo uma não autorização do seu inconsciente de não entrar em contato com os conteúdos que lhe causam sofrimento. Quando refere sobre sua história de vida, as dificuldades frente o quadro clínico foram deixadas de lado, sugerindo um mundo interno permeado por objetos bons. Seu quadro clínico lhe acarreta limitações importantes e sua história de vida é permeada de dificuldade, mas consegue estabelecer uma relação diferente com a vida. Possivelmente, a religiosidade contribua para a manutenção de seus objetos bons.

Identificou-se dificuldade em acessar conteúdos e impulsos agressivos e infantis (história 3), e também de sentimentos negativos e decepções em relação ao outro - “Nunca tive inimigos” (sic). Uma forma de justificar este achado encontra-se nos mecanismos de defesa mais utilizados, sendo eles racionalização (histórias 1, 2, 3, 4, 5 e 6), repressão (histórias 4 e 5), negação (história 5) e projeção (história 3).

Fábio

Fábio é uma pessoa de 37 anos, sexo masculino, com segundo grau completo, cristão e casado há 14 anos. Apresentou-se na entrevista vestindo trajes casuais. Seu diagnóstico é de hérnia discal L5-S1.

Demonstrou-se muito colaborativo e disponível. Pareceu ser uma pessoa tímida e reservada. Foi percebido através da contratransferência como disponível, atencioso, paciente e solícito. Observou-se que a dor tem lhe causado repercussões significativas em sua vida, física e psicologicamente, aparentando desamparo.

Histórico de dor e sua percepção

Sua dor iniciou há 3 anos na região lombar, em decorrência de esforço físico realizado no trabalho que está empregado como operador de máquina há 7 anos e, segundo ele, o melhor trabalho que já teve até hoje por conta dos benefícios que recebe. “Era a melhor época da minha vida, estava bem, não tinha essas dores, jogava bola, fazia esporte. Sempre gostei de correr, e parou tudo isso. Minha vida parou. Não parava em casa, sempre fui ativo. Com isso, parei tudo. Coisa que gostava de fazer não faço mais” (sic).

Ao longo desse tempo, Fábio buscou médicos e tentou diversos medicamentos para dor, fisioterapia e acupuntura, sem sucesso. Hoje, percebe que sua dor lombar agravou e precisa também lidar com o formigamento e afinamento da perna direita.

“Tem dias que acordo com dor, vou dormir com dor, sem pausa, o dia todo assim, e toma medicação e não passa” (sic). Acredita que é necessário aprender a conviver com ela, já que se tornou diária em sua vida, apenas oscilando de intensidade ao longo do dia, mas sempre presente. A natação lhe faz muito bem, conseguindo não sentir dor quando está nadando. Ficar muito tempo parado, em pé ou pegar peso são coisas que não pode mais fazer. Sua rotina, pós trabalho, é tomar remédio e deitar-se.

“Tenho ódio dela, a dor não passa, estou de saco cheio já dessa dor...” (sic). “Ela atrapalha em tudo, porque você fica irritado, fica estressado, não tem paciência com nada. Você fica impossibilitado de fazer um monte de coisa. Nada tá bom você. É uma dor que parece que vai atingindo em todas as coisas da pessoa. Atinge meu humor, fico impaciente” (sic). “Acredito que é por causa dessa dor, porque antes eu não era assim” (sic).

Chegou a ter brigas com a esposa por ela não compreendê-lo. Hoje, prefere evitar falar para ela sobre sua dor, já que é algo diário “estava ficando um negócio chato” (sic). Apesar disso, ela é a principal pessoa que lhe apoia e lhe ajuda no tratamento, marcando exames e conversando com ele sobre a possibilidade de realização da cirurgia. Devido a suas dores, não consegue dar a atenção necessária ao filho. E, ao falar sobre sua relação com o tratamento médico, afirmou que “com mais tempo ou menos tempo, vai dar certo”, apresentando expectativa de melhora.

Breve histórico de vida

Natural de São Paulo, pai mineiro e mãe brasiliense, é o filho caçula de 7 filhos. Sua mãe faleceu há 14 anos e seu pai, há 21 anos.

Seus pais se separaram quando tinha por volta de 10 anos de idade, e quem criou e deu suporte a Fábio e aos irmãos foi seu pai, já que ainda pequenos, sua mãe conheceu um rapaz e foi embora de casa “aventurar-se” (sic). Sua mãe fazia visitas aos filhos e trazia presentes e comprava coisas necessárias, mas afirma que chegou a passar algumas privações materiais básicas. Seu pai não trabalhava e tinha dificuldade de cuidar sozinho dos 7 filhos. Fábio chegou a ter um irmão mais velho de referência masculina e ele e os irmãos tiveram uma irmã mais velha de referência materna. Atualmente, apenas com a irmã mantém proximidade afetiva. Quando criança era muito apegado a sua mãe, e sentiu muito a sua falta. Quando vinha visitá-los, costumava ficar o tempo todo com ela.

Começou a trabalhar cedo e conseguia brincar somente a noite de bola. Fábio conheceu sua esposa quando tinha 18 anos, e casou-se após o falecimento de sua mãe. Tiveram um menino de 11 e cogitam ter um segundo filho para, quem sabe, ser uma menina. Assim como ele, sua esposa também trabalha em indústria e é uma pessoa de grande importância em sua vida.

Percepção da dor

A dor de Fábio representou representativa cisão na sua vida, perdendo qualidade de vida e prazeres, proporcionando mudanças bruscas e significativas, assumindo característica castradora e causadora de impotência. Na EVA, classificou sua dor como 9.

Análise da 1ª aplicação do TAT considerando a entrevista semidirigida

Na avaliação do TAT, Fábio construiu heróis que gostariam de mudar o trajeto da própria vida, serem mais alegres e poder viver a vida com mais qualidade (história 1). Apresentaram necessidade de ajuda externa, sentindo-se tristes e derrubados, sozinhos e desamparados (história 2). Necessidade de salvar a própria vida (história 3), mudar o trajeto da própria vida (história 4) e a experiência subjetiva de desamparo (história 1, 2, 3, 5) também estiveram presentes ao longo das histórias.

Os heróis corroboram com a forma que Fábio se sente frente a dor e suas limitações, como não poder realizar atividades que lhe davam prazer e sentir-se incompreendido e ter conflitos na relação com a esposa. É válido ressaltar que Fábio referiu dor em duas histórias (1 e 4).

Apresentou necessidade de sentir-se mais feliz e voltar a fazer coisas importantes da vida, de ser ajudado e mudar o trajeto da própria vida, buscar outros caminhos e tentar com que as coisas deem certo. Frente às limitações, sente frustrado, desamparado, impotente, triste, com medo e frustrado, pessimista e com ausência de esperança. Na entrevista, foi possível encontrar vivências de desamparo e privação afetiva e material em sua infância.

Sua vida está organizada em relação a dor, e o quadro clínico representando uma cisão em sua vida, proporcionando mudanças bruscas e perda de qualidade de vida e atividades de prazer. Fábio rejeita o tipo de vida que atualmente tem, estabelecendo relação de ódio e persecutoriedade frente a dor. “Tenho ódio dela, a dor não passa, estou de saco cheio já dessa dor...” (sic). “Ela atrapalha em tudo, porque você fica irritado, fica estressado, não tem paciência com nada. Você fica impossibilitado de fazer um monte de coisa. Nada tá bom você. É uma dor que parece que vai atingindo em todas as coisas da pessoa. Atinge meu humor, fico impaciente” (sic). “Acredito que é por causa dessa dor, porque antes eu não era assim” (sic). Frente às limitações da dor, o que lhe resta é a esperança, já que se sente impotente, desamparado e com seu mundo interno povoado por objetos internos persecutórios.

Os mecanismos de defesa mais utilizados foram racionalização (histórias 1, 2, 3, 4, 5 e 6) e projeção (história 2). Na lâmina 5, foi identificado o mecanismo de defesa formação reativa.

Hélio

Hélio é uma pessoa de 52 anos, sexo masculino, com primeiro grau completo, católico e casado há 22 anos. Apresentou-se na entrevista vestindo trajes casuais. Seu diagnóstico é de hérnia discal L3-L4 L4-L5.

Demonstrou-se colaborativo desde o início, aparentando estar sentindo-se à vontade com a pesquisadora. Pareceu ser bastante ansioso e implicado com as tarefas que lhe são propostas. Foi percebido através da contratransferência como disponível e solícito.

Histórico de dor e sua percepção

Hélio sente dor diariamente a mais ou menos 12 anos, tendo se agravado com o passar dos últimos anos. Lembra que em 2015 teve uma crise intensa, mas, desde 2017, de forma inesperada, vive a pior crise que teve em sua vida. Imaginava que nunca mais fosse sofrer dores intensas, mas vem lidando com noites sem dormir, a se sentar e se levantar com dificuldade, dormência na perna direita e sem efeito medicamentoso satisfatório. Sempre trabalhou em condomínio como porteiro, com cadeiras que não eram adequadas, e acredita que esta seja a razão de suas dores e de sua intensa crise atual, já que não tem o costume de carregar peso. Caminhar e jogar bola eram “extravagâncias” (sic) que cometia e pioravam sua dor. Hoje, sabe que não pode mais, e sente muita falta.

Sua dor queima e dá sensação de que sua coluna está amarrada, além de dormência e falta de sensibilidade da perna até os dedos do pé. Com sessões de acupuntura e fisioterapia, percebeu alguns alívios, bem como com a infiltração (técnica médica pouco invasiva para tratamento de dores e doenças na coluna). Chegou a desejar a morte, já que remédio não estava funcionando e não tinha mais alegria em sua vida. É uma dor forte, dando a impressão que os ossos se chocavam, travando caso fizesse movimentos mais elaborados. Neste momento, iniciou suas aulas de natação com o intuito de aliviar ainda mais suas dores e voltou para a fisioterapia. Vem tentando perder peso e evitar impactos. Antes desta crise, tinha o hábito de fazer apenas caminhada. Percebe as melhoras muito lentas e tem receio em voltar para o trabalho e ter uma nova crise: “o que eu passei não desejo pra ninguém” (sic). “Eu pedi a morte, não dava pra sofrer desse jeito” (sic).

Perceber a família abalada com suas dores o deixa muito triste. Hélio recebe muito apoio especialmente da esposa e do filho mais velho. Em casa, possuem uma educação alimentar adequada e tanto ele quanto a esposa se preocupam com o bem-estar de toda a família.

Em períodos de dor intensa, afirmou não conseguir fazer simples coisas, como colocar uma meia, levantar da cama, tomar banho. Ao longo de seus 12 anos de dor passou por diversos médicos e tomou muitos tipos de medicamentos, e por ele, já teria operado, apesar da sua família ter muito medo da paraplegia. Irmãos, sobrinhos, pai e mãe rezam e pedem a Deus para que ele fique bem sem a necessidade de cirurgia. Neste momento da avaliação da pesquisa, estava afastado do trabalho por conta de suas dores. “Dor é coisa ruim. Dor não é bom. E você não vai ao médico se você não tiver com dor. E hospital também não é bom. Só coisa ruim” (sic).

Breve histórico de vida

Paraibano, veio pra São Paulo em 1989. É de uma família de 3 irmãs e ele o único filho homem. Sua mãe morreu há 1 ano e 5 meses em decorrência de tabagismo. Afirmo que ainda é difícil chegar à Paraíba para visitar seu pai e não ter mais sua mãe em vida.

Quando pequeno, não levava os estudos a sério e era muito levado. Apesar disso, seus pais eram severos, teve uma educação rigorosa e começou a trabalhar na agricultura para ajudar em casa aos 9 anos de idade.

Acredita que no nordeste tinha uma vida melhor e com mais distração, tinha seu cavalo, ia para festas típicas da região e menos gastos financeiros. Mas, sua vinda para São Paulo foi por conta de oportunidade de trabalho e melhores condições de vida.

É casado há 22 anos com uma paulista e deste matrimônio teve dois filhos homens, um de 21 anos e outro de 19 que tem síndrome de down. Sua esposa é muito amorosa e presente, e ambos têm muita preocupação e dedicação nos cuidados com o filho mais novo. Afirmo que é um relacionamento muito bom, apesar de às vezes “pisar na bola” (sic) com ela. Além disso, tenta manter atividades de lazer e de distração em sua vida.

Percepção da dor

Hélio apresenta postura de desesperança e impotência frente a dor e às limitações a ele impostas, com expectativa de cirurgia. Classificando-a na EVA em 7.

Análise da 1ª aplicação do TAT considerando a entrevista semidirigida

O TAT de Hélio foi consistido por heróis distantes da realidade (história 1), com problemas sérios (história 2) ou necessidade de garantir a própria sobrevivência (história 3). Os ambientes eram vazios e remetiam à solidão e ao desamparo (história 5). Na história 6, apresentou desejo de vencer os objetos mais internos, lidar com a frustração e com a própria vulnerabilidade. A experiência subjetiva de desamparo ficou mais evidente na história 5.

Foram identificados sentimentos de desamparo, impotência, passividade, submissão, solidão e cansaço em relação à própria realidade, demonstrando dificuldade em lidar com suas frustrações e os próprios impulsos agressivos, não conseguindo exteriorizar suas demandas. Na história 4, apresentou resistência em expor seu mundo interno e entrar em contato com aquilo que lhe causa sofrimento e frustração, sugerindo pouco acesso ao simbólico, além de prender-se ao concreto da realidade para não entrar em contato com conteúdos inconscientes.

Hélio é percebido frustrado com a própria realidade, passivo, desanimado, sem esperança e depressivo. No TAT, apresentou desejo de sentir-se capaz para lutar pela própria vida e de lidar com as frustrações e vulnerabilidade, desejando ser preenchido por coisas boas.

Os mecanismos de defesa mais utilizados foram racionalização (histórias 1, 3, 5 e 6), negação – diante da dificuldade de lidar com as dificuldades da vida – (histórias 2 e 3), repressão – diante da necessidade de afastar os sentimentos e pensamentos ruins, buscando negar a própria vulnerabilidade (histórias 2, 4 e 5) e isolamento (história 4).

Hélio relaciona-se com o adoecer e o tratamento de acordo com sua dinâmica psíquica, apresentando estrutura egóica fragilizada, pouco desenvolvida e com recursos escassos para lidar com a dor, o sofrimento e desamparo. Frente à dor e a sua percepção, Hélio sente-se lesado, traumatizado e sem saída: “O que eu passei não desejo pra ninguém” (sic); “Eu pedi a morte, não dava pra sofrer desse jeito” (sic); “Dor é coisa ruim. Dor não é bom. E você não vai no médico se você não tiver com dor. E hospital também não é bom. Só coisa ruim” (sic), utilizando-se do mecanismo de defesa voltar contra si mesmo. Hélio compreende as limitações impostas pela dor, apresentando postura de desesperança, impotência e ideação suicida (histórias 2 e 3), corroborando para sua angustia de aniquilamento e castração.

João

João é uma pessoa de 47 anos, sexo masculino, com primeiro grau completo, católico e casado há 25 anos. Apresentou-se na entrevista vestindo trajes casuais e andando com o auxílio de uma bengala. Foi necessário providenciar uma cadeira mais alta para conseguir sentar de maneira mais confortável para suas dores e conseguir dar prosseguimento aos procedimentos. Seu diagnóstico é de hérnia discal L4-L5 L5-S1

Demonstrou-se colaborativo desde o início, aparentando estar sentindo-se à vontade com a pesquisadora. Pareceu ser uma pessoa que luta frente às consequências que a hérnia de disco trouxe a sua vida e apresenta percepção da relação entre o stress que passa no dia e seu nível de dor. Foi percebido através da contratransferência como disponível e solícito.

Histórico de dor e sua percepção

Trabalhava de repositor de estoque de supermercado quando, em uma situação na qual estava repondo sal, há 12 anos, desmaiou de dor e acordou somente no hospital, não se lembrando de nada do que aconteceu. No dia seguinte, foi trabalhar normalmente e deu continuidade a sua vida, já que não sentia mais nada. Porém, tentou evitar tentar pegar peso, utilizando-se de uma máquina empilhadeira para evitar maiores esforços físicos. Aos poucos, passou a voltar a pegar peso, e assim, a dor foi retornando em forma de “fisgada” (sic), chegando ao ponto de travar outras vezes, mas sem desmaios. Desde então, suas idas ao médico e necessidade de medicação passaram a se tornar mais frequentes e a perda de sensibilidade nas pernas também.

Após 1 ano, quando finalmente foi diagnosticado com hérnia de disco lombar, lembra: “Eu entrei em desespero, porque eu já vi gente com hérnia de disco de cadeira de rodas, e aquilo ficou na minha mente, perturbando a minha mente” (sic). O medo da paraplegia já lhe fez não aceitar a cirurgia, mesmo sentindo muitas dores “Eu não aguentava andar, eu era estressado demais. Se eu tivesse atacado de dor a minha esposa não podia falar nada. Meu moleque então, não podia falar que eu estourava” (sic).

Está há 10 anos afastado do trabalho, local onde era muito bem tratado por todos e que tinha satisfação em trabalhar. Percebe que os remédios atuais fazem-lhe um pouco mais de efeito, mas quando suas dores atacam, precisa ficar no quarto em silêncio. Sua dor queima, arde, dá choque, com grande foco na perna esquerda. Tem dias que não consegue sentir a perna, devido aos formigamentos.

Atualmente, sua dor está mais focada na região lombar em forma de ardência e choque e tem sensibilidade do pé esquerdo. “É constante, mas não tão forte como nos momentos de crise. É uma dor que consigo controlar, não estou ficando tanto irritado. Aquelas que vinham muito forte me irritavam muito. Se uma pessoa fala com você e você já está com aquilo na mente, você se estoura, porque a dor é muito forte” (sic). Remédio de ervas, carro automático, colchão vibratório foram alternativas que adotou no seu dia-a-dia por conta própria para lidar com sua dor “fraca” (sic), porém, constante.

Em momentos de crise intensa de dor, chegou até a imaginar que poderia morrer caso a dor não cessasse. “O que mata a gente não é a dor? Então se você não sentir dor não vai morrer nunca” (sic), “É muita dor, e quantas vezes eu não chorei? Chorava igual criança. É muita dor” (sic). João convive com restrição da vida social, e sair e escutar barulho são coisas que não tolera mais. Seus filhos se preocupam e gostam de fazer-lhe massagem, muitas vezes, conseguindo até pegar no sono devido ao relaxamento.

Devido a sua condição física, João não tem mais perspectivas de retorno ao trabalho. Segundo ele, possui 6 hérnias de disco estouradas e algumas estouraram mais de uma vez, além de ter regiões de “osso com osso” (sic). Seu tratamento significa uma forma de ajuda.

Breve histórico de vida

Natural da Bahia, de uma família de 4 homens e 2 mulheres, é casado há 25 anos com uma prima de primeiro grau e é pai de 2 meninos adolescentes. Tem uma relação estável e sem atritos com a esposa, permeada de muito amor. Atualmente, sua esposa é dona de uma padaria, principal fonte de renda da família. Seus pais são vivos e moram na Bahia até hoje. João veio para São Paulo após seu alistamento no exército, ficando 9 anos sem retornar para a sua terra natal (Bahia). Foi acolhido por tios e logo depois conseguiu alugar sua própria casa. Em São Paulo, somente ele da família está aqui. João já perdeu dois irmãos, sendo um, vítima de suicídio, e outro de adoecimento não especificado.

Percepção da dor

João apresentou uma postura de luta frente a sua dor, referindo-a intensa e limitante. Sua classificação na EVA para sua dor foi de 7.

Análise da 1ª aplicação do TAT considerando a entrevista semidirigida

João construiu histórias com heróis incapazes de tomar decisões, frustrados, paralisados, impotentes e passivos (histórias 1 e 2). Os ambientes eram desprotegidos, cercados de perigos e sem possibilidade de ajuda (história 3). Demonstrou resistência para entrar em contato com a lâmina 4 e 5, indicando dificuldade para acessar aspectos inconscientes e ao que seria eventualmente revelado ao contar uma história, e sugerindo pouco acesso ao simbólico, prendendo-se ao concreto da realidade para não entrar em contato com conteúdos inconscientes. Na história 5, a necessidade de entrar em contato com as demandas internas e aceitar os limites impostos pela vida foram evidenciados. A experiência de desamparo ficou mais evidente na história 6.

Foram evidenciadas angústia de aniquilamento, castração, desamparo e desesperança frente à sua dor e repercussões em sua vida consequentes dela. João consegue ter percepção da própria finitude através da dor, o que gera angústia e, ao mesmo tempo desejo de morrer para cessar a dor.

Demonstrou relacionar-se com o adoecer e tratamento de acordo com sua dinâmica psíquica, apresentando estrutura egóica fragilizada, pouco desenvolvida e com recursos escassos para lidar com a dor, o sofrimento e desamparo. Frente a escassez de recursos internos para atender suas demandas, recorre ao externo de maneira excessiva (bengala, remédio de ervas, carro automático e colchão vibratório), mantendo sua experiência subjetiva de desamparo diante da dor (já que não obtém sucesso satisfatório e permanente). Assim, seus sentimentos de sentir-se incapaz, frustrado, impotente, passivo, submisso, vulnerável, sozinho e com medo ambivalente da morte (sugerindo desejo pela morte) ou de maiores consequências que sua condição física ainda pode lhe proporcionar acabam sendo mantidos e retroalimentados.

“Eu entrei em desespero, porque eu já vi gente com hérnia de disco de cadeira de rodas, e aquilo ficou na minha mente, perturbando a minha mente” (sic). Suas vivências de desamparo também estão presentes ao longo da sua história vida.

Os mecanismos de defesa mais utilizados foram racionalização (história 1, 2, 3 e 6), regressão (história 2 e 5), isolamento (história 4 e 5), repressão (história 4), regressão (história 5).

Marcelo

Marcelo é uma pessoa de 43 anos, sexo masculino, com segundo grau completo, católico e casado há 15 anos. Apresentou-se na entrevista vestindo trajes casuais. Seu diagnóstico é de hérnia discal L4-L5 L5-S1.

Demonstrou-se colaborativo desde o início, aparentando estar sentindo-se à vontade com a pesquisadora. Pareceu ser um rapaz calmo, porém, tímido e com semblante triste e desamparado. Foi percebido através da contratransferência como disponível, inseguro e frágil. Por ficar sem posição confortável em função da lesão discal, está andando inclinado (movimento de defesa corporal). Para agendamento do encontro foi necessário conciliar com a agenda de sua esposa, já que não tem mais o hábito de sair de casa sozinho devido suas dores e receio de precisar de socorro.

Histórico de dor e sua percepção

Sua dor começou há 15 anos, se agravando e intensificando ao passar dos anos. No início dos sintomas, imaginava que fosse “uma dorzinha normal de coluna” (sic), decidindo procurar ajuda médica quando sentiu uma “fisgada” (sic). No início dos sintomas, trabalhava com jardinagem, passando longos períodos agachado e carregando peso. Há 14 anos trabalha como porteiro na parte da noite, passando muito tempo sentado. Percebe que as dores se intensificaram e sente formigamento na perna esquerda.

Lembra que antes de começar a ter dor, quando escutava pessoas queixando-se de dor na coluna costumava achar que fosse frescura: “Agora eu sei o que é dor na coluna” (sic). Compreende sua dor como uma fase da vida a que precisa passar.

Estava afastado do trabalho por conta de suas dores. Percebe que esforço físico associado a pegar peso ou um “mau jeito” (sic) é o gatilho de suas crises. Percebe a sua dor contínua e com característica de choque e formigamento constante.

Sente-se mais confiante quando está na companhia de sua esposa, preferindo sair de casa para lugares mais distantes e compromissos somente com ela. Referiu que “não compensa ficar só em casa sentado ou deitado, só reclamando de dor” (sic) e que gosta de sair na rua, conversar com amigos, com o intuito de se distrair e não pensar na dor.

Acredita em seu tratamento e possui boa adesão no mesmo. Além de inúmeras medicações, já tentou fazer infiltração, fisioterapia e acupuntura, sem melhora

perceptível. Acredita que Deus o ajudará e que conseguirá ficar bem. Seu irmão operou recentemente de hérnia de disco, com sucesso no tratamento.

Breve histórico de vida

Marcelo é natural de Tremedal – Bahia, filho homem mais velho de uma família de 4 mulheres e 3 homens, todos vivos e atualmente morando em São Paulo. Pais vivos, sua mãe tem 67 e seu pai 71 anos, e, todo ano, em suas férias, viaja Bahia para visitá-los. Possui boa relação com os irmãos, recebendo apoio inclusive no seu tratamento para hérnia de disco.

Veio para São Paulo com 13 anos, em busca de oportunidade de trabalho e melhores condições de vida. Quando pequeno e ainda na Bahia, ajudava seus pais na roça, com rotina de estudo e trabalho desde os 10 anos de idade. Seu pai tinha o costume de passar longos períodos em São Paulo a trabalho, e, conseqüentemente, longe da família. Como seu pai tinha o hábito de passar somente as férias com a família, quem o criou foi sua mãe.

Lembra que conseguiu brincar e ter infância, próximo dos irmãos e de amigos de infância.

Antes de conhecer sua esposa, chegou a ter outras namoradas e a quase casar. Conheceu sua esposa com 27 anos, e está casado há 15 anos. Juntos, tiveram uma filha de 13 anos e afirma que gostariam de ter mais um filho. Ela é sua principal fonte de referência de amparo, afeto e carinho, inclusive no seu tratamento.

Percepção da dor

Marcelo classificou sua dor na EVA em 7, corroborando com a percepção que tem da própria dor, impotente, limitante e castradora.

Análise da 1ª aplicação do TAT considerando a entrevista semidirigida

As histórias de Marcelo foram compostas por heróis pensativos (história 1), necessitando ajuda e buscando alívio de sintomas, precisando se distrair e aliviarem a mente, cansados, sofrendo com a própria realidade, sozinhos, passivos (história 2, 6). Estes heróis corroboram com a maneira que foi percebida pela pesquisadora, parecendo ser um rapaz triste, inseguro e frágil. Os ambientes tinham o objetivo de distração (história 3 e 5). É válido ressaltar que a temática da dor esteve presente em 5 histórias

do TAT (1, 2, 4, 5 e 6) e a temática do desamparo presente nas histórias 2, 3, 4, 5, 6 e em sua vida atual.

Apresentou necessidade de buscar estratégias que contribua para lidar com a dor, de ser ajudado, de conseguir ter perspectivas de vida, de deixar de evitar entrar em contato com o sofrimento intenso, de conseguir retomar a própria vida. Frente a isso, sente-se com recursos pessoais insuficientes para lidar com a dor, desamparo, solidão, insegurança, impotência e frustração, com postura frágil, sentindo-se aprisionado e sem esperança, mas racionalizando e compreendendo sua dor como uma fase da vida a que precisa passar. Ao longo de sua história, pode-se identificar uma infância permeada por desamparo. Para Marcelo, a dor é vivenciada de maneira aniquilante e castradora, sugerindo pouco acesso ao simbólico, prendendo-se ao concreto da realidade para não entrar em contato com conteúdos inconscientes.

Demonstrou dificuldade em lidar com as limitações e sofrimentos que a realidade lhe impõe, sendo necessário criar recursos e buscar de estratégias assertivas para se distrair e lidar com a agressividade decorrente. Antes, não conseguia acreditar que era possível existir tamanho sofrimento, e afirmando: “Agora eu sei o que é dor na coluna” (sic).

Percebe a dor como uma prisão, que retira suas possibilidades de fazer o que quer, sentindo-se frustrado e necessitando buscar pessoas – no caso a esposa – para sentir-se seguro e amparado. Marcelo possui uma gravidade de lesão lombar considerável, e utiliza-se de recursos sociais para ajudá-lo a lidar com a dor.

Os mecanismos de defesa utilizados foram racionalização (história 1, 2, 3, 4, 5 e 6), negação (história 3, 4 e 5), formação reativa (histórias 3 e 5) e idealização (história 4). Marcelo acredita que sua dor esteja relacionada com uma “fase de vida”, lançando mão do mecanismo de defesa racionalização.

Oswaldo

Oswaldo é uma pessoa de 59 anos, sexo masculino, com primeiro grau incompleto, católico e solteiro. Apresentou-se na entrevista vestindo trajes casuais. Seu diagnóstico é de hérnia discal L4-L5.

Demonstrou-se colaborativo desde o início, aparentando estar sentindo-se a vontade com a pesquisadora. Pareceu ser um homem que dá muita importância ao trabalho, e o apoio dos filhos como fator fundamental para encarar seus momentos de dor. Foi percebido através da contratransferência como disponível e solícito.

Histórico de dor e sua percepção

Oswaldo refere sentir dores há aproximados 3 anos. O reflexo da sua dor lombar teve início primeiramente na perna direita, atualmente, referindo dores em ambas as pernas como “fisgadas” (sic), com fortes formigamentos em ambos os pés, parecendo que estão “amortecidos” (sic). Ficar sentado ou em pé também lhe causam muito desconforto, sendo difícil encontrar uma posição confortável e atividades do seu cotidiano, como fazer a barba ficando comprometidas. Sua dor é insistente e não apresenta melhora com remédios. Relembra situações em que chegou a tropeçar, já que sua perna fica “fraca” (sic), e subir escadas ou subir e descer de carros, atividades também presentes em seu cotidiano, ficaram mais difíceis.

Quando a dor vem muito forte, costuma deitar-se encolhido (postura corporal que remete ao desamparo) e associa a piora das suas dores com mudanças climáticas. Porém, a única vez que ficou impossibilitado de trabalhar foi quando sentiu as dores pela primeira vez. Desde então, tenta manter suas atividades, driblando as dores e assumindo uma postura de não permitir que o perturbe. De modo geral, a maior consequência que sofre devido a sua hérnia lombar é o formigamento nos pés, fazendo-o tropeçar muitas vezes: “a dor não me atrapalha, o que me atrapalha é o formigamento dos pés” (sic).

Breve histórico de vida

Ao ser convidado a contar um pouco sobre sua história de vida, Oswaldo iniciou seu relato dizendo que bebia e fumava muito (6 maços por dia), tendo parado com ambos os vícios há mais de 20 anos. Iniciou o vício aos 12 anos de idade, por influência

de amigos e do estilo de vida que adotou desde muito pequeno, a contra gosto de seus pais. Ainda sente vontade de beber, mas cigarro não consegue sentir mais o cheiro.

É natural de Pirajuí, cidade próxima da divisa com o Paraná, de uma família grande de 7 irmãos, sendo Osvaldo o segundo irmão mais velho. Sua mãe é viva e tem 82 anos e boa saúde. Seu pai é falecido há 20 anos, em decorrência de problemas cardíacos aos 66 anos de idade. Osvaldo mantém o hábito de visitar sua mãe pelo menos 3 vezes ao ano, e quando vai, sempre convida um de seus irmãos que mora em São Paulo para ir com ele. Lembra que teve uma criação rígida, chegando a tomar “surras” (sic) quando fazia algo de errado, mas também tinha carinho e cuidado por parte dos pais, sempre sendo atendido quando se machucava ou estava doente. Não eram ricos, mas tiveram uma infância que os pais davam- lhes o que podiam.

Refere que nasceu de 7 meses, e era tão pequeno que cabia em uma caixa de sapato. O único cuidado que lembra ter recebido era uma garrafa de água quente junto dele. Sobre sua infância, refere que sempre brincou e que brinca até hoje, com seus 2 netos, ou até mesmo sozinho no celular.

Começou a trabalhar aos 12 anos, optando pelo trabalho ao estudo, a contra gosto de seus pais. Trabalhou em farmácia, em loja de material escolar, em bar e em casa nos cuidados dos irmãos. Aos 19 anos veio para São Paulo sem garantia de emprego, mas conseguindo trabalho no dia seguinte, de garçom. Depois de 1 ano em São Paulo foi morar com sua ex esposa, com quem teve seus dois filhos. Ficaram 30 anos juntos, mas devido a muito ciúme, histórico de traição por parte dele, e ela entrar em depressão após uma cirurgia de retirada de útero, o casamento chegou ao fim. Estão separados há quase 7 anos, e possuem um relacionamento de namorados. Afirmou ter “dó” (sic) e “pena” (sic) dela, e ser o responsável pelo pagamento de todas as suas despesas. Osvaldo relaciona-se com outras mulheres, “mas não para morar junto” (sic). Seu trabalho contribui para isso, já que é garçom em um “salão de baile” há 45 anos (sic).

Desta relação de 30 anos teve dois filhos, atualmente com 35 e 30 anos. É avô de dois netos, uma menina e um menino. Refere grande apoio por parte dos filhos, além de terem uma convivência bastante sadia. Seu filho mais velho também foi diagnosticado com hérnia de disco lombar e tem muito medo de operar, sendo também contra que seu pai opere a coluna.

Além de trabalhar de garçom, realiza entregas de panificação para seu filho em um “caminhãozinho” (sic), tendo o hábito de carregando peso.

Percepção da dor

Osvaldo refere dor constante e limitante, porém, não o suficiente para deixar de trabalhar e executar suas atividades. Na EVA, classificou sua percepção de dor em 4.

Análise da 1ª aplicação do TAT considerando a entrevista semi-dirigida

As histórias retratam heróis que desejam realização e alcance de objetivos (história 1), impotentes e com impossibilidade de pedir ajuda e fazer algo por si (história 2, 3), sem sucesso em garantir suas necessidades de sobrevivência (história 3) e necessidade de realização e ter coisas boas dentro de si (história 4 e 6). Os ambientes eram ora passíveis de vida e de serem habitados, ora inabitáveis. Demonstrou resistência para entrar em contato com as lâminas 5 e 6, indicando dificuldade em acessar aspectos inconscientes e ao que seria eventualmente revelado ao contar uma história. Sugere pouco acesso ao simbólico, além de prender-se ao concreto da realidade para não entrar em contato com conteúdos inconscientes.

Identificou-se com a necessidade de ser ajudado, sendo percebido como triste, regredido e impotente frente suas dores, permeado de sentimento de ameaça, precisando garantir sua vida e proteção, incapaz de atender às demandas pessoais. Frente a isto, é percebido com dificuldades de lidar com os empecilhos da realidade, desejando uma folha em branco para escrever sua história da forma que gostaria que fosse, apresentando sentimento de capacidade de conquista e compensação de falta material e preenchimento de vazio, num ambiente acolhedor e realizador (história 4).

Osvaldo tenta manter suas atividades, driblando suas dores e assumindo uma postura de não permitir que a dor lhe perturbe. Tanto no TAT quanto na entrevista, a importância da família em sua vida ficou evidente, proporcionando a ele amparo, acolhimento e ajuda.

Os mecanismos de defesa mais utilizados foram racionalização (histórias 1, 2, 3, 4, 5 e 6), regressão (histórias 1 e 2), negação da realidade (história 4) e projeção (história 5), corroborando com a dificuldade em entrar em contato com seu mundo interno e acessar seus desejos inconscientes, percebido por ele mesmo como frio e obscuro.

Renato

Renato é uma pessoa de 44 anos, sexo masculino, com ensino técnico, cristão e casado há 20 anos. Apresentou-se na entrevista vestindo trajes casuais. Seu diagnóstico é de hérnia discal L4-L5 L5-S1.

Demonstrou-se colaborativo desde o início, aparentando estar muito preocupado em ajudar a pesquisadora, assumindo postura ansiosa e com relato detalhista. Foi percebido através da contratransferência persecutoriedade.

Em função do controle que tem dos próprios processos mentais, a produção de Renato ficou comprometida e permeada por repressão. Como desconfia de si, necessita ser aceito e aprovado pelo outro e não causar decepção e danos, reproduzindo esta postura também com a pesquisadora em suas afirmações sobre querer possibilitar o máximo de informações possíveis e de contar fatos da sua vida que elegeu importantes para serem relatados – estabelecendo também relação de controle sobre o material fornecido para não agir de forma impulsiva. Possivelmente, Renato possui dúvidas em relação a si mesmo e ao que sente, reprimindo seus desejos e vontades. Além disso, apresentou sentimento de culpa pelo que pensou, realizou e sentiu, podendo ter causado algum dano ao outro (real ou simbólico), retroalimentando sua necessidade de aprovação e não causar decepção ao outro.

Histórico de dor e sua percepção

Em 2014, já desestimulado e desmotivado, quando trabalhava como caixa de banco, começou a ter dor na região lombar e na perna esquerda, sendo diagnosticado com hérnia de disco. Em uma das consultas em busca de uma segunda e terceira opinião a respeito do que pode ter ocasionado sua hérnia, foi dito que poderia ter sido por stress. Afirma nunca ter buscado tratamento para a causa do problema, mas assumiu postura de tentar buscar na memória eventos significativos e relacionados a stress que tenha vivido nos últimos anos e ocasionado sua hérnia de disco, já que não vivia nenhum stress acima da média neste local de trabalho no início dos sintomas.

Frente a isso, Renato elegeu determinados eventos como possíveis desencadeantes de sua hérnia de disco e relacionados ao trabalho, já que em todos passou por muito stress. Lembrou-se que em 2009 trabalhou em um órgão sem fins lucrativos e considerava seu chefe a melhor pessoa do mundo, admirando-o como profissional. Conseguiu algumas promoções no trabalho, e assumindo postura de tentar

desenvolver-se ao máximo. Era pouco valorizado e trabalhava muito, mas sempre muito dedicado. Em uma determinada ocasião, desapareceu certa quantia em dinheiro e Renato foi um dos apontados pelo chefe, que lhe era uma grande referência, como a pessoa que poderia ter pegado o dinheiro, ficando decepcionado e constrangido, desestimulado e abalado.

Na mesma época, Renato também foi acusado pelo pastor de ter roubado um determinado valor do caixa da igreja onde era voluntário como tesoureiro. Não conseguiu sua promoção eclesiástica e passou por mais uma decepção. Em 2012 passou por uma nova frustração no trabalho devido a expectativas que criou para ascensão de cargo, prometido por sua chefe, o que gerou consequências negativas diante desta situação. Nestas situações, sentiu-se decepcionado, frustrado e persecutório

Em 2014, logo que recebeu o diagnóstico, foi afastado do trabalho, e como estava muito desmotivado por diversos motivos, não fez esforços para retornar. Depois de mais de 1 ano afastado, quando retornou, voltou a sentir-se estimulado, pois suas condições de trabalho estavam mais satisfatórias, e sem crises na coluna. “Motivação e aspecto psicológico influenciam muito” (sic). Nesta mesma época de afastamento, aproveitou o tempo livre para realizar o sonho dele e de sua esposa, que era comprar um terreno no interior e construir uma casa. Lembra que carregou piso, cimento, bloco pesado, e não sentiu dor.

Sua última crise foi por decorrência de “um vacilo” (sic) e não por “questão psicológica” (sic), já que estava motivado por ter conseguido um novo trabalho. Ocorreu em setembro de 2017 e veio em decorrência de um mau jeito que deu na coluna carregando caixas de piso para sua casa no interior. “Me deu um estalo, como se alguma coisa tivesse arreventado aqui atrás” (sic). Mesmo assim, terminou de carregar todas as coisas necessárias. Durou 50 dias e ficou sem conseguir levantar-se da cama.

Atualmente, os piores momentos são quando acorda, dando a impressão que sua região lombar está “travada” (sic), aliviando ao longo da manhã. Renato acredita que suas dores pela manhã tem correlação com o que viveu do ponto de vista emocional no dia anterior. “Há momentos, há dias que a dor é muito mais intensa, e há dias que não” (sic). Em crise, e após sua última crise intensa, sente dor na região lombar e formigamento na perna direita. No início dos sintomas, sentia formigar a perna esquerda. Ela chega a parar, mas sempre retorna. No seu dia-a-dia, percebe relação do stress e nervosismo com aumento de dor em forma de formigamento e “puxar” (sic) a sua perna. Afirma que passou a se observar mais e compreender que existe correlação

entre stress e dor. “Quando a gente fica um pouco mais nervoso, mais ansioso, a dor começa um pouco mais” (sic).

Afirmou conseguir conviver com a dor lombar e hoje adere muito mais ao tratamento do que no início dos seus sintomas. Sente-se motivado para as sessões de fisioterapia, se percebe mais cuidado consigo mesmo e sente que os remédios estão mais adequados.

Breve histórico de vida

Natural de São Paulo, o segundo filho mais velho de três filhos do casamento de seus pais. Quando tinha 7 anos seus pais se separaram, e aos 10 anos, seu pai faleceu em decorrência de derrame, sendo criado pela mãe, que segundo ele, é muito protetora e presente em sua vida. Sua mãe casou-se e teve mais um filho. Lembra que sua infância foi permeada por dificuldades e privações, precisando começar a trabalhar aos 13 anos de idade. Mesmo assim, nunca deixou de ser criança e de reservar tempo para jogar bola na rua.

É casado há 20 e pai de três filhos, sendo dois do seu casamento atual (um menino de 19 e uma menina de 11) e a filha mais velha (19 anos), fruto de outro relacionamento com uma melhor amiga. Todos os seus três filhos lhe apoiam e ajudam no tratamento, se preocupam e incentivam o pai a ficar bem.

Gostaria de estar num cargo melhor e de ter tido mais oportunidades na vida, mas sente-se motivado neste trabalho atual.

Percepção da dor

Para Renato, a dor é percebida como uma expressão da manifestação de coisas ruins em sua vida, possivelmente, também estabelecendo uma relação de ganho secundário com a mesma. Na EVA, Renato classificou-a em 4.

Análise da 1ª aplicação do TAT considerando a entrevista semi-dirigida

Renato construiu histórias com heróis desmotivados e com dificuldade de assumirem postura responsável frente à tarefa (história 1), com postura de isolamento (história 2), agressividade, destruição e com necessidade de salvarem a própria vida (história 3). Apresentou resistência nas lâminas 4 e 5, não conseguindo contar uma história com início meio e fim nem tampouco tinha personagens. Apresentou também dificuldade em acessar aspectos inconscientes e ao que seria eventualmente revelado ao

contar uma história. Sugere pouco acesso ao simbólico, além de prender-se ao concreto da realidade para não entrar em contato com conteúdos inconscientes.

Foi encontrada necessidade de dar vazão à sua agressividade e aos seus desejos reprimidos, e, conseqüentemente, acaba isolando-se e afastando-se para conseguir lidar com estes sentimentos. Entretanto, percebe que ao agir por impulso pode fazer coisas das quais se arrependerá, produzindo sentimento de culpa e de arrependimento.

Na sua história de vida, foram encontradas situações de desamparo desde muito pequeno, além de uma infância permeada por dificuldades e privações, tendo começado a trabalhar muito jovem. Desde então, busca seu sonhado reconhecimento e ascensão profissional – necessidade de ser aceito no meio externo.

O TAT sugeriu que necessita pensar mais nas suas ações de forma organizada, conseguindo assumir responsabilidades e atender às suas demandas. Frente a isso, apresenta sentimento de culpa e arrependimento. Nesta mesma época de afastamento, aproveitou o tempo livre para realizar o sonho dele e de sua esposa, que era comprar um terreno no interior e construir uma casa. Lembra que carregou piso, cimento, bloco pesado, e não sentiu dor. Nesta situação, a relação de Renato com a dor sugere ganho secundário.

Os recursos de enfrentamento utilizados foram repressão (história 1, 2, 3 e 6), regressão (história 1, 2 e 6), isolamento (história 4, 5 e 6), projeção (história 2) e racionalização (história 5).

6.2 Apresentação dos dados da segunda entrevista, percepção da dor e análise da reavaliação do TAT – Participantes que fizeram uso de ocitocina

Carlos

Segunda entrevista

Carlos relatou que fez o uso dos frascos de spray nasal conforme explicado, e que as mensagens de texto enviadas pela pesquisadora foram uteis para lembrá-lo dos usos. Nesse período de tempo, sentiu dores constantes, e apresentou uma forte crise de duração de uma semana. Sentia como se tivesse algo “esticando, puxando” (sic), da sua coluna, irradiando para a perna esquerda.

Na segunda entrevista não referiu maiores acontecimentos de sua vida. Afirmou que “não presta pra nada mais...” (sic), e que vinha se sentindo “agoniado” (sic) em casa, querendo muito poder voltar a trabalhar. Não associou seus episódios de dores intensas a acontecimentos ou a estados psicológicos, já que movimentos normais e do dia-a-dia já são o suficiente para sentir muita dor.

Percepção da dor

Carlos quantificou sua percepção de dor na EVA em 7 (menor, mas próxima quando comparado com sua percepção de dor na avaliação), reforçando o quanto a dor se impõe em sua vida. Ao longo da avaliação, apresentou estrutura e desenvolvimento egóicos pouco desenvolvidos e adaptados, e, conseqüente a isto, estabelecendo com a dor a relação de ganho secundário.

Análise da reavaliação do TAT

As histórias retrataram heróis que buscavam a realização de desejos e alívio dos pensamentos. Apesar das incertezas, lutavam pelo amanhã, conseguiam pensar na vida e espaírciam a mente (história 1). Na reavaliação do TAT, Carlos conseguiu se preocupar mais com si mesmo, encontrar outros rumos na vida, solucionar problemas e entrar mais em contato com a realidade, com menos distorção e conseguindo acessar mais os próprios conteúdos. Reflete e espaírece (história 6) e consegue buscar outras formas de resolução dos problemas (histórias 1, 2 e 3). Apresentou necessidade de trabalhar em alguma coisa muito importante com energia e persistência, com o sentido de salvar a própria vida, e de autopreservação – com a força da união tornou-se

possível (história 3). Percebeu que pode solucionar suas angústias, sozinho, através do ato de reflexão e auto-observação, conseguindo preocupar-se consigo mesmo, encontrar novos rumos, ser menos fantasioso, solucionar problemas e encarar a realidade com menos distorção e entrando mais em contato com seus conteúdos internos.

Carlos apresentou necessidade de aprender a lidar com situações do dia-a-dia que estão fora do controle ou que precisam de planejamento, energia e persistência. Frente a isso, vive ansiedades de depressão, impotência, passividade, submissão. Deseja obter realizações na vida e tem vontade de fazer coisas impossíveis (histórias 1, 2 e 3), visando alcançar objetivos com ânimo e motivação.

Apresentou dificuldade em acessar os próprios sentimentos, tendo em vista que não pode realizar seus desejos. Foi percebido desiludido e desgostoso com a vida, precisando encontrar novos rumos e possibilidades que façam voltar a ter sentido em viver. Sente-se ameaçado com a vida, proporcionando ansiedades relacionadas à solidão (remetendo ao desamparo – histórias 4 e 5), sentimento de impotência, passividade e submissão. Ao se relacionar com os próprios problemas, demonstra pouca maturidade, ausência de criatividade e soluções pouco eficazes.

Utilizou-se de racionalização (histórias 1, 2, 3, 4, 5, 6) para não entrar em contato com os conteúdos que lhe causam sofrimento, repressão (histórias 1 e 4), sublimação (história 2) e projeção (história 6).

Fábio

Segunda entrevista

Fábio compareceu a entrevista e relatou que fez o uso dos frascos de spray nasal conforme orientado. Nesse período de tempo, contou que ficou 5 dias afastado por conta de dor e em breve faria uma segunda infiltração, com intuito de alívio dos sintomas “Ela finge que vai embora e fica ali rodando” (sic). Antes desta crise, referiu uma “dor normal” (sic). Neste dia, Fábio estava perceptivelmente incomodado com suas dores e calado. Não foi referido nenhum acontecimento significativo neste intervalo de tempo.

Percepção da dor

Na reavaliação, Fábio classificou a sua dor na EVA em 6, com menor percepção de dor comparado a sua resposta na avaliação (apesar de não referir melhora da dor).

Análise da reavaliação do TAT

Fábio construiu heróis pensativos (história 1) e que preservavam a própria vida (história 2 e 3). Apresentou resistência em expor seu mundo interno (história 4), sugerindo pouco acesso ao simbólico, prendendo-se ao concreto da realidade para não entrar em contato com conteúdos inconscientes. Os ambientes eram vazios (história 5) e pouco acolhedores (história 6). O desamparo foi identificado na história 2.

Apresentou a percepção da realidade como um todo, conseguindo integrar a realidade boa e a ruim. Frente a isso, indicou necessidade de ser mais ativo com relação à própria vida e desejos, ser ajudado, amparado, de ter e lutar pela própria vida, refletir sobre o que quer fazer e evitar o que não quer fazer, de ser preenchido, habitado, sentir-se capaz.

Os mecanismos de defesa utilizados foram racionalização (história 1, 2, 3, 4, 5 e 6) e isolamento (história 4).

João

Segunda entrevista

João apresentou-se colaborativo e comunicativo, novamente andando com o auxílio de uma bengala e necessário providenciar uma cadeira mais alta para sentir-se mais confortável. Referiu ter feito o uso do spray nasal conforme orientado e ficou apenas 2 dias sem usar a substância, por conta de dores de cabeça que associa ao uso da substância.

No momento da entrevista, fazia exames para a realização de nova infiltração. Percebeu que sua dor está relacionada aos esforços físicos que faz, mantendo seu ritual de banho quente, remédio de ervas e descanso como a melhor forma de melhorar sua dor no final do dia. Não teve crise de dor, referindo apenas a dor de sempre, que tem a impressão de que nunca irá parar, além de perceber relação entre seu nível de dor e stress passado no dia.

Percepção da dor

João classificou sua dor na EVA em 7, corroborando com sua postura de luta frente a sua dor, que é intensa, persistente, limitante, e mantendo a mesma percepção de dor comparado com a resposta da sua percepção de dor na avaliação.

Análise da reavaliação do TAT

Na reavaliação do TAT de João as histórias retrataram heróis sozinhos, pensativos e paralisados (história 1 e 6). Os ambientes eram tranquilos, habitados, desejando ser acolhedor, apresentando necessidade de serem preenchidos, e com desejo de negar a realidade frustrante e agressiva (história 3).

Demonstrou resistência para entrar em contato com a lâmina 4, apontando para uma dificuldade em acessar aspectos inconscientes e ao que seria eventualmente revelado ao contar uma história. Sugere pouco acesso ao simbólico, prendendo-se ao concreto da realidade para não entrar em contato com conteúdos inconscientes (histórias 4, 5 e 6). A hipótese é que tenha ficado assustado e com medo dos próprios impulsos agressivos, com postura de choque frente aos estímulos das lâminas mais ameaçadoras.

Apresentou necessidade de negar a realidade a qual percebe como frustrante e agressiva, de garantir a própria sobrevivência, de ser capaz de realização, mas sentindo-

se impotente (principalmente no âmbito físico), inadequado e frustrado. Frente a isso, João projeta a raiva que sente por sua incapacidade e desejo de autodestruição para não autodestruir-se.

João sente-se impotente, frustrado e com raiva de sua própria condição, apresentando conflito entre demonstrar sua agressividade e ficar só e desamparado ou ser receptivo, negando sua agressividade, para manter-se preenchido (projetando sua pulsão de morte para não fazer mal ao outro).

Os mecanismos de defesa mais utilizados foram racionalização (história 1, 4, 5 e 6), projeção (história 2), formação reativa (historias 3 e 5), isolamento (história 3 e 4), negação (história 3), repressão (história 6) e idealização (história 6).

Marcelo

Segunda entrevista

Marcelo compareceu a entrevista de reavaliação conforme combinado com a pesquisadora e conciliando com um dia que sua esposa pudesse novamente acompanhá-lo. Apresentou-se colaborativo, porém calado e referindo muita dor e receio de estar com o corpo “torto” (sic). Acredita que não teve nenhuma melhora, mas mantém postura esperançosa frente à melhora da dor.

Percepção da dor

Marcelo classificou na EVA sua dor em 3, apresentando representativa diminuição da mesma, apesar de não referir melhora.

Análise da reavaliação do TAT

As histórias foram compostas por heróis pensativos, preocupados, com dor (história 1) desamparados e demandando serem cuidados, com dificuldade de encarar os próprios problemas (história 2). Os ambientes necessitavam ser melhores, já que eram foram descritos como isolados, desertos, sem possibilidade de ajuda e com perigo (história 3), ou com possibilidade de ser diferente da própria realidade – sem dor (história 4). Marcelo referiu dor nas histórias 1, 2 não encontrando os recursos adequados para lidar com seu sofrimento – a dor, e a experiência subjetiva de desamparo evidentes nas histórias 2, 3, 5 e 6 – podendo estar relacionada à impossibilidade de viver livre dela, às suas incapacidades e limitações físicas.

Foram encontrados sentimentos de preocupação, passividade, depressão, submissão, frustração, limitação, inadequação e desespero, necessitando ajuda externa para poder superar estas dificuldades. Necessita ser cuidado, amparado – regredindo a um estado infantil – não se responsabilizando por seus sofrimentos e pelas atitudes que podem ajudá-lo a melhorar, projetando-a no outro (na medicina, na esposa). Apresenta auto percepção de que seu comportamento é carente e afasta as pessoas, com sentimento de inadequação, isolamento e solidão.

Deseja ser útil e poder retomar suas atividades laborais, mas frente a isso, nega a realidade, pois tem dificuldade de lidar com as frustrações impostas pelo momento em que vive. Gostaria de voltar no tempo, com sentimento de culpa ou arrependimento por

não ter respeitado os limites do próprio corpo e demanda de encontrar formas de conviver com a dor.

Apesar de ainda estar tudo ruim, tiveram mudanças importantes de como se percebe. Conseguiu se sentir seguro para trazer a tona questões emocionais, sem preocupar-se com o externo. Sua vivência de desamparo se tornou menor e menos intensa, possibilitando sentir-se mais amparado para acessar seu sofrimento.

Os mecanismos de defesa utilizados foram racionalização (história 1, 2, 3, 4, 5 e 6), idealização (história 1, 3 e 4) e regressão (história 3 e 6).

Renato

Segunda entrevista

Renato compareceu a reavaliação, apresentando-se muito solícito, preocupado em contribuir neste estudo e com postura persecutória.

Referiu ter feito o uso do spray nasal conforme orientado, desejando saber qual substância tinha recebido e se poderia continuar fazendo o uso. Afirmou que suas dores melhoraram “bastante” (sic) e ter sumido o “travamento” (sic) na coluna que tinha diariamente pelas manhãs. Acha que as sessões diárias de fisioterapia estão lhe ajudando muito “Não sei se tinha também alguma coisa naquele seu remedinho” (sic). Está conseguindo levantar a perna e amarrar o tênis, e afirmou que até sua esposa notou sua melhora.

Percepção da dor

Renato quantificou a sua percepção da dor em 1.

Análise da reavaliação do TAT

Renato construiu histórias com heróis que foram obrigados a realizarem uma atividade que não queriam, sentindo-se descontentes e desmotivados (história 1), desolados, arrependidos (história 2), a espera (história 6), e não conseguindo fazer por algo por si, corroborando com sua desmotivação com o exercício de sua atividade profissional e dificuldade de assumir postura responsável, sentindo-se obrigado a fazer algo que não gosta e não quer. Passividade e apreensão na espera, necessidade de dar vazão à sua agressividade e aos seus desejos reprimidos também foram encontrados. Os ambientes eram permeados por perigo (história 3), Na história 5, a necessidade de dar vazão a sua agressividade foi representada.

Apresentou resistência na lâmina 4, não conseguindo contar uma história com início, meio, fim e personagens e apresentando dificuldade em acessar aspectos inconscientes e ao que seria eventualmente revelado ao contar uma história. Sugere pouco acesso ao simbólico, prendendo-se ao concreto da realidade para não entrar em contato com conteúdos inconscientes.

Apresentou sentimento de culpa, com intenso sofrimento e arrependimento, descontentamento, passividade, impotência, submissão, não conseguindo atender às

demandas internas e externas e exteriorizar sua agressividade. Indica ter percepção da necessidade de superar as resistências para acessar os sentimentos difíceis e agressivos para assim lidar com eles, de modo a poder viver e garantindo que a passividade e a depressão tomem conta da sua existência.

Renato demonstrou ter a sensação de que a vida psíquica está ameaçada, com indícios depressivos, e conflito entre realizar sua obrigação a contragosto para atender a demanda da realidade e afastar as responsabilidades e atender as demandas pessoais. Porém percebe a necessidade de realizar seu trabalho, seus deveres como uma necessidade de agradar ao meio externo, e não uma construção pessoal atrelada ao seu desejo, mas com postura passiva e sendo incapaz de transformar a própria realidade e com necessidade de fugir, com dificuldade de lidar com os obstáculos e frustrações da vida e os sofrimentos psíquicos.

Frente a isso, apresentou necessidade de sentir-se acompanhando, de atender as próprias vontades e demandas, apresentando sentimento de não ser compreendido e tendo dificuldade de assumir suas responsabilidades.

Necessita lutar pela própria vida, ser ajudado, orientado. Demanda amparo, preenchimento, proximidade familiar, mantendo postura repressora e resistente para acessar conteúdos inconscientes e destruidores. Os mecanismos de defesa utilizados foram racionalização (história 1, 2, 3, 4, 5 e 6), projeção (história 1), repressão (história 3, 5 e 6), isolamento (história 4) e negação (história 6).

6.3 Apresentação dos dados da segunda entrevista, percepção da dor e análise da reavaliação do TAT – Participantes que fizeram uso de soro fisiológico

Alberto

Segunda entrevista

Alberto compareceu a entrevista mantendo postura solícita e dedicada com a pesquisadora. Afirmou que fez o uso diário do spray nasal conforme orientado (mantendo contato com a pesquisadora via mensagem de texto para lembrá-lo do uso), mas não referiu diferença na dor. A segunda entrevista ocorreu de forma mais objetiva, com Alberto não referindo nenhum acontecimento relevante em sua vida neste período de tempo desde a avaliação, porém, há duas semanas e meia estava convivendo com mais uma nova crise de coluna. Seu discurso manteve-se concreto e apresentou expectativas em realizar uma segunda cirurgia na coluna, visando melhora da qualidade de vida e alívio da sua dor: “Tem vezes que quando você está se afogando, se segura até em gilete” (sic). A dor assume tema central na vida de Alberto, afetando sua amplitude existencial.

Percepção da dor

Alberto não referiu diferença da dor, corroborando com o resultado na EVA, que foi 10.

Análise da reavaliação do TAT

As histórias contaram com heróis aborrecidos, tristes, submissos, impotentes, angustiados, desamparados e sem saber o que fazer (histórias 1 e 2). Os lugares eram assombrosos (história 3), frios (história 5) e afastados (história 5 e 6). Apresentou resistência em entrar em contato com o inconsciente, tendo dificuldade de contar uma história e mantendo-se isolado do estímulo (história 4), sugerindo pouco acesso ao simbólico, prendendo-se ao concreto da realidade para não entrar em contato com conteúdos inconscientes. A experiência subjetiva de desamparo ficou evidente nas histórias 2, 3 e 6.

Alberto projetou a responsabilidade por sua frustração e pela solução no mundo externo, tendo dificuldade de assumir suas próprias escolhas e arcar com as

consequências dos seus desejos, sugerindo postura passiva frente à necessidade de realização expectativa de onde seu caminho de vida o levará.

Foram percebidas vivências de solidão e desamparo e de ter que garantir sozinho sua existência, porém com postura passiva, impotente e submissa. Demanda ser preenchido com vida de encontrar soluções adequadas aos problemas, libertando-se dos sentimentos de incompreensão e frustração. Frente a isso, o principal mecanismo de defesa utilizado é a racionalização (histórias 1, 2, 3, 4, 5 e 6), projeção (história 1), regressão (história 5) e isolamento (lâmina 4), não conseguindo contar uma história com personagens. Na lâmina 5, foi identificado o mecanismo de defesa formação reativa - ao invés de se ver em situação de desamparo, evitou o contato com a lâmina descrevendo o lugar como acolhedor.

Apresentou necessidade de encontrar coisas que gosta, lhe dão prazer e não o aborrecem. Entretanto, com dificuldade de assumir responsabilidade pela própria vida, pelas próprias escolhas. Demanda pensar, refletir, garantir sua sobrevivência e encontrar o seu caminho, porém, com postura passiva, impotente, com ausência de agressividade e submissa diante das dificuldades da vida, mas percebendo os ambientes pouco proporcionadores de ajuda, alternativas, amparo e orientação.

Américo

Segunda entrevista

Américo não referiu dor no momento da entrevista e nem nas últimas semanas. Afirmou que passou bem e não vivenciou evento significativo.

Afirmou que as mensagens de texto o ajudaram a lembrar de fazer o uso do spray nasal e questionou a pesquisadora sobre o conteúdo que recebeu, afirmando que não percebeu nenhum tipo de benefício do mesmo. A segunda entrevista possivelmente tenha identificado seu movimento de expectativa com o outro (no caso, com a pesquisadora), assumindo características de ter sido frustrante e não realizadora.

Percepção da dor

Seu resultado na EVA foi de 1, sendo coerente com a sua maneira diferente de relacionar-se com a realidade e com a possibilidade de estabelecer relações de objetos satisfatórias.

Análise da reavaliação do TAT

Na análise das lâminas da reavaliação do TAT de Américo foram identificados heróis que apresentavam necessidade de aprendizado, de preparo, de apoio especializado para aprendizado e realização pessoal (história 1); com necessidade de ser ajudado, salvo e orientado (história 2). Os ambientes, competitivos e onde era preciso ser o mais forte e com mais aptidão para sobreviver (história 3), com possibilidades de se obter novas oportunidades na vida, uma vida nova, apresentando necessidade de reconstrução, de uma nova vida, de conseguir coisas boas (história 4), e demandando necessidade de proteger-se (histórias 5 e 6). A experiência de desamparo ficou evidente nas histórias 2 e 6.

Foram identificados sentimentos de estar só lutando pela sua existência e bem estar, precisando suprir suas demandas e necessidades básicas, com relação de luta e fuga com a vida, muitas vezes sentindo-se num ambiente hostil e permeado de perigo, evocando sentimentos de impotência, passividade, submissão, aniquilamento, desamparo e solidão, sentindo-se sem possibilidade de ajuda e salvação (história 3).

Na história 4, Américo foi capaz de construir uma história na qual sentia-se capaz de atingir o objetivo de conseguir coisas boas e mudar o que está errado e prover mudanças e trilhar um novo caminho, em um ambiente com possibilidade de reparação.

Os mecanismos de defesa mais utilizados foram racionalização (história 1, 3, 4, 5), projeção (história 1, 2 e 6), regressão (história 2), repressão (história 5) e negação (história 6).

Edson

Segunda entrevista

Neste segundo encontro, Edson apresentou-se novamente muito colaborativo. Porém, estava mais ansioso e inquieto. Foi percebido através da contratransferência como esperançoso e positivo.

Afirmou que passou as semanas “do mesmo jeito” (sic). A dor não estava muito forte, mas continua evitando movimentos e posições para que ela não venha mais forte. Sentiu menos dor e nenhum momento de pico ou de crise. Queixou-se de formigamento no braço direito, afirmando estar incomodando bastante.

Percebe sua dor do mesmo jeito, sendo a cirurgia a única forma de “livrar-se dela”. Refere que a dor é insistente, chata e perturbadora, chegando a afetar a qualidade do seu sono.

Com relação ao uso do spray nasal, refere que fez uso quase que diário, na parte da manhã, tendo esquecido por apenas 3 ou 4 dias.

Referiu sentir-se muito respeitado e apoiado pela sua família neste tratamento atual. Seus parentes da Bahia também sabem das dores que enfrenta e lhe dão muito apoio. Uma das grandes expectativas com relação a realização da cirurgia é poder viajar para ver os parentes, sem dor.

Percepção da dor

Sua percepção de dor na EVA na reavaliação foi de 10, corroborando com o relato na segunda entrevista referente à sua dor: castradora e aniquiladora.

Análise da reavaliação do TAT

Edson conseguiu entrar mais em contato com seus sentimentos e com suas pulsões, podendo este fato ser resultante do vínculo estabelecido com a pesquisadora e, portanto, mais confiança no segundo encontro, possibilitando maior acesso ao inconsciente.

Na reavaliação do TAT, Edson construiu histórias com heróis que demandavam ser ajudado, amparado, orientado (história 1) e de buscar novos caminhos e formas de viver (história 2). Demonstrou resistência para entrar em contato com a lâmina 4 e 6, sugerindo dificuldade em acessar aspectos inconscientes e ao que seria eventualmente revelado ao contar uma história.

Os mecanismos de defesa mais utilizados foram racionalização (histórias 1, 3, 4, 5 e 6) para não entrar em contato com os conteúdos que lhe causam sofrimento, e negação (história 2).

Hélio

Segunda entrevista

Hélio solicitou remarcação da sua entrevista de reavaliação devido a fortes dores. Na entrevista apresentou-se com postura mais calada e séria, referindo piora da dor, mesmo sem ter feito algum esforço físico. Tem mantido rotina de sessões de fisioterapia e coluna, mas ainda percebe que pela manhã suas dores continuam piores. Não referiu acontecimento significativo em sua vida. A entrevista ocorreu de forma rápida, objetiva e pontual.

Percepção da dor

Na EVA Hélio classificou sua dor em 8, corroborando com seu relato frente a dor e a piora da mesma.

Análise da reavaliação do TAT

Os heróis indicavam necessidade de serem estimulados (história 1), não aparentavam estarem bem e apresentavam-se desprotegidos e desamparados (história 2 e 6) ou recorrendo ao suicídio (história 2), remetendo à suas angustias de castração e aniquilamento. Os ambientes deram desprotegidos, desamparados ou inabitados (história 3, 5 e 6). Apresentou resistência e dificuldade de entrar em contato com conteúdos psíquicos e expor seu mundo e demandas internas, sugerindo pouco acesso ao simbólico e prendendo-se ao concreto da realidade para não entrar em contato com conteúdos do inconsciente (história 4). A experiência subjetiva de desamparo ficou evidente nas histórias 3, 5 e 6.

Foram identificados sentimentos de solidão, esvaziamento da própria vida, impotência, passividade, submissão, ausência de esperança, dificuldade de lidar com o próprio sofrimento e de construir novas soluções, não conseguindo ser um agente transformador da própria vida.

Demonstrou cansaço em relação à própria realidade, incômodo por não estar sendo produtivo e sentimento de inadequação. Observou-se esvaziamento do seu mundo interno e de sentidos e significados para a vida, apresentando necessidade de ter companhia, sentir-se seguro e preenchido por coisas boas, com vida.

Os mecanismos de defesa mais utilizados foram racionalização (histórias 1, 2, 3, 5 e 6), cisão (história 2), isolamento (história 3, 4 e 5) anulação e negação (história 1).

Osvaldo

Segunda entrevista

Osvaldo relatou que as mensagens de texto lhe ajudaram (reforça o acolhimento) muito para realizar o uso do spray nasal. Percebeu que sua dor melhorou para se levantar, mas que suas dores na perna esquerda continuavam, referindo que a “perna não obedece” (sic).

Referiu estar decidindo sair do seu emprego de garçom para poder preservar a sua saúde, ter os finais de semana livres com a família e conseguir ajudar mais o seu filho com as entregas.

Percepção da dor

Osvaldo classificou sua percepção de dor em 1, referindo estar sentindo-se com as dores de sempre e mantendo sua rotina habitual. Esta postura corrobora com os dados encontrados na avaliação de Osvaldo, na qual referiu sua dor como constante e limitante, porém, não o suficiente para deixar de trabalhar e executar suas atividades.

Análise da reavaliação do TAT

As histórias retrataram heróis que necessitavam de amparo, recebimento de amor, sentindo-se só e necessitando de ajuda externa e proteção (história 1 e 2) e necessitando garantir a própria sobrevivência (história 3). Os ambientes ora foram descritos como acolhedores (história 4), com necessidade de superar desafios e obstáculos (história 5) ou demandando preenchimento (história 6). O desamparo ficou evidente nas histórias 2 e 6.

Indicou necessidade de sentir-se amparado, de atender às necessidades e demandas pessoais (fome, proteção, sobrevivência), recebendo amor e proteção, para não sentir-se e com sensação de estar perdendo as próprias forças na luta contra a própria dor.

Apresenta sentimento de superação de desafios e necessidade de atravessar a vida, que apesar de ter obstáculos (caverna, pedra, água descritos no TAT ao longo das histórias) – como a hérnia de disco em sua coluna – e muito bonita (como cristais), reforçando as belezas de sua trajetória de vida.

Os mecanismos de defesa mais utilizados foram racionalização (histórias 1, 2, 3, 4, 5 e 6) e repressão (história 2)

6.4 Comparação das histórias do TAT

Tabela 2 – Comparação das respostas do TAT na lâmina 1: Criança contemplando o violino.

Participante	História – Avaliação	História - Reavaliação
Alberto	Aqui tem uma criança com um violino. Ele tá com a mão no ouvido. O que ele tá pensando ou raciocinando. Ele tá na dúvida se é esse instrumento que ele quer tocar. E está o afligindo...	Aqui é um menino com violino, pensando, com a mão no ouvido. Não é esse o instrumento que ele queria aprender a tocar. Algo está aborrecendo ele.
Américo	Por enquanto, ele, nesta idade, está sonhando com várias coisas, talvez ser um violinista, um militar, um bombeiro, em vista de uma atividade para ajudar o ser humano. O que ele poder quando crescer e no que ele vai poder servir.	Ele é um menino que tá em fase de estudo, pode ser que ele tenha um violino aqui no caso, estudando música e tentando memorizar algo, algumas notas. Fase de estudo, em alguma escola, estudo de música. Acho assim. Estudando.
Carlos	Um menino que gostava de música, aprendendo a tocar violino para espalhar a vida e esquecer um pouco dos problemas, animar em festas, tocando em festas e aniversários. Às vezes preenche o vazio dos outros, e o dele, o espaço dele fica vazio, porque é solitário né.	A vontade de fazer algo impossível , sem ânimo para fazer, até mesmo para tocar um instrumento, algo que alivia os pensamentos .
Edson	Era um menino que estava pensando em tocar um violino, dormiu e não conseguiu.	Ele está pensando em tocar violino.
Fábio	Gostaria de ser um menino mais alegre, sem essas dores, brincar e fazer esporte, de viver a vida.	É um menino olhando para um violino. Pensativo, com a cabeça bem nos pensamentos .
Hélio	Estou vendo um rapaz com as mãos no rosto dormindo. Eu acho que ele começou a falar com alguém e dormiu sentado.	Ele tá sentado e dormiu. Ele estava fazendo alguma coisa. Ele sentou e dormiu.
João	Tem um menino com a mão na orelha, tá pensando, dormindo ou lendo. Tá parecendo uma arma	Um menino com a mão no queixo e um violino. Ele está pensando .
Marcelo	Aqui para mim acredito que ele está muito pensativo, parecendo que ele tá sentindo alguma dor. Ou se ele está pensando. Isso aqui é um instrumento? Ou pode ser que ele esteja pensando em fazer alguma música.	Eu estou vendo aqui que ele tá pensativo ao lado do violino . Eu acredito que ele tá preocupado com alguma coisa. Bem pensativo. Ou ele está sentindo dor.

Oswaldo	Pensamento profundo né, pensando no que fará hoje. É um livro? Ah, não, um violino. Com o violino fará uma música bonita, contando uma história.	O menino está tentando lembrar uma música para tocar no seu lindo violino para homenagear o seu pai e a sua mãe.
Renato	Uma criança dormindo ou estudando, ou desmotivada com não querer estudar.	Acho que alguém o obrigou a tocar o violino e ele esta com a feição não alegre, sendo obrigado, desanimado, descontente e se sentindo obrigado em fazer aquilo.

Tabela 3 – Comparação das respostas do TAT na lâmina 2: Curvado (a) sobre o divã, apresenta uma pessoa com sexo indefinido, sentada no chão, com a cabeça inclinada sobre o braço direito, ao lado de uma arma.

Participante	História – Avaliação	História - Reavaliação
Alberto	Aqui a gente vê uma pessoa triste, sofrendo ou com dor. Agachada, pensando. Uma pessoa angustiada e triste, alguém que está passando por um problema muito difícil.	Aqui é uma pessoa abaixada, angustiada, muito triste, pensando no que fazer...
Américo	Estou vendo uma pessoa triste, caída, decepcionada, num momento dela de fraqueza, talvez até fazendo uma oração, mas bem debilitada e prejudicada, precisando de uma ajuda.	Uma mulher, uma pessoa bem debilitada, bem judiada, talvez até pensando em um possível suicídio. Não sei se já pode até ter efetuado esse suicídio, ao ponto de ter uma arma aqui do lado dela. E se não houve, é uma pessoa que precisa de muita ajuda, orientação, algum tratamento. É isso.
Carlos	Tristeza e solidão, tristeza com a perda de um ente querido, levando a tristeza a uma depressão profunda e sem muita saída, sem ajuda, só, não restando nada, apenas chorar e esperar.	Às vezes um desgosto na vida, uma desilusão, achando que se matar seria o fim. Mas conseguiu encontrar um outro rumo. Não houve a coragem.
Edson	É um homem que está cansado e dormiu. Estava trabalhando e aí ficou cansado.	Eu penso que ele tá cansado e tá descansando. Ixi... mas ele está com uma arma na mão. Pode ser que ele tá atirado. É um homem que está atirado.
Fábio	Uma pessoa derrubada, chateada, triste, sem querer ajuda de ninguém, sem ninguém para dar mão e acolher, dar ânimo para prosseguir.	Uma pessoa debruçada com um objeto no chão, não sei se uma faca ou uma arma, e algo aconteceu.
Hélio	Isso aqui tá dormindo também. É a mesma pessoa?	Aqui é estranho, porque isso não é jeito de dormir. Ele tá meio estranho, não sei não. Deve estar morto. Tá todo desgovernado. Do jeito que ele tá aqui ele não vai ficar bem não.
João	Uma mulher de costas, encostada em alguma coisa e de cabeça baixa.	Uma mulher de costas, uma arma aqui do lado... Acho que é só...
Marcelo	Aqui está parecendo que ele está cansado ou então possa estar sentindo dor e esteja descansando, pensativo...	Ele tá sentado com a cabeça baixa. Ou ele pode estar sentindo dor. Será que ele está tão desamparado? Aqui do lado vejo uma arma. Será que ele está sentindo tanta dor assim para

		tomar uma atitude e se matar? A pessoa precisa parar para pensar e tirar da cabeça que não é o caso de cometer um crime. A medicina está avançando para não chegar nesse ponto.
Oswaldo	Estou triste porque perdi meu pai. É um túmulo? Acho que é só.	Esta mulher está muito cansada e resolveu sentar no chão e descansar um pouco em cima do braço.
Renato	Uma pessoa chateada no canto do sofá, ou decepcionada com alguma situação que houve.	Essa pessoa está desolada ou arrependida por ter feito alguma coisa. Morta ela não está.

Tabela 4 – Comparação das respostas do TAT na lâmina 3: Caminho em volta de uma montanha de pedras. No caminho há figuras escuras indefinidas e nas pedras, um dragão.

Participante	História – Avaliação	História - Reavaliação
Alberto	Eu vejo como uma paisagem, um lugar não tão bonito. Umas rochas, pedras, árvores... Eu vejo como uma paisagem... Um abismo.	Aqui eu vejo um lugar de caminhada, de passagem, meio assombroso, um lugar bem estranho. Será que é um dragão e uma presa... um bicho... e ele tá querendo pegar?
Américo	Nessa figura, nunca cheguei a estar num lugar tão bonito assim. Não sei o que pode ser, se tem algum bicho nessas pedras, mas estão vivendo sua natureza em seu habitat normal no mundo selvagem.	Aqui é uma floresta, uma cachoeira, cascata... Não sei... E aqui um lugar bonito sim, e talvez como lá na selva, uma lei de sobrevivência. Não consigo decifrar, mas é um animal querendo pegar o outro, esse é um animal, mas tentando dar um bote aqui na presa. É a lei da sobrevivência da cadeia alimentar né. É o que eu consigo ver.
Carlos	Como se fosse uma cachoeira ali atrás... Uma luta, tirando pedras do caminho. Um dragão, do inimigo, uma cobra? Tem perigo por toda volta né. Tanto do precipício quanto do inimigo que está atrás deles. E a força, a união, com o propósito de tirar o obstáculo.	Voltando rumo ao objetivo, e fugindo do inimigo. Todos em união em um só propósito.
Edson	Os homens correndo do dragão e tem uma cachoeira descendo entre as árvores.	Isso aqui é um dragão... que vai viajando.
Fábio	Estou vendo um monte de pessoas querendo alcançar algo e que está subindo no penhasco, pedindo ajuda.	Aqui parece que tem um dinossauro no meio de umas pedras e um barranco, e tem umas pessoas tentando escalar.
Hélio	Aqui eu estou vendo não sei se é uma parte da coluna da gente, a parte das costas. Uma jarra com asa, mato...	É uma pessoa, com um rio... Não sei. Uma ponte com alguma coisa. Mais ou menos isso...
João	Isso tá parecendo mato, imagem de rocha, cobra. Pessoas andando nas rochas.	Girafa? Cachoeira caindo com um beija flor? Acho que é só.
Marcelo	Aqui parece um lugar mais para distrair a pessoa, ou a natureza, com árvores, com bichos. Parece um lugar calmo também. Bom,	Um lugar deserto, com um dinossauro e uma pessoa. O que levou uma pessoa para um lugar desse? Será que não tentou

	parece ser calmo, mas parece que tem um dinossauro. Um lugar para se distrair.	procurar um médico? Ao invés de estar num lugar que não está se sentindo confortável. Hoje em dia não adianta a pessoa ficar desamparada e ficar num lugar que não está procurando um tratamento.
Oswaldo	É uma cobra querendo pegar um lagarto perto da montanha, onde passava um rio.	É uma cobra em cima de uma árvore, está preparando um bote para pegar uma pessoa que está do outro lado da rua... e ela não consegue!
Renato	Parece uma paisagem e uma cachoeira aqui no fundo.	São pessoas fugindo de um dragão. Tentando derrubar alguma barreira entre eles e a ponte para tentar fugir.

Tabela 5 – Comparação das respostas do TAT na lâmina 4: Folha em branco.

Participante	História – Avaliação	História - Reavaliação
Alberto	Uma folha simples, uma folha que não vejo nada. Um papel em branco...	Uma folha em branco né. Só isso.
Américo	Eu estou vendo que pode se escrever uma história sempre, todo dia é dia que pode se renovar. Uma folha em branco que precisa acontecer. É um novo dia, sempre um dia após o outro. Sempre que há vida, dá pra escrever uma história diferente.	É uma coisa vaga, não sei o que eu posso estar vendo em uma folha em branco. É uma nova oportunidade de uma nova vida, um novo caminho. Ver o que está errado e tentar reconstruir o novo. Um novo caminho, uma nova vida a ser escrita. Coisas boas.
Carlos	Algo sem planejamento, sem destino. Algo feito sem pensar. Quando não se tem uma resposta, uma visão na frente pra enxergar algo ou algum ponto, um socorro. Algo que na maioria das vezes, em vão, ou até mesmo a fé, na espera de algo que possa acontecer. Mas por enquanto não temos nada. Vejo mais a fé, uma coisa que não existe, que não se consegue ver ou tocar.	A incerteza do que será o amanhã, lutando por algo que não se vê, sem enxergar.
Edson	É uma folha limpa sem história.	É uma folha sem história.
Fábio	Queria mudar o trajeto da minha vida, prosseguir a vida sem dor, fazer tudo o que posso e dar seguimento na família, trabalhar.	Não tem nada, está em branco...
Hélio	Aqui tá em branco, não tem nada.	Não tem nada.
João	Essa não tem nada, está limpa.	Esse não tem nada.
Marcelo	Bom, aqui tá tudo em branco, o que eu posso dizer que uma hora possa acontecer comigo o que tá aqui, não pensar mais nessa dor que estou sentindo e que seja tudo em vão, esteja livre, que eu possa chegar e falar que o que eu sentia há 4 meses atrás seja apagado da minha mente e possa voltar a fazer tudo de novo que eu fazia antes.	Vejo eu sem esse problema. Como se não tivesse acontecido isso comigo. Poderia estar trabalhando ao invés de ficar em casa sentindo dor. Voltar atrás para não passar isso que estou passando hoje.

Oswaldo	Aqui é uma folha branca. E no branco a gente vai preenchendo. Uma casa, uma fazenda com um carro bom na garagem, com uns pés de planta e a família unida preparando um churrasco.	Uma folha em branco que dá para imaginar o que quiser. Imagino uma chácara com muitas plantações.
Renato	Nada. Uma coisa em branco.	Não tem nada.

Tabela 6 – Comparação das respostas do TAT na lâmina 5: Representação de uma cabana em meio a neve.

Participante	História – Avaliação	História - Reavaliação
Alberto	Uma cabana, uma casa de campo, um lugar de neve.	Aqui é uma casa de campo, uma casinha bem afastada e num lugar bastante frio. Um lugar para descansar.
Américo	Estou vendo um quadro pintado por um artista, mostrando uma casa com janelas que mostram seu interior, com um rio passando em sua frente.	Bom aqui, um quadro, uma pintura, descrevendo talvez um sítio, uma casa. Talvez um rio passando na frente desta casa. Um quadro pintado, um trabalho artístico. Uma pintura de um quadro normal.
Carlos	Um lado obscuro, incertezas, coisas confusas...	Um lugar distante e isolado, distante de todos.
Edson	Parece a entrada de um túnel. É isso, um túnel.	É um museu isso aqui, um museu de visita.
Fábio	Estou vendo um desenho, uma areia, umas cavernas, bem bonito, umas nuvens, um ar puro, uma brisa bem bonita.	Aqui parece que é uma casa com um monte de coisas de... moradia, mas diferente o lugar. Não sei se é na neve.
Hélio	Duas portas, com água na frente. Não sei...	Aqui é uma casinha, com água...
João	Essa tem uma imagem parecendo um coelho, um morcego.	Essa é... uma foto de uma casa.
Marcelo	Isso aqui é muito legal, uma distração. Às vezes as pessoas quando sentem dor veja fotos ou algum desenho para deixar a pessoa com a mente mais livre e evitar que ela fique pensando só na dor que ela está sentindo. Inclusive, às vezes em casa, tenho um livro de história e fico olhando o passado e imaginando o quanto a vida daquelas pessoas pegando tanto peso tinham tantas dores e nenhum tratamento. Fazendo coisas que mesmo sem aguentar tinha que fazer.	Deve ser um lugar onde as pessoas não devem procurar por ser um lugar onde não pode ficar sozinha.
Osvaldo	É uma caverna com várias passagens e gotas de água congelada, com um lago embaixo. E tem uma nuvem escura.	O senhor foi atravessar uma caverna com muita água dentro e pedras. A caverna é muito bonita com gotas de cristais.
Renato	Parece uma casa no campo, com uma chaminé.	É uma casa com uma chaminé. E tem pessoas lá dentro. Acho que é uma família dentro de uma casa.

Tabela 7 – Comparação das respostas do TAT na lâmina 6: Um homem encostado num poste.

Participante	História – Avaliação	História - Reavaliação
Alberto	Vejo uma pessoa numa floresta, com uma nebulosidade muito grande, querendo encontrar um caminho.	Uma pessoa numa trilha, num caminho, pensando, escutando o barulho dos pássaros, vendo o que o destino vai tomar...
Américo	Uma figura confusa, não consigo identificar e não tenho ideia. Árvores? Escuridão? Tronco de uma árvore com algo pendurado com brilho do sol entre as árvores. Ou escuridão.	Aqui eu vejo uma pessoa em apuro, por se tratar de uma pessoa no meio da floresta, no meio de um tronco. Essa pessoa, não sei como, mas está talvez morta em cima de um tronco. Mas como ela foi parar aí eu não sei, mas é uma pessoa praticamente morta em cima de um tronco.
Carlos	Uma pessoa andando no escuro, uma pessoa que realmente não se encontrou ainda e não consegue... Indeciso e não consegue enxergar um futuro. Vive na escuridão, não deixando ver o que realmente existe.	Andando sozinho na noite, no escuro da cidade, pensando na vida, espairecendo.
Edson	É um homem em uma mata, significa que pode ser um caçador.	É uma mata, é isso mesmo, só uma mata mesmo.
Fábio	Uma pessoa na escuridão, um tempo num tempo chuvoso e nublado, com aquelas nuvens de gelo.	Parece que tá caindo granizo, com uma árvore e galhos caídos, falta de energia. Parece que tem alguém...
Hélio	Uma pessoa de chapéu ou boné, com plantas, num poste...	Aqui é uma pessoa, um rio... plantas...
João	Uma planta, com um rapaz, como se estivesse chovendo.	Uma selva com uma imagem que não dá para ver o que é.
Marcelo	Bom aqui eu vejo a foto de uma pessoa num lugar calmo. Às vezes a pessoa se estiver sentindo dor, num lugar em que ele está aqui sozinho, ele venha a ter uma crise de coluna e como ele vai sair desse lugar?	Eu vejo uma pessoa só num lugar deserto, onde eu acho que ela não deveria estar. Principalmente se ele tiver sentindo ou passando por tudo que eu estou passando, sendo que hoje em dia tem vários lugares onde a pessoa possa reconhecer e não ficar isolada e longe das pessoas. É muito perigoso se ele estiver sentindo o problema que eu sinto e ele cair e não ter ninguém para socorrer.
Oswaldo	Uma floresta com muita	Uma área de manancial com

	vegetação e muitos pássaros.	muitos pássaros e pessoas vão visitar.
Renato	Aqui é um rapaz esperando alguém ou parado encostado no poste iluminado.	É um homem esperando alguém, aguardando uma pessoa, com a mão no bolso. Marcou com alguém e está esperando.

7. DISCUSSÃO

7.1 Experiência subjetiva de desamparo e percepção de dor

O conceito de desamparo, central desta investigação científica, foi baseado na condição de “ausência de ajuda” utilizada por Freud, estruturante, fundante e parte da condição geral do funcionamento psíquico de qualquer participante. Desamparo refere à condição de falta de proteção, remetendo a um estado de privação de meios de sustentação da vida, esquecimento, solidão, sem ter em quem agarrar-se, apoiar-se, escorar-se (Laplanche, Pontalis, 1992, Prado, 2012, Menezes, 2012).

A vivência da dor é experienciada como uma imposição do ambiente e uma exposição ao mundo, fazendo com que o participante acometido sinta-se mais inseguro, indefeso e sem ferramentas para lidar com a dor, tendo que abrir mão da própria onipotência, como se o corpo estivesse aprisionado a uma vivência arcaica (Prado, 2012; Vieira, 2006). Nesta vivência dolorosa, o participante pode entrar em contato com o desamparo inerente à natureza humana, remetendo-o à impotência do recém-nascido humano, dada as similaridades. Podemos relacionar esta “revivência” como uma via de mão dupla, e esta ida (a vivência do passado) podendo retornar, e o sujeito reviver o seu próprio estado de desamparo (Prado, 2012).

Os impulsos primitivos encontram no corpo, e mais facilmente no corpo doente, formas de se manifestar, expressando nele o que não teve espaço da dinâmica psíquica. O foco deve ser deslocado da doença para o sujeito que adoece, a ênfase deixa de estar nos elementos da patologia, e mergulhada no que ela representa na história de vida de quem adoece (Eksterman, 1994).

A concepção e proposta interdisciplinar da Psicossomática utilizada compreende o ser humano como um ser biopsicossocial, tanto na saúde quanto na doença, considerando a totalidade humana e se propondo a promoção e atenção à saúde, e não apenas um entendimento exclusivo da doença, do sintoma manifesto. Propõe que tanto as respostas físicas quanto as psíquicas expressam a forma de cada participante se relacionar com o mundo, e desta forma a doença é então compreendida como uma resposta de uma pessoa que vive em sociedade, que está envolvida em outros sistemas, e não um evento casual (Rodrigues, Campos & Pardini, 2010). Para que se possa alcançar as motivações do fenômeno humano, a biografia da pessoa necessita ser conhecida, estudada e compreendida, já que, ao longo de sua vida, estruturou e

construiu formas de ser, de sentir e de reagir aos diversos estímulos do ambiente, em prol da manutenção de sua homeostase (Rodrigues, França, 2010).

No que tange à compreensão da experiência subjetiva de desamparo em participantes com dor crônica decorrente de hérnia de disco lombar, observou-se em suas histórias de vida (com uma infância prejudicada, início precoce no trabalho, privação afetiva e material na infância) e na relação de insucesso com a doença, tendo sido expressas também no TAT. A temática do desamparo esteve presente em todas as lâminas aplicadas, ficando mais evidente na lâmina 5, que é composta pela representação de uma cabana em meio a neve, e que tem como tema mais frequente necessidades de projeção e amparo frente a um espaço inóspito, mobilizando perigo e medo (Murray, 2005; Werlang, 2000). Foi comum no TAT expressarem conteúdos internos que na entrevista não referiram, sugerindo uma não autorização do seu inconsciente de não entrar em contato com os conteúdos que lhe causam sofrimento.

No TAT, os heróis descritos corroboraram com a forma como se sentem diante da dor e das restrições impostas ao longo de sua vida, sentindo-se desamparados, passivos, desanimados, sem esperança, depressivos tristes, vazios, impotentes e incapazes de saírem destes problemas sozinhos, demandando ajuda externa, com desejo de modificar a realidade e o trajeto da própria vida, numa vida ideal na qual não existam sofrimentos e limitações, desejando mudar o trajeto de sua história, serem mais alegres e poder viver a vida com mais qualidade.

A percepção de dor foi relacionada com experiências que remeteram os participantes ao desamparo, tais como com insucesso medicamentoso e cirúrgico, medo, afastamento da rotina e diminuição da qualidade de vida, perda de prazeres, dores diárias e dificuldade para dormir e na realização de atividades básicas do dia-a-dia, presentes em suas vidas de maneira intensa, persistente e crônica. A percepção de dor também foi relacionada não só às vivências relacionadas aos respectivos acometimentos físicos – no caso, a hérnia de disco lombar – como em acontecimentos significativos de suas vidas, como a dor da perda de um ente querido ou de uma mulher amada.

Nas definições de Laplanche e Pontalis (1992), a tradução do termo desamparo pode estar referida à impotência motora do recém-nascido que o impossibilita de atingir uma ação coordenada que satisfaça necessidades vitais, levando a um aumento da tensão da necessidade de o aparelho psíquico, ainda não conseguir dominar a vivência, que é experienciada como desprazer, traumática e geradora de angústia (Menezes, 2012).

Para Alberto, Carlos e Fábio, suas vidas foram organizadas e estruturadas em função deste adoecimento, sendo a dor e o quadro clínico representando cisões que acarretaram em drásticas rupturas na curva de suas vidas, proporcionando mudanças bruscas e diminuindo a amplitude existencial frente às restrições impostas, assumindo característica castradora e indutora de impotência. A dor assumiu característica limitante, não os permitindo de obterem prazer, atividades de lazer ou buscarem realizações, com perda de qualidade de vida e acarretando em vivências de desamparo, impotência e restrições egóica e libidinal nestes participantes. Fábio, por exemplo, rejeita o tipo de vida que tem atualmente, estabelecendo relação de ódio e persecutoriedade frente à dor.

Também foi observada uma forma estrutural de lidar com a dor, muito parecida com a maneira que lidam com os acontecimentos de suas vidas, de acordo com cada dinâmica psíquica. Apresentaram estrutura egóica fragilizada e com recursos escassos, pela restrição das funções egóicas, para lidarem com a dor e o sofrimento. Américo se isola, não pede ajuda e mantém postura pessimista; Carlos lida com a dor de forma impotente e imatura; Hélio apresenta estrutura egóica fragilizada e com recursos escassos, lidando com a dor com postura desamparada; Fábio impotente diante da vida e da dor; João sente-se sem recursos internos para atender às próprias demandas internas, buscando no externo, possibilidades e alternativas exageradas de alívio. Pessimismo, desesperança e desamparo surgem como resultantes deste modo de funcionamento, que acaba demandando lidar com a falta e restrições. Pessimismo, desesperança e desamparo surgem como resultantes deste modo de funcionamento mental.

Este achado corrobora com o estudo de Paula (2015), no qual cada participante apresentou modelo único de funcionamento psíquico, tendo em vista a constituição subjetiva de cada um. Para compreender o participante com dor e pensar em formas de intervenção é fundamental a compreensão de que as pessoas respondem de forma diferente ao que elas percebem como dor, e quando é descrita pelo sujeito que a sofre, este entendimento apenas é alcançado pela linguagem, por meio de termos e relato de vivências (Engel, 1959).

Alberto, Américo, João, Fábio e Renato conseguiram estabelecer correlações entre sua dor física e questões psicológicas em sua linha de raciocínio, associando os níveis de stress e percepção de dor.

“Mente sã, corpo sã, e se a mente for e você ficar, a gente acaba se entregando”. Então a gente vai pra cima né? Não vamos deixar cair, vamos lutar contra isso tudo, enquanto der né? Você não pode se acomodar, mas também não pode abusar, né?” (sic).

“Eu sinto mais medo do equilíbrio mental do que da própria dor ou de você ter que usar uma muleta, uma cadeira de rodas, mas aqui (aponta para a cabeça), você vai ficando com angústia, estressado, e as coisas não acontecem, você fica amarrado... Você tem que ter paciência de Jó” (sic). – Alberto

“Tenho ódio dela, a dor não passa, estou de saco cheio já dessa dor...” (sic). “Ela atrapalha em tudo, porque você fica irritado, fica estressado, não tem paciência com nada. Você fica impossibilitado de fazer um monte de coisa. Nada tá bom você. É uma dor que parece que vai atingindo em todas as coisas da pessoa. Atinge meu humor, fico impaciente” (sic). “Acredito que é por causa dessa dor, porque antes eu não era assim” (sic). – Fabio

Possivelmente justificada pela característica da amostra selecionada (homens entre 35 e 59 anos), foi bastante comum o processo de diagnóstico e cronificação associado ao trabalho. Somente Américo mantém suas atividades laborais. Pode-se compreender a dor na vida como fonte e imposição de restrições libidinais, como a impossibilidade de se sentirem úteis, produtivos, provedores e reconhecidos como pessoa e profissional.

Para Alberto, Carlos, João, Marcelo restaram apenas relação com a família e companheira, representando suas únicas formas de obtenção de prazer, como se a dor e o quadro clínico tivessem subtraído e cindido a vida que tinham. Tanto no TAT quanto na entrevista, a importância da família em sua vida ficou evidente, proporcionando-o amparo, acolhimento e ajuda.

A interpretação do quadro clínico permeada por medo da paraplegia e associações de piora com a realização da cirurgia de coluna foi encontrada em Américo, Carlos, João e também por alguns familiares (de Hélio e Osvaldo, segundo relato em entrevista semidirigida). Estes dados podem ser compreendidos como uma fantasia ou medo (fantasioso ou real) vindo por parte destes participantes, corroborando com a gravidade da doença percebida por eles.

“Foi horrível de novo, fiquei preocupado, fiquei apavorado... dói muito e eu não queria mais operar. Fiquei com muito medo na hora de operar, de ficar paraplégico. Minha pressão foi a mil, fiquei muito nervoso. Na hora que o médico chegou para me

operar me deu desespero, mas eu tive que ir, não estava aguentando mais” (sic) – Américo

Frente às limitações impostas, buscam formas de racionalizarem e justificarem a dor, de se sentirem amparados diante das impossibilidades da vida e significarem esta experiência traumática. Diante disso, Alberto, Edson e Carlos acreditam que a dor seja uma oportunidade de evolução pessoal e de aprendizagem, que com ela aprenderam a orar e terem mais fé (recurso mágico), a ajudar mais. Foi comum estes participantes se perceberem em ambientes escassos de ajuda, mesmo com satisfatório amparo familiar, retroalimentando suas vivências de desamparo frente a dor e o adoecimento.

“E infelizmente, me acontece isso... Com as coisas que a gente mais gosta, vem e aparece uma dificuldade. Mas acho que é pra gente evoluir, aprender ou dar valor, e começar a ver a vida e viver o presente, cada dia como se fosse o último e viver da melhor forma. Viver bem para morrer bem, é o que todo ser humano merece” (sic). – Alberto

“Tem vezes que me sinto com uma bola de ferro, que você tem que andar arrastando com aquela bola superpesada... Aprendi a conviver com essa dor, mas não a desejo nem ao meu maior inimigo” (sic). – Carlos

A fé pode também ser considerada como uma manutenção do que lhe restam de objetos bons dentro de si mesmos, um importante mecanismo de coping (Santos-Silva, Rodrigues & Roiteberg, 2017), sendo esta importância identificada em Edson e Osvaldo. Edson tem a fé e a religiosidade como forma de manutenção de suas coisas boas, refletindo na sua forma de relação com a dor e a percepção da mesma. Osvaldo tenta manter suas atividades, driblando suas dores e assumindo uma postura de não permitir a dor lhe perturbar (refletindo inclusive em sua menor percepção de dor na EVA).

Consequente aos sentimentos de sentir-se desamparado, incapaz, frustrado, impotente, passivo, submisso, vulnerável, desesperançoso e sozinho diante da dor, a morte surgiu como possibilidade de alívio do sofrimento e consequente do desamparo, que acaba demandando lidar com a falta e restrições (físicas também, consideradas ameaças concretas) para Hélio e João.

“O que mata a gente não é a dor? Então se você não sentir dor não vai morrer nunca” (sic), “É muita dor, e quantas eu não chorei? Chorava igual criança. É muita dor” (sic). – João

“O que eu passei não desejo pra ninguém” (sic); “Eu pedi a morte, não dava pra sofrer desse jeito” (sic); “Dor é coisa ruim. Dor não é bom. E você não vai no médico se você não tiver com dor. E hospital também não é bom. Só coisa ruim” (sic). – Hélio

Já Carlos e Renato, estabelecem relação de ganho secundário com a dor, apresentaram incongruência frente a sua experiência subjetiva de desamparo quando comparada com o apoio familiar que recebe, sugerindo ser insuficiente e, conseqüentemente, contribuindo para seus sentimentos de abandono, impotência e desamparo. Renato, na mesma época de afastamento, aproveitou o tempo livre para realizar o sonho dele e de sua esposa, que era comprar um terreno no interior e construir uma casa. Lembra que carregou piso, cimento, bloco pesado, e não sentiu dor. A dor assume característica de expressão de manifestação de coisas ruins da vida, refletindo inclusive em sua menor percepção de dor na EVA.

Ao funcionar como sistema de alerta e mecanismo de defesa, ajuda a afastar ou evitar experiências que podem causar sentimento desagradáveis, mas, também, pode ser vivenciada como meio de alcançar gratificações, mesmo que tenha de pagar, um alto preço, na forma de sofrimento, dor e suas conseqüências. Estas relações fazem com que a dor seja considerada um mecanismo psíquico complexo, assumindo um papel adaptativo de grande importância na economia psíquica (Engel, 1959).

No geral, a percepção de dor, tanto quantificada pelos participantes na EVA ou expressa em relato de entrevista, corroboram com a relação que estabelecem com a própria dor e com a vivência de desamparo decorrente (escores altos, como 10, 9, 8, e 7). Foram percebidas e descritas com característica aniquilante, fazendo com que se sintam castrados e impotentes. Como exemplo, Hélio assume postura de desesperança e impotência frente a dor e às limitações impostas; João apresentou postura de luta, mesmo referindo-a intensa e limitante; Marcelo a percebe causadora de impotência, além de ser percebida limitante e castradora, porém, foi o único participante que, apesar de também ter demonstrado dificuldades em lidar com as limitações e sofrimentos que a realidade da dor lhe impõe, utiliza-se de recursos sociais para ajudá-lo a lidar com a dor.

As ansiedades, segundo a categorização de Murray (2005), mais utilizadas foram de depressão, tristeza, solidão, incapacidade e culpa. A ansiedade persecutória surge como conseqüência de um mundo interno povoado por objetos internos persecutórios, que são retroalimentados pela vivência de dor e os desdobramentos da mesma. Destaca-se, ainda, as ansiedades de castração e aniquilamento.

Carlos, Edson e Marcelo apresentaram semblante de desamparo frente à dor e as restrições impostas na sua vida. Na amostra estudada, foram identificados sentimentos de impotência, incapacidade e passividade com necessidade de lutar e fazer algo por si. Porém, sentem-se impossibilitados, sem disposição, com dificuldade de encontrar formas de resolver suas próprias demandas e de lidar com os limites impostos pelo próprio corpo. Frente a isso, sentem-se desamparados e desesperançosos e impossibilitados criar alternativas para seus problemas e para a vida, gerando impotência e insatisfação com a própria realidade.

Os participantes demandam ser orientados, ajudados, sentirem-se mais felizes e voltarem a fazer coisas importantes da vida, mudar o trajeto da própria vida, buscar outros caminhos e tentar fazer com que as coisas deem certo. Mas sentem-se afligidos, ameaçados, duvidosos sobre a própria capacidade de ter êxito na vida, sem ajuda externa, com dificuldade em ver soluções, solitários, tristes e passivos, atenuando a fragilidade e remetendo-lhes à vivência de desamparo. Corroborando com estes dados, o mecanismo de defesa mais utilizado por estes participantes foi a racionalização, sugerindo dificuldade em entrar em contato com conteúdos simbólicos e com o próprio sofrimento. É válido ressaltar que uma situação psíquica de dificuldade de simbolização pode estar relacionada com restrições das funções egóicas e libidinal – que, nesta amostra, estão sendo mantidas pela vivência de dor.

Repressão, negação, regressão, isolamento, anulação, formação reativa foram mecanismos de defesa também identificados ao longo do TAT destes participantes.

7.2 Experiência subjetiva de desamparo e percepção de dor – Participantes que fizeram uso de ocitocina

A ocitocina, um dos peptídeos mais estudados do sistema neuroendócrino humano devido aos seus efeitos na sensação de bem-estar, presente no processo de empatia e no processo de vinculação inicial mãe-bebê (Bethlehem, Honka, Bonnie Baron-Cohen, 2013). Do grego: *okytokine*, sendo literalmente traduzida, significa “nascimento rápido”, remetendo aos efeitos que possui na indução de contrações uterinas no parto (Mameli et al., 2014) também foi identificada por seu potencial analgésico (Rash, Aguirre-Camacho, Campbell, 2014), relação positiva entre sua concentração e a modulação da dor na enxaqueca, contribuindo na melhora da sintomatologia álgica (Wang et al, 2013) e na indução de efeitos analgésicos em pacientes com dor na coluna vertebral (Yang, 1994, Mameli et al, 2014).

Esta investigação teve como objetivos secundários observar as possíveis interações da ocitocina em pessoas com dor crônica, buscando compreender como ela intervém na experiência subjetiva de desamparo, na percepção e no fenômeno da dor, já que o desamparo (e sua intensificação) está atrelado também à vivência de dor e seus desdobramentos (limitação, impotência, passividade, entre outros) e a diminuição da percepção de dor pelo uso da ocitocina podem abrandar na vivência de desamparo destes participantes.

Na reavaliação do TAT dos participantes que fizeram o uso de ocitocina foi identificada a possibilidade de preocupar mais com si mesmo, encontrar outros rumos na vida, serem menos fantasiosos, solucionarem problemas e entrarem mais em contato com a realidade, com menos distorção e conseguindo acessar mais os próprios conteúdos, com percepção da realidade como um todo, conseguindo integrar a realidade boa com a ruim. Em especial Carlos, Fábio e Marcelo apresentaram necessidade de lutarem e serem mais ativos com relação à própria vida, amparados e ajudados. É válido ressaltar que na avaliação do TAT foram identificados sentimentos de impotência, incapacidade de solução dos problemas, passividade, busca da melhora da qualidade de vida e com desejo de mudar a própria realidade (frente ao insucesso medicamentoso e cirúrgico, medo, afastamento da rotina e diminuição da qualidade de vida, perda de prazeres, dores diárias).

Apesar de somente Renato referir em relato melhora representativa de sua dor (corroborando com a resposta fornecida na EVA), Carlos, Fábio, Marcelo também

apresentaram diminuição da percepção de dor. João foi o único que manteve a mesma intensidade na percepção de dor na EVA.

Carlos, Fábio, João e Marcelo conseguiram construir heróis pensativos, com desejo de realizar algo impossível e lutavam pelo amanhã, apesar das incertezas, encontravam um novo rumo (Carlos), ou conseguiram construir uma possibilidade de solução diferente para o problema. União e trabalho coletivo em prol do bem estar comum (Carlos), a tentativa de realizar esforços físicos para salvar a própria vida do perigo (Fábio e Renato) e preenchimento familiar (Renato) também foram encontrados.

Ainda se percebem permeados de desamparo, preocupação, passividade, depressão, submissão, frustração, limitação, impotência, culpa, inadequação e desespero, necessitando ajuda externa para poder superar as dificuldades. Porém, na amostra que fez uso de ocitocina foram identificadas mudanças importantes de como se percebem (em especial nos participantes Carlos e Fábio), conseguindo trazer possibilidades ou formas de pensar e agir frente às dificuldades e limitações que vivenciam frente à dor e a forma que lidam com ela. Renato, João e Marcelo também apresentaram mudanças frente à necessidade de pensar, lutar pela própria vida sentirem-se preenchidos e amparados.

O mecanismo de defesa mais utilizado foi a racionalização, além de terem feito uso de repressão, sublimação, projeção, isolamento, formação reativa, negação, repressão, idealização e regressão ao longo das histórias. Não foram observadas mudanças aparentes nos mecanismos de defesa utilizados, o que merece estudos para desvendar estes meandros situados na mais profunda intimidade das inter-relações corpo e mente.

Ao fazerem o uso de ocitocina, os participantes apresentaram diminuição dos sintomas de isolamento e negativismo, contribuindo para o desenvolvimento do apego e a empatia entre pessoas e medo do desconhecido (Bethlehem et al., 2013; Lee, Macbeth, Pagani, 2009), além de estar envolvido na modulação da motivação, do bem-estar, alívio do stress (Lima, 2017) e também da percepção da dor (Melis, Argiolas, 2011, Stevens et al., 2013, Mameli et al., 2014).

7.2.1 Compreensão das diferenças na história do TAT

Carlos foi o participante que apresentou maiores diferenças na reavaliação do TAT (lâminas 1, 2, 3, 4, e 6), seguido de Fábio (lâminas 1 e 3), Renato (lâminas 3 e 5), João (lâmina 1), Marcelo (lâmina 1).

Com relação às lâminas, a 1 e a 3 foram as que obtiveram maiores diferenças na reavaliação. Essas lâminas evocam conflitos de autonomia e submissão, sentimentos de culpa, capacidade de ter êxito na vida, preocupações obsessivas (lâmina 1) e atitudes frente ao desconhecido, ao perigo e ao instintivo (lâmina 3) (Murray, 2005). Estes conflitos podem ser correlacionados com a experiência subjetiva de desamparo e da dor, que remetem à vivências primitivas e de desproteção.

Observou-se na reaplicação que, apesar do perigo iminente, da ameaça, impotência e desamparo, pode-se identificar a vontade de fazer algo impossível; encontrar um novo rumo; em luta da própria salvação, fugindo no inimigo e derrubando barreiras em busca deste propósito, em grupo; lutar pelo amanhã, apesar de suas imprevisibilidades; com uma família preenchendo a casa; conseguindo espairecer e pensar na própria vida.

7.3 Experiência subjetiva de desamparo e percepção de dor – Participantes que fizeram uso de soro fisiológico

As histórias contaram com heróis aborrecidos, tristes, submissos, impotentes, angustiados, tristes, desamparados e sem saber o que fazer, que demandavam ser ajudados, amparados, orientados, e indicando a necessidade de serem estimulados. Os lugares eram assombrosos, frios, afastados desprotegidos, desamparados ou inabitados.

Foram percebidas vivências de solidão e desamparo e de ter que garantirem sozinhos sua própria existência, porém com postura passiva, impotente e submissa. Demandaram serem preenchidos com vida de encontrar soluções adequadas aos problemas, de encontrar coisas que gostam, lhe dão prazer e não o aborrecem. Entretanto, com dificuldade de assumirem responsabilidade pela própria vida e escolhas.

Identificaram-se sentimentos de estar só lutando pela sua existência e bem-estar, precisando suprir suas demandas e necessidades básicas, com relação de luta e fuga com a vida, muitas vezes sentindo-se num ambiente hostil e permeado de perigo, evocando sentimentos de desesperança, impotência, passividade, submissão, aniquilamento, esvaziamento da própria vida, impotência e solidão, desamparo, sentindo-se sem possibilidade de ajuda e salvação, sem esperança e com dificuldade de lidar com o próprio sofrimento e de construir novas soluções, não conseguindo ser um agente transformador da própria vida.

Os mecanismos de defesa utilizados foram racionalização, projeção, regressão, isolamento, formação, reativa, repressão, negação, anulação e cisão.

Quanto à dor e percepção, Alberto e Hélio apresentaram aumento da percepção da dor, Américo e Osvaldo diminuição e Edson referiu a mesma intensidade. Estes dados aleatórios corroboram com o tipo de substância que utilizaram e sua não ação placebo, e sim inerte (Benedetti, Carlino, Pollo, 2011).

É válido ressaltar que na história 4, Américo foi capaz de construir uma história na qual sentia-se capaz de atingir o objetivo de conseguir coisas boas e mudar o que está errado e prover mudanças e trilhar um novo caminho, em um ambiente com possibilidade de reparação. Edson conseguiu entrar mais em contato com seus sentimentos e com suas pulsões, podendo este fato ser resultante do vínculo estabelecido com a pesquisadora e, portanto, mais confiança no segundo encontro, possibilitando maior acesso ao inconsciente.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Visando concluir a compreensão da experiência subjetiva de desamparo em indivíduos com dor crônica decorrente de hérnia de disco lombar, identificou-se desamparo tanto em suas histórias de vida (infância prejudicada, início precoce no trabalho, privação afetiva e material na infância) quanto na relação de insucesso com a doença.

Na amostra estudada, em ambos os grupos, foram identificados sentimentos de impotência, incapacidade e passividade, mas, também, presentes o desejo de lutar e fazer algo por si. Porém, sentem-se impossibilitados, sem disposição, com dificuldade de encontrar formas de resolver suas próprias demandas e de lidar com os limites impostos pelo próprio corpo. Frente a isso, vivenciam estados mentais de desamparo e desesperança com vivência de castração, percebem-se impossibilitados criar alternativas para seus problemas e para a vida, gerando impotência e insatisfação com a própria realidade.

Os participantes demandam ser orientados, ajudados, sentirem-se mais felizes e voltarem a fazer coisas importantes da vida, mudar o trajeto da própria vida, buscar outros caminhos e tentar fazer com que as coisas deem certo, desejo de potência. Mas sentem-se afligidos, ameaçados, duvidosos sobre a própria capacidade de ter êxito na vida, sem ajuda externa, com dificuldade em ver soluções, solitários, tristes e passivos, atenuando a fragilidade e remetendo-lhes à vivência de desamparo.

A percepção de dor foi relacionada com experiências que remeteram os participantes ao desamparo, como em caso de insucesso medicamentoso e cirúrgico, medo, afastamento da rotina e diminuição da qualidade de vida, perda de prazeres, dores diárias e dificuldade para dormir e na realização de atividades básicas do dia-a-dia, presentes em suas vidas de maneira intensa, persistente e crônica. A percepção de dor também foi relacionada não só às vivências relacionadas aos seus respectivos acometimentos físicos – no caso, a hérnia de disco lombar – como em acontecimentos significativos de suas vidas.

Vidas organizadas e estruturadas em função deste adoecimento, sendo a dor e o quadro clínico representando cisões que acarretaram em drásticas rupturas na curva de suas vidas, proporcionando mudanças bruscas e diminuindo a amplitude existencial frente às restrições impostas, assumindo característica castradora e indutora de impotência também foram encontradas. A dor assumiu característica limitante, não os

permitindo de obterem prazer, atividades de lazer ou buscarem realizações, com perda de qualidade de vida e acarretando em vivências de desamparo, impotência e restrições egóica e libidinal nestes participantes.

Foi observada uma forma estrutural de lidar com a dor, muito parecida com a maneira que lidam com os acontecimentos de suas vidas, de acordo com cada dinâmica psíquica. Este achado corrobora com o estudo de Paula (2015), no qual cada participante apresentou modelo único de funcionamento psíquico, tendo em vista a constituição subjetiva de cada um. Assim, o foco é deslocado da doença para o sujeito que adoece, e a ênfase deixa de estar nos elementos da patologia, e sim no que ela representa na história de vida de quem adoece (Eksterman, 1994).

Apresentaram estrutura egóica fragilizada e com recursos escassos, pela restrição das funções egóicas, para lidarem com a dor e o sofrimento. Pessimismo, desesperança e desamparo surgem como resultantes deste modo de funcionamento mental, que acaba demandando lidar com a falta e restrições.

Foi comum o processo de diagnóstico e cronificação associado ao trabalho. Pode-se compreender a dor na vida como fonte e imposição de restrições libidinais, como a impossibilidade de se sentirem úteis, produtivos, provedores e reconhecidos como pessoa e profissional e restando-lhes apenas a relação com a família suas únicas formas de obtenção de prazer, como se a dor e o quadro clínico tivessem subtraído e cindido a vida que tinham.

Frente às limitações impostas, buscam formas de racionalizarem e justificarem a dor, de se sentirem amparados diante das impossibilidades da vida e significarem esta experiência traumática. No TAT, foi comum se perceberem em ambientes escassos de ajuda, mesmo com satisfatório amparo familiar, retroalimentando suas vivências de desamparo frente a dor e o adoecimento. Ao longo das entrevistas, foi identificado que a experiência subjetiva de desamparo esteve presente, sendo a vivência de dor e as frustrações e impossibilidades frente ao tratamento contribuindo para esta vivência.

A interpretação do quadro clínico foi identificada permeada pelo medo da paraplegia e associações de piora com a realização da cirurgia de coluna. Estes dados podem ser compreendidos como uma fantasia ou medo (fantasioso ou real) vindo por parte destes participantes, sendo equivalente à gravidade da doença percebida por eles.

As ansiedades mais utilizadas foram de depressão, tristeza, solidão, incapacidade e culpa. A ansiedade persecutória surge como consequência de um mundo interno povoado por objetos internos persecutórios, que são retroalimentados pela vivência de

dor e os desdobramentos da mesma. Destaca-se, ainda, as ansiedades de castração e aniquilamento.

No TAT dos participantes que fizeram o uso de ocitocina foi possível evidenciar o desejo de serem mais ativos e lutarem pela própria vida, com diminuição dos sintomas de isolamento e negativismo e contribuindo para o desenvolvimento do apego e a empatia entre pessoas e diminuição do medo do desconhecido. Conseguiram construir heróis pensativos, com desejo de realizar algo impossível e lutavam pelo amanhã, apesar das incertezas, encontravam um novo rumo, ou conseguiram construir uma possibilidade de solução diferente para o problema. União e trabalho coletivo em prol do bem estar comum, a tentativa de realizar esforços físicos para salvar a própria vida do perigo também foram encontrados.

Ainda se perceberam permeados de desamparo, preocupação, passividade, frustração, limitação, submissão e inadequação, necessitando ajuda externa para poder superar as dificuldades. Porém, foram identificadas mudanças importantes de como se percebem, em especial em Carlos e Fábio, conseguindo trazer possibilidades ou formas de pensar e agir frente às dificuldades e limitações que vivenciam frente à dor e a forma que lidam com ela, podendo proporcionar melhora do bem-estar, da percepção da dor (Melis, Argiolas, 2011, Stevens et al., 2013, Mameli et al., 2014), e do alívio do stress (Lima, 2017).

No geral, a percepção de dor, tanto quantificada pelos participantes na EVA ou expressa em relato de entrevista, confirmam a relação que estabelecem com a própria dor e com a vivência de desamparo decorrente (escores altos, como 10, 9, 8, e 7). Entre os participantes que fizeram uso de ocitocina, a maioria apresentou diminuição da percepção de dor na EVA.

Mesmo inicialmente vivida em suas primeiras vezes em estágios muito primitivos do desenvolvimento, a experiência subjetiva do desamparo deixa marcas que permanecem presentes em todos os períodos de vida, podendo ser revivida pelo indivíduo em situações como a da dor. A dor compele ao indivíduo isolamento social (não só pelo afastamento da rotina de trabalho), mas também pela dificuldade em conseguir se expressar outro e perceber-se compreendido. Com a redução dos sentimentos de isolamento e negativismo e do abrandamento da percepção de dor pelo uso de ocitocina, observou-se uma correlação positiva da ocitocina com a redução dos sentimentos de isolamento, negativismo com abrandamento da percepção de dor e do sentimento de desamparo. Por outro lado, os resultados corroboram achados de nossas

pesquisas, ou seja, a maneira da pessoa lidar com sua dor expressa a sua forma de lidar com a vida e com o mundo. Estes dados contribuem na busca de estratégias para lidar com o fenômeno álgico.

Referências

- Åkerblom, S., Perrin, S., Rivano, Fischer. M., McCracken, L. M. (2015). The Mediating Role of Acceptance in Multidisciplinary Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain. *The Journal of Pain*, vol 16, no 7. doi: 10.1016/j.jpain.2015.03.007.
- Almeida, F. F., Costa Jr, Á. L., Doca, F. N. P. & Turra, V. (2010). Experiência de dor e variáveis psicossociais: o estado da arte no Brasil. *Temas em Psicologia*, 18(2), 367-376. ISSN 1413-389X.
- Andersson, G, Johansson, C., Nordlander, A., Asmundson, G. J. (2012). Chronic Pain in Older Adults: A Controlled Pilot Trial of a Brief Cognitive-Behavioural Group Treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40, 239–244. doi: 10.1017/S1352465811000646.
- Angelotti, G., Sardá, J. J. J. (2005). Avaliação Psicológica da Dor. In: Figueiró, J. A. B., Angelotti, G., & Pimenta, C. A. M. (Edits) *Dor e saúde mental*. São Paulo: Editora Atheneu. 51-66.
- Annunciato, N. F. (2005). Fisiologia da Emoção na Dor. In: Figueiró, J. A. B., Angelotti, G. & Pimenta, C. A. M. (Edits) *Dor e Saúde Mental*. São Paulo, SP: Atheneu.
- Baptista, M. K., Campos, D. C. (2007). *Metodologias de Pesquisa em Ciências: análises quantitativa e qualitativa*. Rio de Janeiro: LTC.
- Barros, J. A. C. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, 11(1), 67-84. ISSN 1984-0470.
- Bartz, J. A., Zaki, J., Bolger, N., Ochsner, K. N. (2011). Social effects of oxytocin in humans: context and person matter. *Trends Cogn. Sci.* 15, 301–309. doi: 10.1016/j.tics.2011.05.002.
- Bellak, K. (1979). *El uso clinico de lãs pruebas psicológicas del TAT, CAT y SAT*. México: El Manual Moderno.
- Benedetti, F. (2008). *Placebo Effects - Understanding the mechanisms in health and disease*. Oxford University Press.
- Benedetti, F., Carlino, E., Pollo, A. (2011). How Placebos Change the Patient's Brain. *Neuropsychopharmacology Reviews* 36, 339-354. doi: 0893-133X/11.
- Bethlehem, R. A. I., van Honka, J., Auyeung, Bonnie Baron-Cohen, S. (2013). Oxytocin, brain physiology, and functional connectivity: A review of intranasal oxytocin fMRI studies. *Psychoneuroendocrinology* 38, 962—974. doi: 10.1016/j.psyneuen.2012.10.011.

- Brunner, E., De Herdt, A., Minguet, P., Baldew, S. S., Probst, M. (2013). Can cognitive behavioural therapy based strategies be integrated into physiotherapy for the prevention of chronic low back pain? A systematic review. *Disability & Rehabilitation*, 35(1): 1–10. doi: 10.3109/09638288.2012.683848.
- Burns, J. W., Gerhart, J. I., Bruehl, S., Peterson, K. M., Smith, D.A., Porter, L.S., Schuster, E., Kinner, E., Buvanendran, A., Fras, A.M., Keefe, F.J. (2015). Anger Arousal and Behavioral Anger Regulation in Everyday Life among Patients with Chronic Low Back Pain: Relationships to Patient Pain and Function. *Health Psychol.*, 34(5):547-55. doi: 10.1037/hea0000091.
- Campos, E. M. P., Rodrigues, A. L. (2005). Mecanismo de formação dos sintomas em psicossomática. *Mudanças – Psicologia da Saúde*. 13 (2), 290-308. doi: <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v13n2p290-308>.
- Carter, C. S. (1998). Neuroendocrine Perspectives on social attachment and love. *Psychoneuroendocrinology*, vol. 23, n. 8, oo. 779-818.
- Castelnuovo G., Giusti, E. M., Manzoni, G. M., Saviola, D., Gatti, A., Gabrielli, S. et al. (2016). Psychological Treatments and Psychotherapies in the Neurorehabilitation of Pain: Evidences and Recommendations from the Italian Consensus Conference on Pain in Neurorehabilitation. *Front. Psychol.*, 7:115. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00115.
- Chaves, D. I. (2007). Efeito da ocitocina sobre a ansiedade experimental induzida em voluntários saudáveis. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo).
- Cherkin, D. C., Sherman, K. J., Balderson, B. H., Cook, A. J., Anderson, M. L., Hawkes, R. J., Hansen, K. E., Turner, J. A. (2016). Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction vs Cognitive Behavioral Therapy or Usual Care on Back Pain and Functional Limitations in Adults With Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 315(12):1240-9. doi:10.1001/jama.2016.2323.
- Damme, S. Van, Moore, D. J. (2012). From the clinic to the lab (and back) — a call for laboratory research to optimize cognitive behavioural treatment of pain. *TBM*, 2:102–105. doi: 10.1007/s13142-011-0083-6.
- Darlow, B., Dean, S.; Perry, M., Mathieson, F., Baxter, D., Dowell, A. (2015). Easy to Harm, Hard to Heal - Patient Views About the Back. *SPINE* Volume 40, Number 11, pp 842 – 850. doi: 10.1097/BRS.0000000000000901.
- Darnall, B. D., Scheman, J., Davin, S., Burns, J. W., Murphy, J.L., Wilson, A.C., Kerns, R.D., Mackey, S.C. (2016). Pain Psychology: A Global Needs Assessment and National Call to Action. *Pain Medicine*, 17(2):250-63. doi: 10.1093/pm/pnv095.
- Davis, C. E., Kyle, B. N., Thorp, J., Wu, Q., Firnhaber, J. (2015). Comparison of Pain, Functioning, Coping, and Psychological Distress in Patients with Chronic Low Back Pain Evaluated for Spinal Cord Stimulator Implant or Behavioral Pain Management. *Pain Medicine*, 16: 753-760. doi: 10.1111/pme.12526.

- Domenech, J., Baños, R., Peñalver, L., Garcia-Palacios, A., Herrero, R., Ezzedine, A., Martinez-Diaz, M., Ballester, J., Horta, J., Botella, C. (2013). Design considerations of a randomized clinical trial on a cognitive behavioural intervention using communication and information technologies for managing chronic low back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14:142. doi: 10.1186/1471-2474-14-142.
- Dunbar, F. Helen (1954). *Emotions and Bodily Changes: Survey of literature on psychosomatic interrelationships 1910 - 1953*, 4^a ed., Columbia University Press, New York.
- Edlunda, S. M., Carlsson, M. L., Linton, S. J., Fruzzetti, A. E., Tillfors, M. (2015). I see you're in pain – The effects of partner validation on emotions in people with chronic pain. *Scandinavian Journal of Pain*, 16–21. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2014.07.003>.
- Ehde, D. M., Dillworth, T. M., Turner, J. A. (2014). Cognitive-Behavioral Therapy for Individuals With Chronic Pain. *American Psychological Association* Vol. 69, No. 2, 153–166. doi: 10.1037/a0035747.
- Eksterman, A. (1994). Abordagem psicodinâmica dos sintomas somáticos. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(1).
- Engel G.L. (1967). The concept of psychosomatic disorders. *Journal of Psychosomatic research*, 11, 3-9.
- Engel GL. (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–13.
- Engel, G.L. (1959). Psychogenic pain and pain-prone patient. *American Journal Medicine*. 26(6); 899-918.
- Esteves, J. E., Wheatley, L., Mayall, C., Abbey, H. (2013). Emotional processing and its relationship to chronic low back pain: Results from a case-control study. *Manual Therapy* 18541-546. doi: 10.1016/j.math.2013.05.008.
- Ferreira, K., Bastos, T., Andrade, D. C. de, Silva, A. M., Appolinario, J. C., Teixeira, M. J., Latorre, M. (2016). Prevalence of chronic pain in a metropolitan area of a developing country: a population-based study. *Arq Neuropsiquiatr*, 74(12):990-998. ISSN 1678-4227.
- Ferreira, M. S., Pereira, M. G. (2014). The mediator role of psychological morbidity in patients with chronic low back pain in differentiated treatments. *Journal of Health Psychology*, 19(9) 1197 –1207. doi: 10.1177/1359105313488970.
- Fischer, C. A., Neubauer, E., Adams, H. S., Schiltenswolf, M., Wang, H. (2014). Effects of multidisciplinary pain treatment can be predicted without elaborate questionnaires. *International Orthopaedics*, (SICOT) 38:617-626. doi: 10.1007/s00264-013-2156-2.

- Flink, I. K., Smeets, E., Bergbom, S., Peters, M. L. (2015). Happy despite pain: Pilot study of a positive psychology intervention for patients with chronic pain. *Scandinavian Journal of Pain* 7 71-79. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2015.01.005>.
- Fortes, I. (2007). Erotismo versus masoquismo na teoria freudiana. *Psic. Clin.*, vol.19, n.2, 35-44.
- Freitas, N. K., (2000). TAT – Teste de Apercepção Temática, conforme o modelo interpretativo de Murray. In: CUNHA, J.A. e cols. (orgs). *Psicodiagnóstico – V*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Freud, A. (1986). O ego e os mecanismos de defesa (8a ed). Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira, 1996.
- Freud, S. (1924). O problema econômico do masoquismo. *Obras completas, ESB*, v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- Freud, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *Obras completas, ESB*, v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- Freud, S. (1930). O mal-Estar na civilização. Rio de Janeiro: Imago 1996.
- Freud, S. (1985). Estudos sobre a histeria. In Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. (J. Salomão, trad., vol. 2) Rio de Janeiro: Imago. 1996.
- Freud, S. (1891). *Zur Auffassung der Aphasien: eine kritische Studie*. Leipzig: Franz Deuticke.
- Froud, R., Patterson, S., Eldridge, S., Seale, C., Pincus, T., Rajendran, D., Fossum, C., Underwood, M. (2014) .A systematic review and meta-synthesis of the impact of low back pain on people's live. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 15:50. doi: 10.1186/1471-2474-15-50.
- Goodin, B. R., Anderson, A. J. B., Freeman, E. L., Bulls, H.W., Robbins, M. T., Ness, T.J. (2016). Intranasal oxytocin administration is associated with enhanced endogenous pain inhibition and reduced negative mood states. *Clin J Pain*, 31(9):757-767. doi: 10.1097/AJP.000000000000166.
- Goodin, B. R., Ness. T. J., Robbins, M. T. (2015). Oxytocin – A Multifunctional Analgesic for Chronic Deep Tissue Pain. *Curr Pharm Des.*, 21(7): 906–913.
- Gorczyca, R., Filip, R., Walczak, E. (2013). Psychological Aspects of Pain. *Ann Agric Environ Med.*, Spec no. 1:23-7.
- Guyton, A. C., Hall, J. E. (1997). *Fisiologia Humana e Mecanismos das Doenças*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Haanstra, T. M., Hanson, L., Evans, R., van Nes, F. A, De Vet, H. C., Cuijpers, P., Ostelo, R.W. (2013). How do low back pain patients conceptualize their expectations regarding treatment? Content analysis of interviews. *Eur Spine J*, 22:1986–1995. doi: 10.1007/s00586-013-2803-8.
- Hayashi, K., Arai, Y. Morimoto, A., Aono, S., Yoshimoto, T., Nishihara, M., Osuga, T., Inoue, S., Ushida, T. (2015). Between Pain drawing and Psychological Characteristics of Different Body Region Pains. *Pain Practice*, Volume 15, Issue 4, 300–307. <https://doi.org/10.1111/papr.12173>.
- Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C., Ehler, U. (2003). Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biol Psych*, v. 54, p. 1389-1398.
- Herrera, Hayden. (2016). *Frida: a biografia*. São Paulo: Globo.
- Heyduck, K., Meffert, C. (2014). Illness and Treatment Perceptions of Patients with Chronic Low Back Pain: Characteristics and Relation to Individual, Disease and Interaction Variables. *J Clin Psychol Med Settings* 21:267–281. doi: 10.1007/s10880-014-9405-4.
- Hoffmann, K., Peersman, W., George, A., Dorner, T. E. (2015). Associations and Synergistic Effects for Psychological Distress and Chronic Back Pain on the Utilization of Different Levels of Ambulatory Health Care. A Cross-Sectional Study from Austria. *PLoS ONE*, 10(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0134136>.
- Hoy, D., Bain, C., Williams, G., March, L., Brooks, P., Blyth, F., Woolf, A., Vos T., Buchbinder, R. (2012). A Systematic Review of the Global Prevalence of Low Back Pain. *Arthritis Rheum.*, 64(6):2028-37. doi: 10.1002/art.34347.
- Huijnen, I. P., Rusu, A. C., Scholich, S., Meloto, C. B., Diatchenko, L. (2015). Subgrouping of Low Back Pain Patients for Targeting Treatments Evidence from Genetic, Psychological, and Activity-related Behavioral Approaches. *Clin J Pain.*, 31(2):123-32. doi: 10.1097/AJP.0000000000000100.
- Hurlemann, R., Patin, A., Onur, O. A., Cohen, M. X., Baumgartner, T., Metzler, S., Dziobek, I., Gallinat, J., Wagner, M., Maier, W., Kendrick, K. M. (2010). Oxytocin enhances amygdala-dependent, socially reinforced learning and emotional empathy in humans. *J. Neurosci.* 30, 4999–5007. doi: 10.1523/JNEUROSCI.5538-09.2010.
- International Association for the Study of Pain. (1994). *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. 2nd ed. Seattle. IASP: Author.
- Issner, J. B., Cano, A., Leonard, M. T., Williams, A. M. (2012). How Do I Empathize With You? Let Me Count the Ways: Relations Between Facets of Pain-Related Empathy. *The Journal of Pain*, v.13, n.2, pp 167-175. doi: 10.1016/j.jpain.2011.10.009.

- Ivo, R., Nicklas, A., Dargel, J., Sobottke, R., Delank, K., Eysel, P., Weber, B. (2013). Brain structural and psychometric alterations in chronic low back pain. *Eur Spine J* (2013) 22:1958–1964. doi: 10.1007/s00586-013-2692-x.
- Jensen, M. P., Turk, D. C. (2014). Contributions of Psychology to the Understanding and Treatment of People With Chronic Pain. *American Psychological Association v6.9, n.2*, 105–118. doi: 10.1037/a0035641.v.
- Jensen, M. P., Turk, D. C. (2014). Contributions of Psychology to the Understanding and Treatment of People With Chronic Pain - Why It Matters to ALL Psychologists. *Am Psychol.*, 69(2):105-18. doi: 10.1037/a0035641.
- Jerome, J., Topham, R., Dematatis, A., Corteville, J. (2015). Treatment outcomes after combination interventional and cognitive motivational counseling on analgesic medication use in patients with chronic spine pain. *Pain Physician*, 18:287-297.
- Juif, J. E., Poisbeau, P. (2013). Neurohumoral effects of oxytocin and vasopressin receptor agonists on spinal pain processing in male rats. *Pain*, 154:1449–1456. doi: 10.1016/j.pain.2013.05.003.
- Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J., Ostelo, R. W., Guzman, J., van Tulder, M. W. (2014). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2;(9). doi: 10.1002/14651858.CD000963.pub3.
- Kerns, R. D., Burns, J. W., Shulman, M., Jensen, M. P., Nielson, W. R., Czlapski, R., Dallas, M.I., Chatkoff, D., Sellinger, J., Heapy, A., Rosenberger, P. (2014). Can We Improve Cognitive–Behavioral Therapy for Chronic Back Pain Treatment Engagement and Adherence? A Controlled Trial of Tailored Versus Standard Therapy. *Health Psychology*, v.33, n.9, 938-947. doi: 10.1037/a0034406.
- Kim, J. H., McMahon, B. T., Hawley, C., Brickham, D., Gonzalez, R., Lee, D.H. (2016). Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Virtue Based Model. *J Occup Rehabil.*, 26:45–55. doi: 10.1007/s10926-015-9622-1.
- Kindermans, H. P., Huijnen, I. P., Goossens, M. E., Roelofs, J., Verbunt, J. A., Vlaeyen, J.W. (2011). "Being" in pain: The role of self-discrepancies in the emotional experience and activity patterns of patients with chronic low back pain. *PAIN*, 152 403-409. doi: 10.1016/j.pain.2010.11.009.
- Koenig, A. L., Kupper, A. E., Skidmore, J. R., Murphy, K. M. (2014). Biopsychosocial functioning and pain self-efficacy in chronic low back pain patients. *J Rehabil Res Dev.*, 51(8):1277-86. doi: 10.1682/JRRD.2014.02.0047.
- Kosfeld, M., Heinrichs, M., Zak, P. J., Fischbacher, U., Fehr, E. (2005). Oxytocin increase trust in humans. *Nature*, v. 435, p.673-676.
- Kreling, M. C. G. D, Cruz, D. A. L. M., Pimenta, C. A. M. (2006). Prevalência de dor crônica em adultos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(4), 509-513. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000400007>.

- Lange, B. J., Kern, T., McGregor, W., Bickel, G. P., Fehm, U. (2002). Sniffing neuropeptides: A intranasal approach to the human brain. *Nat. Neurosci.* 5, 514–516.
- Laplanche, J., Pontalis, J. B. (1992). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lee, H. J., Macbeth A. H., Pagani J. H., Young, W. S. (2009). "Oxytocin: the great facilitator of life". *Prog. Neurobiol.*, 88 (2): 127–51. doi: 10.1016/j.pneurobio.2009.04.001.
- Levinzon, G. K. (2009). Frida Kahlo: a pintura como processo de busca de si mesmo. *Rev. bras. psicanál.*, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 49-60. ISSN 0486-641X.
- Lima, J. P. C. (2017). Efeitos da administração nasal da ocitocina sobre parâmetros autonômicos e níveis salivares de cortisol em um modelo de stress social. (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo).
- Linden, M., Scherbe, S., Cicholas, B. (2014). Randomized controlled trial on the effectiveness of cognitive behavior group therapy in chronic back pain patients. *J Back Musculoskelet Rehabil.*, 27(4):563-8. doi: 10.3233/BMR-140518.
- Liu, J. C., Guastella, A. J., Dadds, M. R. (2012). Effects of oxytocin on human social approach measured using intimacy equilibriums. *Horm. Behav.* 62, 585–591. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2012.09.002>.
- Loeser, J. D. (2009) A medicina narrativa e a dor. In: Alves Neto, O., Costa, C.M.C., Teixeira, M.J. (orgs) (2009). *Dor: princípios e práticas*. Porto Alegre: Artmed, p.103-108.
- MacDonald, E., Dadds, M.R., Brennan, J.L., William, K., Levy, F., Cauchi, A.J. (2011). A review of safety, side-effects and subjective reactions to intranasal oxytocin in human research. *Psychoneuroendocrinology*, 36(8):1114-26. doi: 10.1016/j.psyneuen.2011.02.015.
- MacDonald, K., Feifel, D. (2013). Helping oxytocin deliver: considerations in the development of oxytocin-based therapeutics for brain disorders. Review Article. *Front Neurosci.*, 15;7:35. doi: 10.3389/fnins.2013.00035.
- Mameli, S., Pisanu, G.M., Sardo, S., Marchi, A., Pili, A., Carboni, M., Minerba, L., Trincas, G., Carta, M.G., Melis, M.R., Agabio, R. (2014). Oxytocin nasal spray in fibromyalgic patients. *Rheumatol Int.*, 34:1047–1052. doi: 10.1007/s00296-014-2953-y.
- Martínez, M. (1999). *Comportamiento Humano*. México: Trillas.
- Martins, D. E., Puertas, E. B., Wajchenberg, M. (2014). *Clínica da coluna vertebral*. São Paulo: Editora Atheneu.

- Mattelliano, D., Scherer, Y. K., Chang, Y. P. (2011). Biobehavioral Pain Profile in Individuals with Chronic Spine Pain. *Pain Management Nursing*, v.15, n.1, 2014: pp 97-106. doi: 10.1016/j.pmn.2012.06.009.
- McCluskey, S., Brooks, J., King, N., Burton, K. (2011). The influence of ‘significant others’ on persistent back pain and work participation: a qualitative exploration of illness perceptions. *BMC Musculoskelet Disord.*,14;12:236. doi: 10.1186/1471-2474-12-236.
- McCracken, L. M., Gutiérrez-Martínez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behav Res Ther.* 49(4):267-74. doi: 10.1016/j.brat.2011.02.004.
- McCullough, M. E., Churchland, O. S., Mendez, A. J. (2013). Problems with measuring peripheral oxytocin: can the data on oxytocin and human behavior be trusted? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37:1485-1492. doi: 10.1016/j.neubiorev.2013.04.018.
- Melis, M. R., Argiolas, A. (2011). Central control of penile erection: a re-visitation of the role of oxytocin and its interaction with dopamine and glutamic acid in male rats. *Neurosci Biobehav Rev* 35:939–955. doi: 10.1016/j.neubiorev.2010.10.014.
- Melzack, R. Wall, P. D. (1965). Pain Mechanisms: A New Theory. *Science*. v.150, n.3699.
- Menezes, L. S. A. (2012). Desamparo. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Meucci, R. D., Fassa, A. C. G., Faria, N. M. X. (2015). Prevalence of chronic low back pain: systematic review. *Rev Saúde Pública*, 49:73. doi: 10.1590/S0034-8910.2015049005874.
- Mijolla, Alain de (org). (2005). Dicionário Internacional de Psicanálise. Editora Imago.
- Mills, S., Torrance, N., Smith, B.H. (2016). Identification and Management of Chronic Pain in Primary Care: a Review. *Curr Psychiatry Rep.* 18: 22. doi: 10.1007/s11920-015-0659-9.
- Mirjalilia, Roghaye Alsadat, Besharat, M. A., Koochi, S. (2011). The moderating role of self-efficacy on the relationship between alexithymia and severity of pain in chronic pain patients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30 149 – 153. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.029>.
- Misterska, E., Jankowski, R., Głowacki, M. (2013). Chronic pain coping styles in patients with herniated lumbar discs and coexisting spondylotic changes treated surgically: Considering clinical pain characteristics, degenerative changes, disability, mood disturbances, and beliefs about pain control. *Med Sci Monit*, 19: 1211-1220. doi: 10.12659/MSM.889729.

- Misterska, E., Jankowski, R., Głowacki, M. (2014). Psychometric properties of the Polish language version of the Chronic Pain Coping Inventory-42 for patients treated surgically due to herniated lumbar discs and spondylotic changes. *Med Sci Monit.*, 20: 789-801. doi: 10.12659/MSM.889728.
- Moradi, B., Hagmann, S., Zahlten-Hinguranage, A., Caldeira, F., Putz, C., Rosshirt, N., Schönit, E., Mesrian, A., Schiltewolf, M., Neubauer, E. (2012). Efficacy of Multidisciplinary Treatment for Patients With Chronic Low Back Pain. *J Clin Rheumatol.*, 18(2):76-82. doi: 10.1097/RHU.0b013e318247b96a.
- Morais, F. (2015). Frida Kahlo: Tudo é autorrelato. In Kahlo, Frida. *O diário de Frida Kahlo: um autorrelato íntimo*. 4ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio.
- Morley, S., Williams, A. (2015). New Developments in the Psychological Management of Chronic Pain. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, v.60, n.4. doi:10.1177/070674371506000403.
- Murray, H.A. (1995). TAT - Teste de Apercepção Temática. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- Murray, H.A. (2005). TAT – Teste de Apercepção Temática São Paulo, Casa do Psicólogo.
- Negrelli, W. F. (2001). Hérnia discal: procedimentos de tratamento. *Acta ortop. bras.*, São Paulo, v.9, n.4. ISSN 1809-4406.
- O'Keeffe, M., Purtill, H., Kennedy, N., Conneely, M., Hurley, J., O'Sullivan, P., Dankaerts, W., O'Sullivan, K. (2016). Comparative Effectiveness of Conservative Interventions for Nonspecific Chronic Spinal Pain: Physical, Behavioral/Psychologically Informed, or Combined? A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain.*, 17(7):755-74. doi: 10.1016/j.jpain.2016.01.473.
- Oliveira, M. A. P., Parente, R. C. M. (2010). Entendendo ensaios clínicos randomizados. *Bras. J. Video-Sur.*, v.3, n.4: 176-180.
- OMS (1964) – Série Informes Tecnicos, No. 275 – Los transtornos psicossomáticos, 13. Informe de Expertos de la OMS em Salud Mental. Ginebra.
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience. The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford.
- Paula, B. S. (2015) Estudo clínico-qualitativo da dinâmica psíquica de pessoas com lombalgia crônica por artrose facetária. (Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo).
- Peeters, P. A. M., Vlaeyen, J. W. S. (2011). Feeling More Pain, Yet Showing Less: The Influence of Social Threat on Pain. *The Journal of Pain*, v.12, n.12, pp 1255-1261. doi: 10.1016/j.jpain.2011.07.007.

- Pincus, T., Anwar, S., McCracken, L. M., McGregor, A., Graham L., Collinson, M., McBeth, J., Watson, P., Morley, S., Henderson, J., Farrin, A. J., (2015). Delivering an Optimised Behavioural Intervention (OBI) to people with low back pain with high psychological risk; results and lessons learnt from a feasibility randomised controlled trial of Contextual Cognitive Behavioural Therapy (CCBT) vs. Physiotherapy. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 16:147. <https://doi.org/10.1186/s12891-015-0594-2>.
- Prado, M. A. P. (2012). Estudo do impacto psicológico na intercorrência cirúrgica: trauma e seus efeitos pós-traumáticos. (Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo).
- Psychosomatic Medicine. (1939). Introductory statement – The editors. vol. 1, no.1.
- Ramond, A., Bouton, C., Richard, I., Roquelaure, Y., Baufreton, C., Legrand, E., Huez, J.F. (2011). Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary care—a systematic review. *Family Practice*; 28:12–21. doi: 10.1093/fampra/cmq072.
- Ramond-Roquin, A., Pecquenard, F., Schers, H., van Weel, C., Oskam, S., van Boven, K. (2015). Psychosocial, musculoskeletal and somatoform comorbidity in patients with chronic low back pain: original results from the Dutch Transition Project. *Family Practice*, v. 32, n. 3, 297–304. doi: 10.1093/fampra/cmv027.
- Rash, J. A., Aguirre-Camacho, A., Campbell, T. S., (2014). Oxytocin and pain: a systematic review and synthesis of findings. *Clin. J. Pain* 30, 453–462. doi: 10.1097/AJP.0b013e31829f57df.
- Reese, C., Mittag, O. (2013). Psychological interventions in the rehabilitation of patients with chronic low back pain: evidence and recommendations from systematic reviews and guidelines. *International Journal of Rehabilitation Research*, 36:6–12. doi: 10.1097/MRR.0b013e32835acfec.
- Rinaman, L. (2007). Visceral sensory inputs to the endocrine hypothalamus. *Front Neuroendocrinol.*, 28:50–60. doi:10.1016/j.yfrne.2007.02.002.
- Rodrigues, A. L., França, A. C. L. (2010). Uma perspectiva psicossocial em psicossomática via estresse e trabalho. In: Filho, J. M., Burd, M. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artmed.
- Rodrigues, A.L., Campos, E.M.P & Pardini, F. (2010) Mecanismo de formação dos sintomas, In: Spinelli, M.R. (org) *Introdução à Psicossomática* - São Paulo: Editora Ateneu.
- Rodrigues-de-Souza, D. P., Palacios-Ceña, D., Moro-Gutiérrez, L., Camargo, P. R., Salvini, T. F., Albuquerque-Sendín, F. (2016). Socio-Cultural Factors and Experience of Chronic Low Back Pain: a Spanish and Brazilian Patients' Perspective. A Qualitative Study. *PLoS One*, 11(7): e0159554. doi: 10.1371/journal.pone.0159554.

- Ross, H. E., Young, L. J., (2009). Oxytocin and the neural mechanisms regulating social cognition and affiliative behavior. *Front. Neuroendocrinol.*, 30, 534—547. doi: 10.1016/j.yfrne.2009.05.004.
- Roudinesco, E., Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Rzeszutek, M., Oniszczenko, W., Schier, K., Biernat-Kaluza, E., Gasik, R. (2015). Trauma symptoms, temperament traits, social support and the intensity of pain in a Polish sample of patients suffering from chronic pain. *Personality and Individual Differences* 83 13–17. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.03.036>.
- Sakata, R. K. (2008). Nomenclatura e classificação da dor. In: *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar/Unifesp – Dor*. 2ª Ed. Barueri, SP: Manole, p.1-4.
- Sakata, R.K., Issy, A. M. (2008). Fisiopatologia da nocicepção e da dor neuropática. In *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar/Unifesp – Dor*. 2ª Ed. Barueri, SP:Manole, p.5-20.
- Sanderson, K. B, Roditi, D., George, S. Z., Atchison, J. W., Banou, E., Robinson, M. E. (2012). Investigating patient expectations and treatment outcome in a chronic low back pain population. *J Pain Res.*, 5:15–22. doi: 10.2147/JPR.S28636.
- Santos-Silva, C., Rodrigues, A.L. & Roitberg, S.E.B. (2017) Estudo de Caso de Paciente com Dermatite Atópica: Uma leitura Biopsicossocial - Psicologia, Saúde e Doenças, 18(2) 389-400. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180209>.
- Scholich, S. L., Hallner, D., Wittenberg, R. H., Hasenbring, M. I., Rusu, A. C. (2012). The relationship between pain, disability, quality of life and cognitive-behavioural factors in chronic back pain. *Disability & Rehabilitation.*, 34(23): 1993–2000. doi: 10.3109/09638288.2012.667187.
- Schütze, R., Slater, H., O'Sullivan, P., Thornton, J., Finlay-Jones, A., Rees, C. S. (2014). Mindfulness-Based Functional Therapy: a preliminary open trial of an integrated model of care for people with persistent low back pain. *Front Psychol.*, 4;5:839. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00839.
- Shahni, R., Shairi, M. R., Moghaddam, M., Zarnaghash, M. (2013). Appointment the Effectiveness of Cognitive-behavioral Treatment of Pain on Increasing of Self-efficacy in Patients with Chronic Pain. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 84, 225 – 229. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.539>.
- Silva, E. F. (1984) *Teste de Apercepção Temática (TAT) na cultura brasileira: manual de aplicação e interpretação*. Fundação Getúlio Vargas.
- Silva, M. (1989). *TAT: aplicação e interpretação do teste de apercepção temática*. São Paulo, SP: Editora Pedagógica Universitária.

- Siqueira-Batista, R., Mendes, P. D., Fonseca, J. de O., Maciel, M. de S. (2014). Arte e dor em Frida Kahlo. *Revista Dor*, 15(2), 139-144. <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20140018>.
- Skidmore, J. R., Koenig, A. L., Dyson, S. J., Kupper, A. E., Garner, M. J., Keller C. J. (2015). Self-efficacy Mediates the Relationship Between Depressive Symptoms and Pain Severity. *Clin J Pain*, v.31, n.2. doi: 10.1097/AJP.0000000000000094.
- Snelgrove, S., Liossi, C. Living with chronic low back pain: a metasynthesis of qualitative research. *Chronic Illness* 9(4) 283–301,2015. doi: 10.1097/AJP.0000000000000094.
- Sousa, F. F., Silva, J. A. (2005). A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. *Rev Dor*, 6(1):469-513.
- Souza, J., Grossmann, E.; Perissinotti, D. J., J. O. de O., F., P. R., Posso, I. de P. (2017). Prevalence of Chronic Pain, Treatments, Perception, and Interference on Life Activities: Brazilian Population-Based Survey. *Pain Res Manag.*, 2017:4643830. doi: 10.1155/2017/4643830.
- Souza, R. (2009). O que é um estudo clínico randomizado? *Medicina (Ribeirão Preto)*, 42(1): 3-8.
- Stevens, F. L., Weisman, O., Feldman, R., Hurley, R. A., Taber, K. H. (2013). Oxytocin and behavior: evidence for effects in the brain. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 25:96–102. doi: 10.1176/appi.neuropsych.13030061.
- Sztainberg, Rachel. Frida Kahlo: O desamparo encarnado (2004). Disponível em: <http://www.antroposmoderno.com/> Acesso em: 29.11.2004.
- Tlach, L., Hampel, P. (2011). Long-term effects of a cognitive-behavioral training program for the management of depressive symptoms among patients in orthopedic inpatient rehabilitation of chronic low back pain: a 2-year follow-up. *Eur Spine J.*, 20:2143–2151. doi: 10.1007/s00586-011-1810-x.
- Toyserkani, M. A., Besharat, M. A., Koochi, S. (2011). The moderating role of positive and negative affects on the relationship between alexithymia and experience of pain in chronic pain patients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30 154 – 158. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.030>.
- Tracy, L. M., Georgiou-Karistianisa, N., Gibson, S.J., Giummarra, M.J. (2015). Oxytocin and the modulation of pain experience: Implications for chronic pain management. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 55 53–67. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.030>.
- Turato, E.G. (2011) *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 5 ed.: Vozes/ Petrópolis, RJ.

- van Hooff, M. L., Spruit, M., O'Dowd, J. K., van Lankveld, W., Fairbank, J. C., van Limbeek, J. (2014). Predictive factors for successful clinical outcome 1 year after an intensive combined physical and psychological programme for chronic low back pain. *Eur Spine J*, 23:102-112. doi: 10.1007/s00586-013-2844-z.
- van Hooff, M. L., Ter Avest, W., Horsting, P. P., O'Dowd, J., de Kleuver, M., van Lankveld, W., van Limbeek, J. (2012). A short, intensive cognitive behavioral pain management program reduces health-care use in patients with chronic low back pain. *Eur Spine J* 21:1257-1264. doi: 10.1007/s00586-011-2091-0.
- van Wilgen, C. P., van Ittersum, M. W., Kaptein, A. A. (2013). Do illness perceptions of people with chronic low back pain differ from people without chronic low back pain? *Psychotherapy*, 99(1):27-32. doi: 10.1016/j.physio.2011.09.004.
- Vereckei, E., Susanszky, E., Kopp, M., Ratko, I., Czimbalmos, A., Nagy, Z., Palkonyai, E., Hodinka, L., Temesvari, P. I., Kiss, E., Tőro, K., Poor, G. (2013). Psychosocial, educational, and somatic factors in chronic nonspecific low back pain. *Rheumatol Int.*, 33:587-592. doi: 10.1007/s00296-012-2398-0.
- Vialle, L. R., Vialle, E. N., Henao, J. E. S., Giraldo, G. (2010). Hérnia discal lombar. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 45(1), 17-22. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-36162010000100004>.
- Vieira, O. N., Vieira, C. M. S. (2005). Transtorno de estresse pós-traumático: uma neurose de guerra em tempo de paz. São Paulo: Vetor.
- von der Hoehe, N. H., Voelker, A., Gulow, J., Uhle, U., Przkora, R., Heyde, C. E. (2014). Impact of a multidisciplinary pain program for the management of chronic low back pain in patients undergoing spine surgery and primary total hip replacement: a retrospective cohort study. *Patient Safety in Surgery*, 8:34. <https://doi.org/10.1186/s13037-014-0034-5>.
- Vos, T., Flaxman, A. D., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzat, M. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380:2163-96. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61729-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61729-2).
- Wang, Y. L. (2013). The interaction between the oxytocin and pain modulation in headache patients. *Neuropeptides*, 47(2):93-7. doi: 10.1016/j.npep.2012.12.003.
- Werlang, B. G. (2000). TAT conforme modelo de Bellak. In: Cunha, J.A. e cols. (orgs). *Psicodiagnóstico – V*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Wernicke, S., de Witt Huber, J., Wippert, P. M. (2015). The pain of being misunderstood: Invalidation of pain complaints in chronic low back pain patients. *Journal of Health Psychology*, 1 –13. doi: 10.1177/1359105315596371.

- Wertli, M. M., Eugster, R., Held, U., Steurer, J., Kofmehl, R., Weiser, S. (2014). Catastrophizing - a prognostic factor for outcome in patients with low back pain: a systematic review. *The Spine Journal*, 14 2639-2657. doi: 10.1016/j.spinee.2014.03.003.
- Wertli, M. M., Rasmussen-Barr, E., Weiser, S., Bachmann, L. M., Brunner, F. (2014). The role of fear avoidance beliefs as a prognostic factor for outcome in patients with nonspecific low back pain: a systematic review. *The Spine Journal*, 14 816-836. doi: 10.1016/j.spinee.2013.09.036.
- Williams, A., Craig, K. (2016). Updating the definition of pain. *Pain.*, 157(11):2420-2423. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000613.
- Williams, L. J., Pasco, J. A., Jacka, F. N., Dodd, S., Berk, M. (2012). Pain and the relationship with mood and anxiety disorders and psychological symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(6):452-6. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.03.001.
- Yang, J. (1994). Intrathecal administration of oxytocin induces analgesia in low back pain involving the endogenous opiate peptide system. *Spine*, 19:867–871.
- Yu, L., Norton, S., Harrison, A., McCracken, L. M. (2015). In search of the person in pain: A systematic review of conceptualization, assessment methods, and evidence for self and identity in chronic pain. *Journal of Contextual Behavioral Science* 4 246–262. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.10.003>.
- Zunhammer, M., Geis, S., Busch, V., Greenlee, M. W., Eichhammer, P. (2015). Effects of intranasal oxytocin on thermal pain in healthy men: a randomized functional magnetic resonance imaging study. *Psychosom Med.*, 77: 156–166. doi: 10.1097/PSY.0000000000000142.

ANEXOS**ANEXO A****Entrevista Semi-dirigida****Entrevista nº 1****Data de Preenchimento** ____/____/____**Início** _____ **h** _____**Término** _____ **h** _____**Identificação do participante:**

1) Nome: _____

2) Cidade: _____ Estado: _____

3) Telefones: _____

4) Data de Nascimento: ____/____/____

5) Idade: _____ anos

6) Sexo: () masculino () feminino

7) Religião: _____

8) Qual cidade em que nasceu: _____

9) Estado Civil:

() nunca casou

() viúvo

() casado

() divorciado/separado

() amasiado

10) Escolaridade

() analfabeto (0 anos)

() 2º grau completo (11 anos)

() 1º grau incompleto

() Superior incompleto

() 1º grau completo (08 anos)

() Superior completo

() 2º grau incompleto

() Pós-Graduação

11) Profissão: _____

12) Situação ocupacional:

() estudante

() não trabalha, mas recebe benefício

() assalariado

() não trabalha e nem recebe benefício

() autônomo

() atividades domésticas (donas de casa)

() desempregado

() nunca trabalhou e/ou estudou

() aposentado

() afastado em função da doença ou tratamento

13) Número de pessoas que mora com você: _____

14) Número de filhos: _____

Medicamentos que está fazendo uso atualmente:

Descrição da aparência do entrevistado

- 15) Porte:
- 16) Semblante:
- 17) Características físicas:
- 18) Comportamentos estereotipados e repetitivos:
- 19) Roupas e acessórios:

Roteiro da entrevista:

História de vida

- Conte-me um pouco da sua história
- Quais suas lembranças mais importantes?
- Descreva-me sua família (genograma simples)
- Como foi seu nascimento?
 - a. Expectativas familiares
 - b. Intercorrências no parto
 - c. Ansiedade de separação ou diante de estranhos
 - d. Objetos de apego
 - e. Doenças
- Como foi sua infância?
 - a. Experiência escolar (sociabilidade, desempenho, aprendizado da leitura, hiperatividade, separação da mãe)
 - b. Como era o convívio social e brincadeiras (primeiros amigos, relação com professores, vivência de grupo)
 - c. Relacionamento familiar (relacionamento com os pais, relacionamento com os irmãos, quem vivia na casa e como se relacionavam com o entrevistado)
 - d. Pessoas significativas
 - e. Relação com a regra
 - f. Características comportamentais mais marcantes
 - g. Dificuldades (pesadelos, enurese noturna, fobias, dificuldades de aprendizado...)
- Como foi sua adolescência?
 - a. Socialização (grupos, tribos, tipos de vínculos...)
 - b. Passatempos
 - c. Dificuldades (emocionais e físicas)
 - d. Forma como percebia o corpo (auto-imagem)
 - e. História sexual (informações, experiências)
 - f. Relacionamentos afetivos
 - g. Princípios religiosos/valores morais
 - h. Pessoas significativas
- E pós adolescência?
 - a. História ocupacional (como se desenvolveu até estar na ocupação que desempenha/estabilidade ou instabilidade/relacionamentos com colegas)
 - b. História sexual (informações, primeiras experiências)
 - c. Mudanças significantes (residência/trabalho/companheiro(a))
 - d. Vida familiar (papeis desempenhados)
 - e. Atividades de lazer/Atividades familiares/Hobbies

- Como está sua vida hoje?
- Com quem mora hoje?
- Quais são suas relações principais? Alguém do passado?
- Qual a qualidade e intensidade desses vínculos?
- Relação com cônjuge
- Você tem algum medo?

Dor

- Sua dor, quando surgiu? (história da doença)
- Como está a sua dor?
- Como é a sua dor? (sintomas/alívio)
- Existem momentos em que ela piora? Se sim, quais são esses momentos? (intensidade/localização/frequência/duração)
- Como compreende a sua dor? O que ela significa para você? (fatores relacionados)
- Como estava se sentindo no início dos sintomas?

Tratamentos

- Investigar relação com o tratamento
- Como compreende seu tratamento? O que ele significa para você?
- Investigar se teve algum transtorno mental. Se fez algum tipo de tratamento psiquiátrico e/ou psicológico. Se sim, qual? Por quê? Por quanto tempo? Quando?

Observações do entrevistador

- a. Atenção e orientação do entrevistado
- b. Organização do pensamento
- c. Maneira como se coloca
- d. O que é priorizado no relato
- e. Qual o tipo de relação é estabelecido com o entrevistador (transferência e contratransferência)

ANEXO B**Entrevista Semi-dirigida - Reavaliação****Entrevista nº 2****Data de Preenchimento** ____/____/____**Início** _____ **h** _____**Término** _____ **h** _____**Descrição da aparência do entrevistado**

- 1) Porte:
- 2) Semblante:
- 3) Características físicas:
- 4) Comportamentos estereotipados e repetitivos:
- 5) Roupas e acessórios:

Roteiro da entrevista:**Uso da substância**

- Como se sentiu usando
- Como foi o uso
- O que percebeu em si durante o período de uso

Dor

- Como foi a dor
- Como se sentiu diante da evolução da doença
- Como percebeu a própria dor
- Como percebeu a evolução do tratamento

- Algum evento significativo do ponto de vista emocional

Observações do entrevistador

- a. Atenção e orientação do entrevistado
- b. Organização do pensamento
- c. Maneira como se coloca
- d. O que é priorizado no relato
- e. Qual o tipo de relação é estabelecido com o entrevistador (transferência e contratransferência)

ANEXO C**Escala Visual Analógica de Dor (EVA)****Entrevista nº** ____**Data de Preenchimento** ____/____/____

ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a),

Esta pesquisa está aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC – CEP-FMABC, sob o número do processo: **1.786.233**. Você tem liberdade de aceitar ou não participar da pesquisa como voluntário (a). Caso concorde em participar, este termo é impresso em duas vias que devem ter todas as páginas rubricadas e a última assinada por você e pelo pesquisador, ficando uma via com o pesquisador e outra com o participante. Abaixo, segue breve resumo sobre a pesquisa. Caso permaneça com dúvidas, estaremos a sua disposição para maiores esclarecimentos.

I – Título da Pesquisa: Desamparo em pacientes com dor lombar crônica: estudo Psicanalítico e Neurocientífico

- **Duração Total da Pesquisa:** 02 anos
- **Avaliação do risco da pesquisa:** A participação no estudo oferece risco mínimo ao participante
- **Pesquisador (a) Responsável:** Nathália Augusta de Almeida (aluna da Pós-Graduação do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – **IP/USP**, no nível de Mestrado)
- **Orientador (a):** Elisa Maria Parahyba Campos Rodrigues (Profa. Dra. Livre Docente do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – **IP/USP**)

II – Justificativa, objetivos e procedimentos que serão utilizados na pesquisa:

A hérnia de disco lombar afeta o indivíduo como um todo, atrapalhando o exercício de profissões e seu relacionamento interpessoal, além de gerar desconforto emocional como desamparo, tristeza e medo.

A pesquisa consistirá em:

- 02 (dois) encontros individuais (que incluem entrevista clínica semi-dirigida, questionário e teste psicológico);
- encontros espaçados em 01 (um) mês e com duração estimada de 90 (noventa) minutos cada;
- agendados de acordo com as possibilidades do (a) participante e da pesquisadora para datas e horários disponíveis;
- devolutiva (a critério do participante).

Nota: no final do primeiro encontro, você receberá da equipe (e como parte fundamental desta pesquisa) um kit contendo 6 frascos, que poderão conter ocitocina ou soro fisiológico. Você deverá fazer o uso dos mesmos (5 puffs em cada narina, duas vezes ao dia, sendo 3 puffs em uma narina, e 2 em outra, em horários distintos e pré combinados), até a data de sua segunda entrevista.

Campo para rubrica pesquisador principal

Campo para rubrica participante da pesquisa

As conversas serão gravadas em áudio, sendo garantido o sigilo absoluto do material e a interrupção da gravação podendo ser solicitada a qualquer momento pelo participante. Não existem relatos na literatura científica a respeito de possíveis desconfortos, constrangimentos e riscos ao participante, sendo mínima a probabilidade de algum dano como consequência desta pesquisa. Entretanto, caso algum tipo de desconforto e/ou constrangimento aconteça, o participante será atendido pela pesquisadora responsável.

Como benefício pela participação na pesquisa, o participante obterá, na entrevista devolutiva, a avaliação psicológica realizada e o processo terapêutico que se estabelece na construção da avaliação.

III – Liberdade de se recusar participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado:

Com a assinatura deste termo, estará garantido para você, a qualquer tempo:

- O acesso às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas;
- A liberdade de não participar do estudo e/ou de retirar seu consentimento a qualquer tempo sem que isto traga prejuízo em seu tratamento médico;
- A salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade: as informações serão tratadas de forma confidencial e os seus dados de identificação não serão divulgados em hipótese alguma. Todas as informações prestadas por você durante os atendimentos, as gravações de sessões e os questionários respondidos serão utilizados somente para fins científicos, incluindo publicações científicas;
- Os participantes, se necessário, poderão se reportar ao CEP-FMABC via telefone e/ou e-mail, o que significa que a distância não se apresenta como impedimento e/ou dificuldade para qualquer contato.

Tal Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi redigido de acordo com o Item IV da Resolução 466, das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos e Conselho Nacional de Saúde de 2012.

IV – Informações para contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC – CEP-FMABC

SE VOCÊ TIVER DÚVIDAS E/OU PERGUNTAS SOBRE SEUS DIREITOS COMO PARTICIPANTE DESTA ESTUDO E/OU INSATISFEITO COM A MANEIRA COMO O ESTUDO ESTÁ SENDO REALIZADO, VOCÊ PODE ENTRAR EM CONTATO COM O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA FACULDADE DE MEDICINA DO ABC PELO ENDEREÇO: AVENIDA PRÍNCIPE DE GALES, 821 – 1º ANDAR - PRÉDIO: CEPES – SANTO ANDRÉ – SP – OU PELO TELEFONE: (11) 4993-5453. O HORÁRIO DE ATENDIMENTO É DE SEGUNDA À SEXTA DAS 08H00 ÀS 16H00. O COMITÊ DE ÉTICA É RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO E COMPANHAMENTO DOS ASPECTOS ÉTICOS DE TODAS AS PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS, VISANDO ASSEGURAR A PROTEÇÃO, A DIGNIDADE, OS DIREITOS, A SEGURANÇA E O BEM-ESTAR DO PARTICIPANTE DA PESQUISA.

Campo para rubrica pesquisador principal

Campo para rubrica participante da pesquisa

V – Informações para contato com os responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa em caso de necessidade:

Profa. Dra. Elisa M. P. Campos Rodrigues Tel. 3091-4911 Depto. de Psicologia Clínica –IP/USP Av. Prof. Mello Moraes, 1721 – Bloco F CEP 05508-030 – Cidade Universitária - SP	Nathália Augusta de Almeida Tel. 99232-6949 Rua Guimarães Passos, 60, CEP 04107-030 - Vila Mariana – SP
---	--

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO (A) PARTICIPANTE DA PESQUISA

Nome.....
 Documento de identidade nº.....Data de nascimento...../...../.....
 Endereço:.....
 Bairro.....Cidade.....Estado.....
 CEP.....Telefone (.....).
 Sexo: Feminino () Masculino ()

Consentimento livre e esclarecido

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante da pesquisa

Nathália Augusta de Almeida
Mestranda do Depto. de Psicologia Clínica
do Instituto de Psicologia da USP

Campo para rubrica pesquisador principal

Campo para rubrica participante da pesquisa

ANEXO E

Análise do TAT. Vide anexo seguinte.